

ANAIS DO XXII FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA INSTITUCIONAL

25 Anos da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ

Diagnóstico e tratamento no hospital: entre psicologia e medicina



Wendling, M. (Org.)

2018

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/COREMUUERJ

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

C749	Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional (22. : 29-30 out. 2018 : Rio de Janeiro, RJ). Anais do XXII Fórum da Residência em Psicologia Clínica Institucional: 25 anos da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ : Diagnóstico e tratamento no hospital: entre psicologia e medicina / Organização: Michelle Menezes Wendling. – Rio de Janeiro, 2018. 171 p. ISBN: 978-85-906657-1-7 1. Psicologia Clínica – Congressos – Brasil. 2. Assistência hospitalar – Congressos – Brasil. I. 25 anos da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ. II. Diagnóstico e tratamento no hospital: entre psicologia e medicina. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. IV. Wendling, Michelle Menezes. CDU 159.954.
------	---

Bibliotecária: Emilia Sandrinelli – CRB7/6288

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

XXII FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA INSTITUCIONAL
25 anos da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ – Diagnóstico e
tratamento no hospital: entre psicologia e medicina

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 XXII FÓRUM DA RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA

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

Dr.^a Ester Susan Guggenheim

Dr.^a Gloria Castilho

Msc. Cristiane Esch

Laudy Gabriele Pereira Guimarães (R2)

Aline Cristine Costa (R1)

Leiliane Ribeiro (R1)

Aline Monteiro (R1)

Heloísa Leão dos Santos (R1)

Fernanda Barbosa dos Santos (R2)

COMISSÃO EDITORIAL DOS ANAIS DO XXII FÓRUM DA RESIDÊNCIA

Michelle Menezes Wendling (organizadora)

Fernanda Barbosa dos Santos (R2)

Heloísa Leão dos Santos (R1)

Quézia da Silva Oliveira (R1)

Débora Monteiro da Silva (R1)

Monitoria

Alice Vargas

Apoio administrativo

Roberta Balthazar

Imagem: Van Gogh, *O jardim do Hospital de Saint Paul*

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	1
<i>Epilepsia ou histeria: a questão do diagnóstico no hospital</i>	2
<i>Como lidar com o diagnóstico numa enfermaria de clínica médica e cirúrgica para adolescentes?</i>	8
<i>O que urge numa unidade de terapia intensiva? Da oferta de escuta à construção de uma demanda psicológica</i>	13
<i>Doenças do coração: pensando sobre o limite da medicina e a finitude da vida</i>	19
<i>“Pacientes difíceis?”: uma interlocução entre a equipe de saúde da Unidade Cardio Intensiva e a Psicologia</i>	28
<i>Paciente difícil ou desencontro entre equipe de saúde e paciente? Eis uma questão</i>	34
<i>Diagnosticar para tratar? A clínica da psicose entre medicar e escutar – considerações sobre a Luta Antimanicomial a partir da experiência dos pacientes internados</i>	39
<i>O estágio externo no GRAAC-UNIFESP como uma experiência formadora no âmbito da Residência em Psicologia Clínica Institucional</i>	51
<i>Para além da maternidade: os impasses enfrentados pelas mulheres em gestação de risco</i>	61
<i>A escuta psicanalítica diante do ideal da maternidade</i>	67
<i>Do sintoma médico ao fio da história</i>	73
<i>Contribuições da psicanálise na clínica com “idosos”</i>	80
<i>Depressão e trabalho de luto: entre o saber médico e o saber do sujeito</i>	87
<i>Uma psicose demoníaca no século XXI e um lugar para a clínica do Um</i>	93
<i>Algumas questões sobre o feminino em um serviço de saúde mental</i>	99
<i>A prática de psicologia no espaço de convivência do CAPS</i>	106
<i>Desafios na clínica com crianças de um hospital universitário</i>	113
<i>Entre médicos e monstros: um caso de atendimento psicológico no ambulatório de pediatria</i>	119
<i>A psicologia na reumatologia: O início de uma trajetória</i>	125

<i>O psicanalista na clínica com crianças na enfermaria</i>	132
<i>Psicanálise e medicina em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico</i>	137
<i>O que a psicanálise pode oferecer nos cuidados com pacientes encefalopatas?</i>	142
<i>Vivências de uma prática em UTI pediátrica: efeitos do tempo e da morte sobre a família e a equipe</i>	148
<u>Conferência de encerramento</u>	
<i>Diagnóstico e tratamento no hospital: entre psicanálise e medicina</i>	154
<u>Resumos de pôsteres</u>	
<i>A psicologia hospitalar e o cuidado no processo de adoecer</i>	162
<i>Atendimento psicológico a gestantes de alto risco no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto</i>	164
<i>Estágio curricular Psicanálise com "Idosos": Entrevistas Preliminares e escuta de "idosos" no Núcleo de Atenção ao Idoso</i>	166

Apresentação

Michelle Menezes Wendling

O tema do Fórum deste ano, *25 anos da Residência em Psicologia Clínica Institucional da UERJ - Diagnóstico e tratamento no hospital: entre psicologia e medicina*, é um convite para um exercício de discussão coletiva acerca da importância das práticas da psicologia em instituições hospitalares públicas e sobre os cenários de práticas da Residência como espaços múltiplos de formação e de cuidado, referências no Brasil. Na proposta, buscamos reafirmar a importância da trajetória da Residência nas práticas de saúde no Estado do Rio de Janeiro e refletir sobre dificuldades e desafios enfrentados nos últimos tempos.

Eu não poderia deixar de lembrar que neste ano comemoramos também os 30 anos da promulgação da Constituição Federal Brasileira, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de inúmeras lutas: dos movimentos sociais, da sociedade civil, dos trabalhadores de saúde. Gostaria de pôr em destaque aqui um aspecto do SUS: a aposta na multiplicidade de cuidados, marcada por um deslocamento da centralidade nas práticas médicas. Pode-se dizer que se tornou possível trabalhar com uma outra temporalidade na demanda por cura, bem como com uma visão de sujeito não reduzido à doença até mesmo em instituições historicamente organizadas pelo viés médico, como é o caso das instituições hospitalares.

É preciso defender a vocação democrática do SUS, vê-lo como processo atravessado por forças coletivas, como lugar de questionamentos e de tensão. Enxergar também que nele coabitam novas propostas e velhos modelos de assistência. As práticas clínicas institucionais da psicologia têm aqui um papel fundamental. A escuta, nosso instrumento, possibilita uma abertura nas certezas diagnósticas, bem como nos discursos que promulgam o que seria válido “para todos” de antemão. Ela trabalha lá onde os impasses se apresentam, no momento em que a nomeação diagnóstica não basta. Busca sustentar o não saber, os vazios de sentido nas práticas. Aposta na abertura vinda desses impasses, nas forças que trabalham contra o imobilismo como caminho para outros possíveis.

Não se trata da defesa da psicologia como portadora de uma prática superior capaz de ensinar aos outros profissionais e campos de saber o que fazer, como porta-voz de soluções. Trata-se da clínica como política porque no hospital e em outras instituições de saúde ela dá lugar à palavra e à diferença no “entre vários” cotidiano. Para que, no espaço “entre” da diversidade, possam proliferar palavras singulares, não conformes, tal como o movimento das árvores do jardim da pintura do Hospital Saint-Paul, de Van Gogh, extrapolando muros, vivas. Que elas permitam, tomando emprestadas as palavras do poeta Waly Salomão, “restar no irrespirável”.

Rio, outubro de 2019.

Epilepsia ou histeria: a questão do diagnóstico no hospital

Aline Cristine Baptista Costa*

Sonia Alberti**

Resumo

Trata-se do caso clínico de uma paciente que fora atendida por mim durante o período em que estive no ambulatório do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), à luz da teoria psicanalítica. O caso de Raphaele foi escolhido dada a especificidade do acontecimento de um dos atendimentos realizados em conjunto com seu pai, durante o qual pude presenciar um ataque histérico e ver a “olho nu” a presentificação do inconsciente descoberto por Freud. Pode-se dizer que foi através da experiência clínica e contato com esses sujeitos adolescentes, bem como as supervisões de ambas as preceptoras do setor, que algo da ordem de um desejo pelo estudo da psicanálise foi emergindo.

Palavras-chave: psicanálise; clínica do sujeito; adolescência; inconsciente; tratamento pela fala.

Introdução

O presente esboço surgiu a partir da experiência como residente de Psicologia no setor ambulatorial do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), vinculado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Este ambulatório conta com uma equipe multidisciplinar de saúde composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e psicólogos. Atende adolescentes de 12 a 18 anos de idade. O encaminhamento para o setor de Saúde Mental e Psicanálise do NESA se dá, em sua maioria a partir de uma demanda da clínica médica.

Quanto a isso, Lacan (1966) nos diz que o lugar que ocupa a psicanálise em relação à medicina é semelhante ao de uma ajuda exterior, como a dos psicólogos, cabendo ao médico convocar o psicanalista quando seu saber se esgota diante da demanda do paciente. Segundo Silva

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

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

(2001), a psicanálise inicialmente fez sua entrada nos ambulatórios de especialidades médicas do NESA, sob a ótica da medicina, afim de “desempenhar” essa função de ajuda ao médico e aos demais profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, cabendo aos psicólogos ali presentes, o trabalho de decifrar que pedido era esse; *“só assim poderíamos concernir nossa função”*.

A confecção deste texto tem por objetivo discorrer sobre o caso clínico de uma paciente que fora atendida por mim durante o período em que estive no ambulatório do NESA à luz da teoria psicanalítica. Até então, minha relação com esta linha de atendimento era como que a de um “estrangeiro” – alguém que se aproximava de um mundo tão vasto e desconhecido.

Posso dizer que foi através da experiência clínica e contato com esses sujeitos adolescentes, bem como as supervisões de ambas as preceptoras do setor, que algo da ordem de um desejo pelo estudo da psicanálise foi emergindo.

O caso de Raphaele foi escolhido por mim dada a especificidade do acontecimento de um dos atendimentos realizados em conjunto com seu pai, durante o qual pude presenciar um ataque histérico e ver a “olho nu” a presentificação do inconsciente descoberto por Freud. Raphaele é uma jovem de 12 anos que chegou até a Psicologia com um diagnóstico médico de epilepsia. Veio encaminhada pelo setor da Neurologia Infantil do HUPE por apresentar “história de intensos conflitos familiares”. Partindo da perspectiva da clínica da escuta do sujeito, que faz menção ao sujeito do inconsciente, o presente trabalho versa sobre o singular de um caso clínico.

Caso Raphaele, os ditos da mãe

Raphaele chega ao NESA para uma primeira entrevista acompanhada de sua mãe. Fora relatado pela Sra. Joana, mãe da paciente em questão, o “histórico médico de desenvolvimento da doença” da filha. Segundo ela, seu início se deu há 3 anos após a morte de sua filha mais velha, Isabele, quando ela tinha 16 anos de idade e foi acometida de uma cetoacidose diabética. Refere também um episódio convulsivo de Raphaele quando criança.

Neste primeiro atendimento, Joana relata os dois últimos episódios epiléticos de Raphaele, dentre os cinco já contabilizados por ela. O primeiro, quando Raphaele “presenciou o pai falando alto com a mãe e a partir disso iniciaram uma discussão”, e o segundo quando a mesma foi “tentar abraçar o pai e ele falou para que ela saísse de perto dele”. Segundo Joana, o Sr. Eduardo, pai de Raphaele, sempre foi um *monstro*. Diz que sempre gritou alto com ela própria, inclusive que constantemente a chama de “merda”, além de outros insultos.

Joana se refere às “crises” de Raphaele como algo “espiritual”, diz que ela fica “transtornada e gritando” quando vê o que Eduardo faz. Fala da sua relação conflituosa com o marido, e que ele *adoeceu* a filha e também a ela própria – que estão fazendo tratamento por causa dele e que ele

quem realmente precisava (sic). Joana conta um pouco sobre o quão difícil foi, e está sendo, ter perdido uma filha— *“não existe dor que se equipare a da morte de uma filha”*. Diz que acredita que sua morte foi um “sinal” para que cuidasse mais da sua vida, já que seu marido sempre a prendeu e reclamava quando saía de casa. Relata que está estudando à noite para concluir o ensino médio e conseguir um emprego.

Na difícil tarefa de elaborar o luto pela perda dessa filha, Joana se mantém medicada com antidepressivos e se sente viciada. É possível que seja isso o que tenha influenciado a via de medicalização do tratamento de Raphaele.

Raphaele e o “choro” pelo Outro da metáfora paterna

Nos atendimentos individuais, Raphaele repete as queixas de que seu pai não a ama, bem como a saudade que sente da irmã. Fala que seu pai trabalha muito, sai de casa cedo e volta tarde. Mas que também nos finais de semana, quando fica em casa, está sempre arranjando alguma coisa para fazer e evitar o contato com ela, que tanto seu pai quanto sua mãe não conversam mais tanto com ela como antes, e que agora com a tecnologia só ficam mexendo em seus celulares (sic).

Em uma das entrevistas que fora marcada com Sr. Eduardo, comparecem pai e filha abraçados, e sentam-se em uma mureta do lado de fora do ambulatório antes da hora marcada. Na entrevista, o Sr. Eduardo diz que trabalha como vendedor indo aos mercados, e que só conseguiu vir porque está de férias. Diz que chega em casa muito cansado e que Raphaele é *carente* e fica exigindo atenção quando chega. Queixa-se da dificuldade de educar a filha, que ela não faz as coisas que ele manda e não aceita as regras, que para tudo ela começa a chorar (sic).

Nesse momento da entrevista, ele endereçou o olhar a mim e perguntou: *“Me diz o que eu faço com isso Doutora?”*. Segue dizendo que as coisas ficaram mais difíceis depois que a Isabele morreu, e que ele teve que tomar a frente da situação em casa - *“já basta a mãe que tem depressão”*. Peço para que ele fale um pouco mais sobre isso, e ele diz que foi horrível, que nunca ninguém espera enterrar uma filha, mas que *“tem que seguir, não é mesmo?”*.

Na segunda entrevista marcada, o Sr. Eduardo compareceu novamente. Trouxe as mesmas queixas referentes à “dificuldade de educar a filha”, enquanto Raphaele queixa-se da falta de atenção do pai. Quanto a isso, Alberti (2004) ressalta a diferença que se apresenta nas queixas dos adolescentes e nas queixas dos pais, sendo fundamental que o analista saiba distingui-las, ou seja, distinguir a demanda dos pais da demanda do adolescente a fim de poder efetivamente fazer alguma coisa pelo adolescente, percebendo qual a demanda do sujeito.

Ao finalizar este segundo atendimento, agradeço ao Sr. Eduardo pela disponibilidade e que sua presença fora de suma importância. Raphaele permaneceu na sala e começou a chorar

aumentando a intensidade paulatinamente. Concomitantemente, dizia - *“meu pai me odeia, não sei por que ele não me ama”*. Nesse momento, ainda com a porta entreaberta, Sr. Eduardo voltou à sala e disse que tinham mais uma coisa a dizer. Disse que Raphaele tinha síndrome de achar que ele não a ama (sic). A partir dessa fala, a paciente, que já estava chorando, começou compulsivamente a chorar cada vez mais alto e a gritar com o pai. O que culminou em um ataque histérico, com todo seu vigor e colorido afetivo.

A paciente, que estava sentada na cadeira da sala do ambulatório, repetia a cadeia significativa: *“Pai você não me ama, o que que eu fiz? Eu não fiz nada ... pai porque você não me ama”*. E intercalava com gritos que diziam *“sai daqui!!!!”*, contorções e tremores de membros superiores e inferiores, pressão na coxa e olhos que se reviravam.

Freud (1985), em seus *Estudos sobre a Histeria*, deu-nos uma descrição esquemática do “grande” ataque histérico, de quatro fases, quando completo: (1) a fase epileptóide, (2) a fase dos movimentos amplos, (3) a fase das “atitudes passionnelles” (fase alucinatória) e (4) a fase de delírio terminal. No entanto, o autor observou em sua prática uma maior frequência de outras formas de ataque histérico - a partir da abreviação ou do prolongamento, da ausência ou do isolamento dessas quatro fases distintas. Quanto à fase alucinatória, Freud destaca:

Quando esta se acha presente numa forma bem acentuada, ela apresenta a reprodução alucinatória de uma lembrança que foi importante no desencadeamento da histeria - a lembrança de um grande trauma isolado (que encontramos *par excellence* no que é denominado histeria traumática) ou de uma série de traumas parciais interligados (como os subjacentes à histeria comum). Ou, finalmente, o ataque pode reviver os fatos que se tornaram relevantes em virtude de sua coincidência com um momento de predisposição especial ao trauma. (FREUD, 1985, p.26)

Durante o episódio, mais especificamente no momento final em que a paciente já havia diminuído a “fase dos movimentos amplos”, e já mais próxima do contato físico com o pai (que insistiu a todo momento para ficar perto dela), este dirige a fala a mim e diz que é por isso que evita falar com Raphaele em “um tom mais alto” (sic) (...) *“porque tudo ela já se altera e dá nisso, que é muito difícil (...) a mãe dela diz que é por causa de mim, (...) que eu sou um pai ruim, tá vendo? Não dá para educar!”*. Raphaele, ao final de tudo, dirigiu-se ao pai e queixou-se de intensas dores na cabeça.

Do “choro” de Raphaela à aposta no surgimento de um sujeito

Com frequência, Raphaela fala que seus pais *descontam* nela os esporros que davam na sua irmã, já que ela era uma menina muito arteira e fazia muita coisa errada (sic). Ela se questiona se seu pai passaram a agir assim com ela porque ela cresceu ou se porque a Isabele morreu (sic).

Fica explícito neste fragmento o que Alberti (2004) aponta quanto à frequência com que a queixa de que os pais mudam aparece na clínica, mas que normalmente quem muda é o adolescente. No entanto, com o advento de uma morte tão precoce e inesperada, evidenciar o trabalho que o luto convoca se faz necessário. A paciente traz constantemente evidências de que não tem “espaço” em casa para vivenciá-lo. Com frequência diz que é chamada de *boba* pela mãe, e, segundo ela, não tem mais motivo para chorar (sic).

Parafraseando Freud (1917), o luto caracteriza-se por um processo gradual de elaboração psíquica da perda, sendo este um trabalho necessário, doloroso e demorado. Uma questão aqui se coloca: quais seriam os efeitos nesse sujeito adolescente quanto ao uso recorrente de *antidepressivo* pela mãe, e de um pai que *pouco conversa* com a filha e *vive no celular*?

Somado à morte da irmã e dos efeitos inimagináveis nessa família, seus pais vivem na eminência de se separarem. Raphaela diz que apesar das constantes brigas presenciadas em casa, não suportaria ficar longe de nenhum deles. Quanto a isso, Alberti (2001) ressalta a importância dos pais para o sujeito adolescente, pois, para que possa separar-se de seus pais é preciso primeiro que possa contar com eles.

Raphaela segue falando e demonstrando a importância do que Freud cunhou a partir do caso de Anna O, o método da associação livre. A *talking cure*, conceito utilizado pela própria paciente de Freud, ou seja, o tratamento pela fala e o - “limpar a chaminé” - ajudava a diluir os sintomas.

Em uma sessão recente, Raphaela trouxe o relato de uma *cena* onde pareceu ter revivido a mesma *dor* do episódio traumático – o que ficou evidenciado pela intensidade mais aflorada do choro de Raphaela. Fala de um dia que o pai empurrou a irmã para um canto da parede e bateu muito nela, que ela gritava sem parar e obrigava a mãe a fazer o mesmo. Ela disse que quando acontecia isso, ia para a cozinha e começava a chorar muito (sic).

O tratamento com Raphaela tem tido como direção fundamental o “falar tudo o que lhe vier à mente”. Relata que gosta de vir ao psicólogo porque se sente aliviada, que fica mais leve (sic). Suas sessões são marcadas por intensos acessos de choro, dor que se presentifica e atualiza a cada vez. Aos poucos, com os atendimentos, o tratamento se dá pela fala.

Referências bibliográficas

- Alberti, S. (2004). *O adolescente e o Outro*. (1ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Freud, S. (1980). Estudos sobre histeria In: Freud, S. *Obras Completas* (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1895).
- Freud, S. (1917). Luto e Melancolia. In: Freud, S. *Obras Completas* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana- Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, 8-14. (Obra original publicada em 1966).
- Silva, S. (2001). *O sofrimento de adolescentes internados: a escuta psicanalítica na clínica do cuidar*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Como lidar com o diagnóstico numa enfermaria de clínica médica e cirúrgica para adolescentes?

Quézia da Silva Oliveira*

Sonia Alberti**

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo discorrer sobre a importância do diagnóstico na enfermaria do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA, vinculado ao Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE, pertencente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. O trabalho é elaborado a partir da nossa prática clínica com os adolescentes internados nesta instituição. Abordaremos um caso clínico por nós acompanhado durante o tempo em que estivemos na enfermaria como residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional, modalidade Residência Hospitalar.

Palavras-chave: adolescente; diagnóstico; psicologia; psicanálise.

Introdução

Através de nossa experiência na enfermaria do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA, falaremos sobre o trabalho da psicologia a partir do diagnóstico médico. A equipe técnica é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais. Os pacientes internados são acompanhados por todos os profissionais. O diagnóstico, toda a terapêutica e o prognóstico são discutidos em reunião multidisciplinar que ocorre toda segunda-feira das 11:00 às 12:00h.

Os adolescentes que dão entrada na enfermaria do NESA são internados por questões de clínica médica ou cirúrgica, ou seja, por questões orgânicas e não de saúde mental. A faixa etária vai dos 12 aos 18 anos. Os pacientes podem apresentar quadros de alta complexidade clínica e por isso são encaminhados para o Hospital Universitário Pedro Ernesto, pois, sendo uma instituição universitária, valoriza a investigação e a pesquisa de doenças, fato que contribui para a pesquisa diagnóstica de seus pacientes. A equipe, em alguns casos, precisa pesquisar doenças com as quais não teve contato anteriormente.

O diagnóstico na enfermaria

Na enfermaria do NESA, a primeira investigação diagnóstica é médica em razão da urgência na enfermaria, podendo uma internação durar alguns dias ou até semanas. Ao mesmo tempo, a escuta ao adolescente faz-se diariamente pelo setor de Psicanálise e Saúde Mental. No decorrer do processo de uma internação, dependendo do tempo em que o paciente fique hospitalizado, a partir da nossa escuta e intervenção do tratamento, a fala do sujeito poderá emergir. O adolescente passa a sentir os efeitos do tratamento, o que possibilita o início de uma transferência.

Alguns adolescentes já chegam à enfermaria sabendo de seu diagnóstico, outros com uma hipótese diagnóstica a esclarecer e são encaminhados para o NESA justamente por não ter sido identificado o mal que está afetando o seu corpo organicamente. A internação visa, principalmente, a investigação da doença e o tratamento da mesma, possibilitando também um melhor prognóstico, assim como atender outras demandas do sujeito adolescente.

Esse momento de investigação exige um tempo que, por sua vez, causa angústia no paciente e sua família. Se já é difícil estar hospitalizado por ter uma doença grave, o que dizer de um adolescente internado sem que saiba o real motivo que o levou a um leito de hospital? Se para alguns sujeitos a adolescência já é razão de sofrer angústia, o que dizer desta adolescência aliada a uma doença orgânica? De acordo com Silva (2001),

O dia a dia da Enfermaria de Adolescentes revela conflitos da relação entre pais e filhos. As querelas familiares podem eclodir durante uma internação, quando não faltam expressões de paixões. O Édipo é revivido com um elemento a mais: a doença (p. 85).

É importante ressaltar que a gravidade orgânica é o que prevalece. Verificamos que a falta de um diagnóstico causa até mais angústia no paciente do que quando já é conhecido. Muitas vezes nos dirigimos ao leito para atender o adolescente e sua família e escutamos com frequência: *“Estou esperando o médico para saber o resultado do exame”*; *“Ele disse que vinha hoje, mas até agora nada, estou ansioso”*; *“O médico disse que era a doença tal, mas agora disse que é outra coisa”*.

A espera por um diagnóstico médico é difícil, mas o esclarecimento deste poderá até mesmo auxiliar a direção rumo ao trabalho analítico, uma vez que o paciente, já sabendo o que tem, entende o motivo pelo qual está no hospital e poderá falar de outras questões. Segundo Silva (2001, p.29), *“um sofrimento físico sempre vem acompanhado de sofrimento psíquico, e ambos não são vivenciados separadamente no ato do adoecimento”*.

Podemos levantar hipóteses diagnósticas da estrutura do sujeito a partir da escuta analítica, quando o primeiro momento de angústia frente à hospitalização começa a ser apaziguado. Na

enfermaria, inclusive, preenchamos, no ato da internação, uma ficha para cada paciente onde relatamos nossas impressões sobre o diagnóstico estrutural no decorrer do tratamento.

Há casos em que a doença orgânica “encobre” a estrutura psíquica do sujeito que poderá emergir quando o paciente fica internado mais tempo na enfermaria. Freud (1914) já o afirmava quando observava que a doença orgânica pode mobilizar o retorno da libido para o eu, relegando para um segundo plano todo o conflito psíquico. A partir do diagnóstico estrutural podemos então dar uma direção ao trabalho analítico e escutar o sujeito em suas outras demandas além daquelas relacionadas ao sofrimento orgânico. Diante disso, nosso trabalho favorece o diagnóstico médico, pois, a escuta permite ao paciente expressar seus sentimentos durante o período de internação, de modo que possa elaborar o que vem lhe acontecendo devido à doença que acomete seu corpo.

Para exemplificá-lo, vejamos um caso.

Caso Clínico

Trata-se de um adolescente de 16 anos de idade diagnosticado com Aplasia Medular*, que é a alteração do funcionamento da medula óssea, que deixa de produzir as células sanguíneas ou as produz em menor quantidade. Até ser descoberta a doença, o adolescente em questão nunca havia sido internado. Durante toda a internação, a família sempre esteve presente na enfermaria acompanhando o paciente, inteirando-se de toda a conduta médica.

O paciente falava pouco e, ao contrário de grande parte dos adolescentes internados, não reclamava de estar num hospital. Emitia a mesma frase quando era indagado: “*Estou bem, está tudo tranquilo*”. Estava sempre sorridente e era muito querido por toda a equipe da enfermaria. Chegou ao NESA encaminhado de um outro hospital pois, através de um exame de sangue, foi constatado que havia algo errado. Após a descoberta da doença, foi estabelecido, como procedimento terapêutico, a necessidade de transfundir quase que diariamente. A solução para o caso seria um transplante medular, o que foi tentado, mas o organismo do paciente rejeitou a medula de um dos irmãos, assim como a do pai, que eram as pessoas testadas com maior compatibilidade. Assim, foi preciso buscar no banco nacional algum doador compatível. Acharam um doador. Porém, surgiram algumas intercorrências clínicas, o que impossibilitou o transplante.

O adolescente teve um inchaço em um dedo do pé, devido a um tombo que aconteceu um pouco antes da internação, estava com gengivite, sendo medicado para ambos os problemas. O transplante só poderia ser feito quando o paciente estivesse livre dessas intercorrências.

* [Aplasia Medular: o que é, quais os sintomas e como tratar. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/aplasia-medular/>](https://www.tuasaude.com/aplasia-medular/). Acesso em: 06 out. 2018.

O setor de Psicanálise e Saúde Mental acompanhou o caso desde o início da internação. A família era unida e sempre presente, o que trazia conforto ao paciente, que certa vez relatou que só estava bem porque tinha o apoio e suporte dos pais e dos irmãos.

O paciente, nos primeiros atendimentos, quase não falava. Segundo Alberti (2008, p.158) “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 podermos definir o sujeito enquanto aquele que fala”.

Após alguns dias de internação, começou a falar e expressar seus anseios de adolescente, como voltar a jogar bola, ir para a escola com a namorada, ir para casa ficar com sua família. Certa vez relatou que confiava em Deus e que acreditava não precisar fazer o transplante. Pela primeira vez pode verbalizar que estava com medo e chorou.

O adolescente, a princípio, parecia alheio ao que estava acontecendo com seu corpo. Sempre dizia que estava tudo bem, e que depois que fizesse o transplante voltaria para casa. Os pais pareciam mais angustiados com o diagnóstico do filho. Sempre presentes, de alguma maneira, estavam internados também.

O paciente fazia uso de antibióticos para combater possíveis infecções durante todo o tempo de internação, mesmo assim, contraiu uma Infecção Fúngica Sistêmica[†], infecção que ocorre a partir de fungos que se aproveitam de um sistema imunológico debilitado e são de difícil controle. A equipe fez o possível, mas infelizmente o quadro clínico foi piorando e o paciente necessitou de procedimentos invasivos com intubação na Unidade de Tratamento Intensivo – UTIP, pois começou a ter muita dificuldade para respirar.

O dia da intubação foi um momento muito difícil tanto para a família quanto para toda a equipe, que também estava muito fragilizada e mobilizada com a situação. Mais uma vez estivemos presentes para escutar e acolher a família. O pai relatou que pela primeira vez o filho disse estar cansado, e que estava mal. Nesse momento ele chorou ao falar da situação frágil do filho.

O prognóstico evoluiu de forma inesperada para a equipe médica: o adolescente que a princípio internou para investigar a doença e depois para um transplante, após ser intubado, teve falência dos órgãos e veio a óbito.

Momentos antes do paciente vir a óbito, apenas a mãe estava presente. Fomos até o leito em que acariciava o corpo do filho. Nesse momento ela disse: “*Estamos indo, mas eu estou bem, estou esperando o momento*”. Ela conseguiu expressar como estava se sentindo. Falou sobre o filho, e disse que já estava preparada para aquele momento, pois sabia no seu coração que o filho não voltaria mais para casa.

[†] Considerações Gerais sobre Infecções Fúngicas. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/infecções/infecções-fúngicas/considerações-gerais-sobre-infecções-fúngicas>>. Acesso em: 06 out. 2018.

Ficou clara a fundamental importância da presença dos pais. Percebeu-se que a angústia do adolescente era maior em relação a ausência dos pais na enfermaria do que em relação ao seu diagnóstico. Segundo Alberti (2010, p.16,17), “Durante todo o processo da adolescência haverá momentos em que o sujeito precisará retornar rapidamente à agora já ilusória relação que mantinha com os pais: um porto seguro em suas tentativas exaustivas de suportar a separação”.

Na enfermaria do NESA, atendemos sujeitos que, além disso, apresentam a fragilidade que vem com a doença orgânica e que estão atravessando uma etapa da existência humana de muitas fragilidades. Constatamos, através deste caso, a importância do psicólogo no hospital, já que, trabalha questões que para os médicos, às vezes, tornam-se insuportáveis. Escutar o paciente e sua família possibilita aos mesmos a expressão de seus medos, angústias e aflições.

Nossas intervenções com o adolescente, mesmo que ele tenha começado a falar sobre sua vida “lá fora”, ficaram mais relacionadas às questões pertinentes ao diagnóstico médico. Como dissemos anteriormente, uma doença poderá “encobrir por um tempo a estrutura do sujeito”, pois, o mesmo está tomado pelas terapêuticas exigidas pelo diagnóstico médico e, neste caso, não houve tempo suficiente para se levantar hipótese relacionada ao diagnóstico estrutural daquele paciente acometido por mal orgânico.

Referências bibliográficas

- Alberti, S. (2008). O hospital, o sujeito, a psicanálise. Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista SBPH* v.11 n.1. (pp. 143-160). Rio de Janeiro. Recuperado em 02/10/2018 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011
- Alberti, S. (2010). *O adolescente e o Outro*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (2010). Introdução ao Narcisismo. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. X). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- Silva, S. C. (2001). *O sofrimento de adolescentes internados: a escuta psicanalítica na clínica do cuidar*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

O que urge numa unidade de terapia intensiva? Da oferta de escuta à construção de uma demanda psicológica

Fernanda Nogueira Klumb*

Cristiane Ferreira Esch**

Resumo

Este trabalho visa discutir a prática do psicólogo orientado pela psicanálise numa unidade de terapia intensiva, tendo como referencial a clínica psicanalítica e trazendo como pano de fundo dois casos clínicos.

Palavras-chave: Psicanálise; Demanda; Hospital; Unidade intensiva.

A prática no hospital universitário

Num hospital universitário, convivem diversos saberes (e poderes) representados por professores, alunos, especializando e residentes de diferentes categorias profissionais. Local considerado de excelência no tratamento de muitas patologias (inclusive algumas raras), onde ensino, pesquisa e assistência se mesclam, essa convivência nem sempre é harmoniosa. Rinaldi (2002), sobre a assistência no hospital universitário – e suas peculiaridades – nos diz: “No campo da assistência, a prática é governada pelos especialismos, o que conduz à fragmentação e à hierarquização do trabalho, reforçando, de um lado, o discurso médico, e, de outro, a divisão de territórios (p. 63)”.

Verificamos atualmente que essa lógica em que predominam os “especialismos”, levando a fragmentação do trabalho, perpassou o campo da medicina e se consolidou também com a criação das especializações dentro de outras áreas profissionais. Há, por exemplo, os programas de fisioterapia neonatal e pediátrica, enfermagem obstétrica, enfermagem cardiovascular, cirúrgica, entre outros. Cada qual atua de acordo com as orientações de sua categoria profissional e também com as especificidades do campo onde exercem sua prática – protocolos a serem seguidos, etc.

Grosso modo, podemos dizer, então, que se privilegia, no mundo atual, um modelo de saúde focado nas doenças cuja conduta deve ser sempre baseada em evidências científicas – tal como a medicina baseada em evidências (Mbe), atual norteadora das práticas em pesquisa e clínica dentro da medicina e definida por El Dib (2014) como:

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

** Psicóloga. Preceptora do serviço de Cirurgia Cardíaca do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional do IP/UERJ - Modalidade Residência Hospitalar (2018).

[...] um movimento de cientistas, médicos e profissionais da saúde na tentativa de utilizar e desenvolver métodos rigorosos que respondam a questões clínicas sobre eficácia, efetividade, eficiência e segurança de determinado tratamento e prevenção, bem como sobre a sensibilidade e especificidade de testes diagnósticos e aspectos prognósticos de certa doença na área da saúde (p. 9).

A função do médico nos dias de hoje, então, a partir da medicina baseada em evidências, difere radicalmente daquela evocada por Lacan (2001) como a de uma posição tradicional do médico. Neste texto, tradução do debate no *Collège de Médecine* em Paris, Lacan faz uma leitura crítica do que se tornou a função do médico com o advento da ciência, e, por outro lado, o que seria sua posição tradicional. Assim, o texto do autor, apesar de ser de 1966, nos parece bem atual, se aplicando à realidade dos hospitais universitários na contemporaneidade.

Numa unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, o discurso regido pelos “especialismos” é ainda mais nítido. Junto aos leitos, separados um do outro por uma pequena divisão - em algumas enfermarias - estão aparelhos médicos, que fornecem uma monitorização contínua e são indispensáveis para muitos dos pacientes internados. Ali, onde é possível se escutar quase tudo - atendimentos ao paciente ao lado, gemidos de dor - a gravidade dos casos exige intervenções rápidas, como a realização de exames urgentes e até mini cirurgias na própria unidade, ao invés de serem realizadas no centro cirúrgico. O chamado pelo psicólogo da parte da equipe, muitas vezes, atende à essa urgência, em casos em que se luta contra o tempo.

Em meio à grave crise político-econômica que assola o estado do Rio de Janeiro desde o ano de 2016, responsável pelo fechamento de diversas unidades de saúde do município e do estado e por sua precarização, a garantia de tratamento num hospital de ponta, de referência, como um hospital universitário e mais ainda numa unidade de terapia intensiva surge, nas palavras de muitos pacientes, como uma “benção”.

Numa primeira aproximação, ao serem perguntados sobre como se sentiam naquele momento, frente à internação, não raras vezes pacientes disseram que estava tudo bem, insistindo que “*não tinham do que se queixar*”, pois “*graças a Deus estavam ali agora*”. Sem adentrar na validade das crenças religiosas de cada um e o que elas representam, já que este não é um dos objetivos do trabalho, vale pontuar que essas falas, comuns, apontam algumas questões. Pelo menos num primeiro momento, indicam um movimento de introspecção, reclusão, o que nos leva a distinguir a urgência médica, do corpo que adocece, da urgência subjetiva, de outra ordem (apesar desta última poder, também, se apresentar como sintoma no corpo).

A oferta de um espaço de escuta não implica necessariamente uma demanda de tratamento. Este trabalho visa, então, lançar luz sobre a demanda de atendimento - sempre particular - tomando

como base teórica a clínica psicanalítica. Para ilustrar, serão trazidos fragmentos de dois casos clínicos em que foi preciso um tempo, singular, para se produzir uma demanda de tratamento.

Caso José: “Um homem difícil”

“Não gosto de psicologia e fisioterapia”. Assim começou um fisioterapeuta a me relatar parte de seu diálogo com um paciente internado numa unidade de terapia intensiva do hospital. Essa frase dita pelo paciente o marcou e, após a “confissão”, o profissional sugeriu que eu atendesse o paciente. É importante marcar que nesta unidade é comum a troca com outros profissionais que indicam quais pacientes eles creem haver maior necessidade de atendimento pelos psicólogos – seja qual for o motivo que os leva a fazer essa diferenciação. Essa demanda da equipe, não impede, no entanto, que outros pacientes sejam atendidos.

Nesse caso específico, a possível não adesão do paciente ao tratamento proposto pelo fisioterapeuta, que poderia acarretar uma piora de seu quadro clínico, trouxe a este profissional um incômodo. Com a minha aproximação, o paciente novamente disse que *“não gostava de psicologia”*. Perguntado sobre a origem disso, o paciente contou-me que tinha sido atendido anteriormente por uma psicóloga quando esteve internado em outra enfermaria do mesmo hospital, local “onde nada foi resolvido” (sic).

Ao contar-me o motivo de sua internação, explicou que veio para fazer uma cirurgia de membros inferiores, que acabou sendo contraindicada. Assim, foi transferido daquela especialidade para a unidade de terapia intensiva (cardiológica), devido ao seu quadro cardíaco de angina instável. Nos atendimentos seguintes, disse já ter passado por sete internações anteriores, ao longo dos seus quarenta e cinco anos. Esta era a primeira num hospital público.

No dia de sua alta, cerca de dez dias depois, perguntou-me se poderia continuar sendo atendido por mim no hospital, onde também seria acompanhado no Ambulatório de Cardiologia e no Programa Antitabagismo. Questionado sobre a viabilidade de vir aos atendimentos (José se queixava muito de dor nos membros inferiores, quando internado), ou seja, como faria para vir ao hospital com certa frequência e mesmo com a hipótese de ser acompanhado mais perto de sua residência, insistiu que gostaria de ser acompanhado no hospital e que faria tudo que pudesse - *“tudo que ajudar”*, em suas palavras. Esse pedido vinha à contramão da prática dos residentes de psicologia no setor, que priorizam os atendimentos aos pacientes internados nas duas enfermarias cobertas pelo programa de residência, em detrimento aos atendimentos ambulatoriais.

Com José, uma aposta se deu a cada encontro. Num dos primeiros encontros, no ambulatório, ao fim do atendimento, José questionou-me sobre o tempo de tratamento, perguntando: *“Até quando eu terei que vir aqui, doutora?”*, ao que devolvi a pergunta e ele respondeu: *“Um ano, por aí”*. Segundo Freud (2010), sobre o início do tratamento: “[...] uma

pergunta incômoda para o médico, que o doente lhe dirige logo no começo, é: Quanto tempo vai durar o tratamento? Quanto tempo o senhor precisa para me livrar de meu sofrimento?” (p. 128).

Freud (2010) prossegue indicando que uma possível resposta a tal pergunta é propor ao paciente uma “experiência de algumas semanas”, a partir da qual pode se escapar de uma resposta direta. Com José, deixar que ele mesmo respondesse à sua pergunta o levava a interrogar sua própria implicação no tratamento, isto é, porque ele considerava importante vir falar a alguém diante de tantas dificuldades. Os atendimentos se seguiram, não sem obstáculos. José seguiu falando de sua dependência da esposa e de suas diversas perdas em decorrência da doença – da potência sexual, da autonomia, de seus bens financeiros.

José tinha vários obstáculos para inviabilizar o seguimento de seu tratamento, como dificuldades financeiras devido à perda de seu emprego e as dificuldades de locomoção, que exigiam que sua esposa o acompanhasse ao hospital. Apesar disso, continuou vindo às sessões. Com o tempo, foi possível questionar a sua participação naquilo que ele apresentava como queixa e foi possível que ele mesmo construísse um saber sobre a sua doença, dizendo-me: “*Sobre a minha doença, eu sei*”, “*Eu me destruí*”, referindo-se ao seu uso contínuo de cigarro mesmo após ter sido contraindicado pelos médicos. Foi possível, então, que ele mesmo admitisse sua responsabilidade no agravamento de sua doença.

Augusto

Augusto era um senhor de aproximadamente sessenta e cinco anos. Veio transferido de um hospital próximo de sua residência após ter infartado. No hospital universitário, foi internado nesta unidade de terapia intensiva e teve de ser submetido a um cateterismo, procedimento realizado para identificar e tratar doenças do coração e dos vasos sanguíneos. Quando me aproximei de seu leito, na primeira vez, antes de eu me identificar, ele imediatamente disse que sentia muitas dores.

Apresentei-me como psicóloga e perguntei como eram essas dores. Mostrou-me seus curativos no braço, devido ao cateterismo e contou como havia chegado ao hospital. Após me relatar um pouco de sua história, disse estar “*doido para ir embora*”.

Em seguida, relatou não estar conseguindo comer, ao que intervi perguntando se havia conversado sobre isso com a nutricionista, já que eu mesma a tinha visto anteriormente, no mesmo dia, fazendo a “visita” aos leitos: “*Já falei com os médicos minha filha, não adianta*”, respondeu-me. Logo depois afirmou que não tinha apetite, associando a falta de apetite à tristeza que o acometia em estar no hospital e falando de sua casa, de sua família e de sua internação anterior num lugar “*horrível*”.

Sua resposta - “*Já falei com os médicos, não adianta*” - à minha pergunta sustenta a hipótese de que a ciência também não é capaz de trazer todas as respostas. Como Rinaldi (2002) nos diz: “[...] a descoberta freudiana do inconsciente vem questionar as certezas do sujeito

racional, mostrando que existe uma razão ‘que a própria razão desconhece’, e que concerne justamente às ‘paixões da alma’” (p. 59).

Augusto ficou internado por aproximadamente trinta dias e foi atendido de duas a três vezes por semana até o dia de sua alta para casa. Seu acompanhamento exigiu também conversas pontuais com suas filhas, que vinham frequentemente vê-lo no horário de visita e queixavam-se que ele se encontrava muito ansioso com a espera do marca-passo.

Considerações finais

A apresentação desses dois recortes de casos clínicos – uma internação breve que produziu um desejo de saber mais, culminando num pedido de atendimento ambulatorial, e uma internação mais longa, cronologicamente, nos fazem pensar na demanda – a partir da psicanálise - não como um mero efeito da oferta de um espaço de escuta, mas como uma construção no um a um, no singular de cada caso. No caso de José, apesar de sua urgência médica ter sido resolvida, levando à sua alta para casa, algo de outra ordem restou, o que não necessariamente se produz em todos os casos, mesmo naqueles considerados mais graves no diagnóstico médico.

Mais além, acrescentamos que isto que escapa e talvez produza o que se chama comumente de adesão ao tratamento – e quando ela não se dá - seja justamente da ordem do não saber, é porque não se estrutura de forma racional que não pode ser mensurado aos moldes da ciência biomédica. Com a presença da psicanálise, talvez possa ser destrinchado *a posteriori*, a partir do trabalho com a fala, pois, como sinaliza Freud (2010), “*Não devemos esquecer que em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido*”, “*apenas posteriormente*” (p. 113).

Referências

- Alberti, S., Fulco, A. P. M. L. (2005). Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 8 (4), 21-737. Recuperado em 16/10/2018 em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142005000400721&lng=en&nrm=iso>.
- Castilho, G. M. (2011). *Psicanálise e velhice*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- El Bid, R. (2014). *Guia prático de Medicina Baseada em Evidências* [recurso eletrônico]. In: El Dib, R. (Org.). São Paulo: Cultura Acadêmica. Recurso digital.
- Freud, S. (2010). *O Início do Tratamento*. In: *Obras Completas*. Vol.10. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1913).

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

Rinaldi, D. (2002). O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: Rinaldi, D.; Jorge, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17 de Jacques Lacan*. (pp.53-69). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Doenças do coração: pensando sobre o limite da medicina e a finitude da vidaIzadora Silva de Araújo^{*}Livia Avellar^{**}Cristiane Ferreira Esch^{***}**Resumo**

O presente trabalho tem por objetivo retratar a experiência de residentes de Psicologia Clínico-Institucional no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Cardíaco do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Será apresentado um caso para melhor elucidar as dificuldades frente ao processo de internação e da necessidade de realizar a cirurgia cardíaca, os impactos que as internações causam na rede familiar, a angústia durante esse período do adoecer e a possibilidade do risco eminente da morte. É notório que acolher, oferecer a escuta e proporcionar um espaço de fala tanto para os pacientes como para os familiares é um trabalho de suma importância, pois é preciso ter a oportunidade de falar sobre a doença, os medos e até mesmo sobre a finitude da vida, visto que tal processo permite um trabalho de elaboração, ressignificação e à restituição do paciente na posição de sujeito.

Palavras-chave: cirurgia cardíaca; finitude; hospital; psicanálise; medicina.

Introdução

No presente trabalho retrataremos nossa experiência como residentes no Centro de Terapia Intensiva (CTI) Cardíaco do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O CTI cardíaco é um setor voltado para pacientes com complicações cardiológicas e que necessitam de intervenção cirúrgica em sua maioria, sendo as principais cirurgias realizadas neste setor as de revascularização

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

** Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2017).

*** 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).

do miocárdio e a de troca valvar. Temos o objetivo de demonstrar como o trabalho do psicólogo está cada vez mais presente no ambiente hospitalar, se tornando essencial para o cuidado integral tanto dos pacientes quanto dos familiares. Contribuindo, desta forma, para a reflexão de como a atuação deste profissional é imprescindível na atenção deste sujeito, biológico, vivente, dotado de inconsciente, e que constitui um social e se constitui num social. Elucidaremos, mais especificamente, os limites e alcances que a prática psicanalítica possibilita dentro de uma instituição que necessariamente remete todos à fragilidade humana, à doença, as dificuldades e à finitude da existência.

Caso clínico

Em um dia de atendimentos no setor, após atender alguns pacientes passamos pelo leito de Pedro, o mesmo estava deitado com os olhos fechados e ao perceber a nossa presença, rapidamente abriu os olhos, então nos dirigimos até ele e iniciamos o atendimento.

No primeiro momento, apresentava um olhar expressivo, e assim como os outros pacientes, estava sem suas vestes e entregue aos cuidados de outros. Ele contou toda sua trajetória para chegar ao HUPE. Relatou que havia infartado três vezes e que na primeira vez não sabia que havia sofrido um infarto. Já na segunda foi internado na UPA próxima a sua casa e devido ao seu estado crítico, havia sido transferido para sala vermelha. Após esse episódio, Pedro é encaminhado para outro hospital e depois para o HUPE, onde foi necessário realizar um exame de cateterismo e durante esse exame sofreu um novo infarto. Nesta ocasião, diz que sentiu um grande mal-estar e logo sua visão escureceu completamente, então ele comunicou à equipe o que estava acontecendo e rapidamente a mesma liberou alguma medicação que o fez se sentir melhor.

Após o resultado do cateterismo, Pedro toma ciência de que seu caso é grave e que a cirurgia é uma alternativa para tentar minimizar o problema, visto que o tratamento medicamentoso era ineficiente devido à complexidade do caso. Diz que a sua cirurgia estava marcada para determinado dia, mas que devido à falta de sangue no banco a mesma havia sido suspensa e remarcada para a próxima semana.

Durante o atendimento Pedro contou que era um cidadão simples, havia estudado apenas o primário e que devido às dificuldades da vida começou a trabalhar ainda muito jovem. No início trabalhava como pedreiro e depois foi ser eletricista, profissão esta que ele exercia até aquele momento juntamente com o seu filho, que confessou ter uma ótima relação com o pai, um “contato diferente”.

Havia sido casado e após a morte da esposa conheceu outra mulher, que era a sua atual companheira, que considerava uma pessoa muito especial e que estava sendo muito importante para ele, principalmente nesse período de doença. Trabalhamos um pouco sobre a dificuldade vivenciada

frente a esse período do adoecer e sobre a possibilidade e riscos que a cirurgia poderia proporcionar. Desde o início da análise, referia-se a uma vontade de “*ficar bom*” para poder retornar aos trabalhos na companhia do filho apresentando uma ambivalência de sentimentos: de um lado o desejo de que a cirurgia ocorresse o mais rápido possível para restaurar seu estado de saúde e, ao mesmo tempo, um medo de morrer sem dignidade, que para ele significava perder a independência, deixar de cuidar de seu próprio corpo, ou seja, ficar à mercê dos outros. O que parece é que quando Pedro se viu diante da impossibilidade de viver de maneira digna, ou seja, de ser independente, sujeito de sua própria vida, passando a se ver no lugar de objeto, ele se angustia e escolhe não viver mais desta forma. Talvez o falar a respeito disso lhe possibilitou recuperar sua dignidade.

O paciente comentou também sobre o desejo de ser um bom pai. Ser bom pai para ele significava auxiliar o filho a ascender na sua profissão e não o abandonar neste momento tão importante. O trabalho analítico neste caso foi sustentar o desejo de Pedro e o seu ideal, apesar da eminência da morte real. Sua angústia não estava relacionada à proximidade da morte, mas sim em não exercer a função de bom pai.

A cirurgia ocorreu na semana seguinte, conforme o previsto. Ao chegar ao setor, avistamos sua esposa e seu filho que estavam sentados no corredor aguardando a cirurgia terminar. Durante o atendimento realizado à família, a equipe de cirurgia retorna com Pedro deitado em uma maca, e sua esposa, rapidamente corre até um dos cirurgiões e pergunta sobre o estado de saúde do marido. O cirurgião responde que era necessário aguardar a evolução do paciente no decorrer dos dias.

Acolhemos a família que estava muito aflita, depois retornamos para o trabalho no CTI e percebemos que a equipe estava bastante agitada e um pouco tensa, oferecendo todos os cuidados possíveis a Pedro. Logo em seguida, Pedro teve uma parada cardíaca e rapidamente toda equipe correu até o leito e iniciou o processo de reanimação do paciente com choque e massagem cardíaca. Contudo, essas alternativas eram ineficazes naquele momento e imediatamente iniciaram o processo de abertura do peito no próprio CTI, como uma alternativa de trabalho mais eficaz para salvar a vida daquele paciente. Após alguns procedimentos médicos o coração de Pedro voltou a bater lentamente, logo o colocaram em um balão de oxigênio a fim de mantê-lo vivo. Enquanto a equipe finalizava todo o processo e se ocupava de fechar os pontos da cirurgia, o coração de Pedro novamente parou, sim, novamente uma parada cardíaca!

No decorrer dos dias, Pedro continuou grave. Durante esse período, o acompanhamento era dirigido para os familiares que estavam bastante afetados com a situação, principalmente o filho.

Uma semana depois o coração de Pedro novamente insistiu em parar, mas dessa vez não existia recursos disponíveis para inviabilizar tal fato e o paciente foi a óbito.

Após a comunicação do óbito, acolhemos os familiares. A Sra. Vivian sentou-se no banco ao lado do filho de Pedro e ambos começam a chorar muito intensamente, de modo a soluçar e se

abraçaram. Tentamos sustentar aquele momento, permanecendo presente ouvindo e facilitando a expressão de sentimentos frente a perda do ente querido. Logo após Vivian comentou sobre o caminho que eles percorreram até chegar ali que havia sido muito difícil, e que agora o paciente não estaria sofrendo mais. O filho de Pedro, em lágrimas também conseguiu falar um pouco sobre o momento de espera para ter seu pai ao lado novamente, que para ele aquele tempo não tinha fim, o tempo não passava! Ambos, naquele momento e com a nossa presença, conseguiram rememorar algumas situações anteriormente vividas que para eles eram importantes frente ao contexto.

Parece importante ressaltar neste momento que a clínica psicanalítica na urgência pode ser pensada considerando o sujeito e suas produções frente ao encontro com o Real. Nesse sentido, a urgência pode ser tomada como uma oportunidade para uma nova tomada de posição do sujeito frente às suas questões, fazendo com que lide com elas de forma inédita e diferente do que a anterior. A proximidade com a morte incita a ressignificar a vida.

Neste caso pôde-se perceber que a proximidade da morte precipitou o falar do paciente, ou seja, a morte próxima precipitou algo! Para cada um dos sujeitos, a proximidade da morte acelera ou desencadeia um processo de significação.

Pedro apresentou o desejo de ser um bom pai e sua angústia relacionava-se à impossibilidade de sustentar o seu *ideal de eu*, tinha receio de não poder auxiliar o filho a adquirir sua estabilidade em sua carreira. E o seu desejo foi mantido até o último suspiro.

O Centro de Terapia Intensiva

Sabemos que o olhar médico deixa escapar algo impossível de ser curado pelos procedimentos médicos. A psicanálise, neste contexto, oferece a escuta, visto que no ambiente hospitalar é propício o encontro entre o saber médico e o saber psicanalítico. Se por um lado o discurso médico faz um obstáculo à palavra do paciente e à sua singularidade, cada vez que reduz o sujeito a um estado de doença, por outro, é necessário possibilitar um espaço à palavra daquele que sofre. Em espaços como o CTI cardíaco a vida do enfermo que está em jogo, consideramos que a medicina e a psicanálise são dois saberes distintos, não excludentes, e ambos importantes para o tratamento dos pacientes.

É importante ressaltar que apesar de todo o avanço tecnológico do CTI, recurso essencial na recuperação da saúde do paciente, observa-se que este é um lugar mobilizador de muita angústia, na medida em que o sujeito atualiza algo da castração no próprio corpo (Pedro tinha medo de “*morrer sem dignidade, de ser dependente de auxílio de terceiros por não ter mais condições de saúde para cuidar de si mesmo*”). Este tipo de angústia encontra-se presente nos contextos que envolvem circunstâncias de limitação e impotência: a angústia de castração. Esta permanece estreitamente relacionada a situações de doença, hospitalização e sofrimento físico imposto pelo tratamento

(como injeções, intervenções cirúrgicas, curativos). O Eu permanece absolutamente vulnerável e indefeso perante a morte, assim como o paciente Pedro permaneceu durante os dias de internação.

Ao entrar no CTI, o paciente, além de desfazer-se de seus pertences pessoais e de distanciar-se de sua rotina, é exposto a diversos agentes estressores, tais como: restrição ao leito, uso de aparelhos, ruídos, iluminação, vivenciando, assim, uma série de frustrações e impedimentos referentes ao seu estado.

Essas rupturas, que parecem apontar para uma quebra da cadeia de significantes, caracterizam o que chamamos de clínica da urgência. Ao tratar a singularidade neste espaço, Moura Decat (1996) assim escreve: “Na urgência o sujeito é lançado no estágio inicial do desamparo, estágio este que pode repetir-se em qualquer momento da vida, revelando a precariedade da condição humana” (p. 10).

No trabalho clínico oferecido no HUPE, escutamos estes pacientes, sabendo que a palavra pode ajudar sujeitos a superar este momento de tamanha fragilidade. Oferecemos um espaço para que os mesmos falem e possam ser escutados deste lugar outro que não apenas um portador de doença cardíaca, mas de uma vida, de um corpo, de uma história.

As Unidades de Terapia Intensiva, assim como o CTI Cardíaco do HUPE, são locais de trabalho em que o imprevisível se impõe, em que de uma hora para outra pode acontecer um óbito, a intercorrência ou mesmo uma melhora repentina. Um local do hospital onde o desamparo, o inesperado, o acaso e a desestabilização do paciente e de sua família manifestam. Nestes casos, o paciente se vê impotente, incapaz muitas vezes de efetuar uma ação específica para o alívio da tensão interna advinda da dor, sede, fome, impossibilidade de andar, movimentar-se na cama, falar e até mesmo respirar. Os pacientes, incluindo os que estão em coma, estarão à mercê de um outro, que poderá ou não atender as suas demandas. É esse outro quem prescreverá os procedimentos necessários à vida do paciente, como: dieta, oxigênio, medicação, posição, exames e outras situações decorrentes do período de internação.

O trabalho analítico possibilita uma mudança nesta destituição do paciente, onde ele fica imerso no sem sentido, possibilita a construção de caminhos para uma restituição da posição sujeito, que fala, que deseja, não reduzidos as descrições do prontuário ou a um número de leito. Neste sentido ele entende que pode participar do seu tratamento, como uma pessoa ativa. Afinal, trata-se de seu corpo, da sua história, dos quais ele também pode falar através de um olhar singular e uma linguagem própria.

O coração como um órgão simbólico (Os descompassos do coração)

É importante reconhecer nesse contexto o fato de o coração possuir um significado simbólico, valorizado na cultura ocidental, o que estreita e potencializa a relação entre os aspectos

emocionais e as doenças cardíacas, tornando possível uma vinculação dos aspectos emocionais tanto positivos quanto negativos com o comprometimento da saúde do coração.

Para Angerami-Camon (2004), ao falar sobre o coração, é importante pontuar o simbolismo sociocultural que o mesmo apresenta, 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.

Nos atendimentos realizados no CTI cardíaco, corriqueiramente os pacientes relacionam sentimentos e emoções, com as patologias cardíacas que estão vivenciando. Alguns acreditam que a complicação cardíaca pode ter sido decorrente de sentimentos considerados negativos como: amarguras, tristezas, raiva e rancor. Outros acreditam que as patologias podem ter sido desencadeadas devido ao grande amor dedicado ao outro. Desse modo, costumamos observar a associação que cada pessoa faz entre o acometimento cardíaco e seus diversos modos de se colocar no mundo.

Senra e Guimarães (2010) apontam que ainda hoje o coração é considerado a sede das emoções, sentimentos, lembranças, amores e decepções, logo as cardiopatias são vistas para além das doenças puramente fisiológicas, mas também emocional e social.

A família como continuidade do paciente

Não podemos deixar de considerar os familiares do paciente que muitas vezes esperam uma cura rápida do seu ente querido e que trazem também suas angústias ante a ruptura da dinâmica familiar, profundamente alterada pelas circunstâncias. Desta forma, compreendemos e observamos nesta prática que a família desse doente deve ser vista como um sistema, onde cada membro exerce uma função e possibilita a existência de uma dinâmica intrafamiliar que tem seu próprio funcionamento.

De acordo com Souza (2010) entende-se como família a unidade social de proximidade devidamente ligada ao paciente através do amor, podendo ou não ter laço de consanguinidade. Acreditamos, pois, que o paciente é um consanguíneo da família, e que esta tem um papel ativo e fundamental na sua recuperação. Nos atendimentos, constantemente os pacientes expressam o significado que o apoio familiar representa para eles.

Quando o paciente é hospitalizado, instala-se uma crise, podendo precipitar uma desestruturação familiar. Portanto, o familiar deve ser visto como paciente secundário, pois chega ao CTI desconfiado e inseguro frente à realidade vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos e fantasias sobre a morte.

UTI, uma porta para a vida ou para a morte

Refletir sobre a questão da morte do ponto de vista da psicanálise parece fundamental neste momento, por isso iniciaremos esta reflexão com o trabalho de Freud (1996), quando ele fala sobre o inconsciente e a morte.

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (1996, p. 299).

Observamos na nossa prática que é só no caso a caso que é possível se analisar a configuração que a proximidade da morte terá para cada sujeito individualmente. Cada um construirá uma "teoria", explicação para seu adoecimento e buscará ou não possibilidades de produzir significações para a vida. A forma singular do sofrimento e das emoções de cada pessoa é que nos indica como o desejo e o vazio estão sendo enfrentados, qual o processo humano presente na singularidade. O que ocorre muitas vezes é que o sentimento de desamparo se coloca e sua condição de ser mortal revela-se neste momento. Uma via possível de trabalho é auxiliar o paciente a dar sentido à vida. O que se percebe nessa clínica é um sujeito diante de uma situação difícil de suportar e é exatamente isto que precisamos escutar.

[...] me parece que o que um analista pode fazer com um paciente à beira da morte e que sabe disto (pois todos nós podemos estar também à beira da morte com a diferença que não sabemos propriamente disto), não só no hospital, mas também no seu consultório, ou na casa do paciente, é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não toda (Moretto, 2001, p.103).

Freud adverte quanto ao sofrimento diante da morte, do limite humano. De acordo com o autor, uma das ameaças do sofrimento humano vem do nosso próprio corpo que está condenado a decadência e a dissolução. Assim sendo, a experiência perante este acontecimento nos permite dizer que a morte entendida como limite humano é vivenciada a partir da angústia que se tem diante da não significação que ela apresenta em nós, já que conhecemos dela apenas aquilo que conhecemos no outro. Daí a tentativa de tentar adiá-la.

Diante da doença, da desfiguração do corpo, o psicanalista se oferece dentro do hospital com uma possibilidade de escuta que não separa o sujeito de sua doença, pois o corpo submete-se ao campo da linguagem e, portanto, dos efeitos da palavra. Dar voz a esse corpo e a escuta desse sofrimento não é nada fácil já que revela em nós mesmos nossa finitude e desamparo. Talvez tenha sido nesse sentido que o saber psicológico tenha entrado no hospital, quando o saber médico não dá conta. Quando sua clínica é afetada pela dimensão subjetiva do paciente, o saber médico claudica abrindo espaço para entrada do saber do psicólogo na instituição hospitalar. No entanto, precisamos

sempre estar cientes de que o nosso trabalho nunca se fundamentará em um trabalho adaptativo referenciado na patologia e normalidade, mas com a clínica de ascensão do sujeito, e do seu desejo. 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.

Conclusão

A psicanálise no hospital vem mostrar que não há projeto científico, nem dor capaz de anular a subjetividade do sujeito. Aquele que se encontra atormentado por uma doença física porta uma singularidade que precisa ser ouvida, um real que precisa ser colocado em palavras. O paciente encontra-se enlutado por inúmeras coisas: perde-se a verdade absoluta sobre quem ele é; ele é retirado de sua rotina, tiram-se suas roupas, perde-se sua subjetividade, e suas certezas vacilam. Sendo preciso um profissional que possibilite pela escuta e restituição da posição de sujeito. Daí a importância da nossa atuação independente do lugar que ela venha a ser realizada. Não se trata mais de um *setting* analítico tradicional, no qual o paciente irá atrás do analista para que a análise possa vir a ocorrer. O analista, por sua vez, no hospital terá que atender no leito, sendo muitas das vezes interrompido por enfermeiros ou médicos que necessitam também realizar seus ofícios. Estas situações com as quais se depara o psicanalista em um hospital o confrontam com uma prática atípica: a da urgência. É desse lugar, assujeitado às situações inesperadas vividas no hospital, que o paciente poderá vir a fazer um chamado ao analista. Diante do sujeito confrontado com a eminência da morte, a psicanálise aposta na fala como aquilo que pode ajudar o ser falante a situar algo da finitude oferecendo a escuta para aquele que, mesmo tendo a vida perto do fim, precisa ser relançado como sujeito desejante. Neste sentido, a morte para a psicanálise não remete ao fim, a impossibilidade de escuta, mas ao que urge para o sujeito. E a urgência está para além do biológico, ela está no desejo e em seu caráter indestrutível. A finitude, colocada para todos os sujeitos engendra uma urgência, a urgência da vida, a urgência do desejo. Afinal, de nada adianta o coração bater se o desejo não pulsar!

Referências bibliográficas

- Angerami-Camon, V. A. (2004) *Tendências em psicologia hospitalar*. São Paulo: Thomson Pioneira.
- Freud, S. (1996). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In Freud, S. *Obras Completas de Sigmund Freud*. (Vol.14). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).
- Moura, M. D. (1996). *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Senra, D. F.; Guimarães, C. P. A.(2010). UTI de Cirurgia Cardíaca. In: Ribeiro, A. L. A.; Gagliani, M. L. *Psicologia e Cardiologia: um desafio que deu certo* - SOCESP. São Paulo: Atheneu, p. 113-121.

Souza, R. P. (2010). *Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva*. São Paulo: Atheneu.

**“Pacientes difíceis?”: uma interlocução entre a equipe de saúde da Unidade Cardio
Intensiva e a Psicologia**

Aline Cristine Baptista Costa*

Cristiane Esch**

Resumo

A motivação deste escrito teve como disparador a escuta inquieta do enunciado “pacientes difíceis” por parte de alguns profissionais de saúde, no manejo de pacientes internados com uma doença crônica no contexto do SUS. A partir disso, surgiu a ideia de serem realizadas entrevistas semi-estruturadas com os residentes das quatro categorias profissionais da Unidade Cardio Intensiva – enfermagem, medicina, nutrição e fisioterapia - e a um staff de Medicina. Nosso objetivo geral foi o de trazer uma breve reflexão, a luz da leitura psicanalítica, a partir do que surgiu no discurso destes profissionais. E, como objetivo específico, discorreremos sobre um caso clínico atendido por mim, identificado em algum momento por algum membro da equipe como um “paciente difícil”. Do “geral” da instituição e, não menos importante, passaremos pela subjetividade da equipe e adentraremos no “singular” de um caso clínico.

Palavras-chave: subjetividade, discursos em saúde, psicanálise em extensão

Introdução

Inúmeras questões vêm sendo suscitadas por mim a partir de minha inserção no universo hospitalar, desde a especialização concluída em março deste ano em Psicologia Hospitalar do Instituto Nacional de Infectologia (INI) na Fiocruz, no atendimento a pacientes internados em estado grave portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), e atualmente, enquanto residente de psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

A unidade que irei me referir neste pequeno esboço, é uma unidade de terapia intensiva cardiológica, chamada Unidade Cardio Intensiva (UCI), situada no HUPE. A UCI dispõe de noveiteiros ao total, e atende, em sua maioria, pacientes adultos internados em estado grave que necessitam de cuidados intensivos, portadores de doenças cardiológicas como: insuficiência cardíaca (IC), doença arterial coronariana (DAC) e arritmia cardíaca.

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

** Preceptora da Cirurgia Cardíaca e Unidade Cardio Intensiva do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2018).

Na UCI também são internados pacientes com complicações de cirurgias realizadas no HUPE como um todo, e também outros pacientes que necessitam de uma “vaga emprestada” em algum lugar do Hospital. No entanto, o enfoque são as afecções cardiológicas. O tempo médio das internações é de sete dias, o que configura uma alta rotatividade. E há a presença de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos.

No que diz respeito a uma “comparação” quanto ao que há de comum nestes dois espaços em que pude me experimentar como psicóloga, o INI e a UCI, chama-me a atenção uma temática em voga no campo da saúde. Refiro-me a questão dos desafios impostos na atenção aos pacientes portadores de uma doença crônica com toda sua complexidade, e já tendo sido considerado pela OMS (2003) como o desafio da saúde no século XXI

A partir da experiência de atendimento no espaço da UCI, foi possível observar que há conteúdos que se repetem com frequência no discurso dos pacientes. Destacam-se as questões relativas ao sofrimento trazido tanto pelo adoecimento quanto por estarem internados em uma unidade fechada, as “falhas na comunicação” entre paciente e equipe, e a demora para a realização de alguns procedimentos, comuns na cardiologia, como a implementação do marcapasso e a realização de exames como o ecocardiograma, vulgo “ECO”, e o cateterismo, vulgo “CAT” – abreviações utilizadas no cotidiano dessa equipe.

Cabe ressaltar que o presente exposto não entrará no meandro dos múltiplos atravessamentos institucionais e sabidos desafios presentes no âmbito da Saúde pública na atualidade - como escassez de pessoal e de recursos – embora também apareçam com frequência no discurso da instituição e dos pacientes. No entanto, buscaremos apontar para o possível da clínica face aos desafios cotidianos.

A motivação deste escrito teve como disparador a escuta inquieta do enunciado “pacientes difíceis” por parte de alguns profissionais de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), no manejo de pacientes internados com uma doença crônica. A partir disso, surgiu a ideia de realizar entrevistas semi-estruturadas com os residentes das quatro categorias profissionais da UCI – enfermagem, medicina, nutrição e fisioterapia - e a um staff de Medicina, cujo objetivo foi se aproximar um pouco mais dessa equipe e coletar o que tinham a falar sobre o que consideram “pacientes difíceis” – essa era a pergunta norteadora.

Sendo assim, o presente trabalho se dividirá em duas partes. Nosso objetivo geral será trazer uma breve reflexão, a luz da leitura psicanalítica, a partir do que surgiu no discurso destes

profissionais. E, como objetivo específico, discorreremos sobre um caso clínico atendido por mim, identificado em algum momento por algum membro da equipe como um “paciente difícil”.

Muito longe de querer esgotar o tema, dada a complexidade dos elementos em questão, o objetivo maior deste escrito foi uma tentativa de transcrever minha vivência e imersão de seis meses como residente de Psicologia neste setor.

Do “geral” da instituição e, não menos importante, passaremos pela subjetividade da equipe e adentraremos no “singular” de um caso clínico.

O que surgiu por parte da equipe: um relato de experiência

Ao perguntar para os membros desta equipe sobre o que consideram serem “pacientes difíceis”, surgiram alguns significantes como: “paciente difícil de aceitar as regras”, “paciente que não aceita a dieta que a gente propõe”, “paciente que não colabora”, “paciente que não ajuda a gente” e “paciente grave”. Todos eles, de alguma maneira, tocaram no ponto de serem pacientes que não aderem/e ou se submetem com facilidade as terapêuticas propostas dentro da especificidade de cada clínica. Foi interessante poder perceber como a subjetividade dos profissionais se colocava ao tentarem responder a essa pergunta.

Nesta experiência, para os residentes de enfermagem, nutrição e fisioterapia entrevistados, a entrevista ganhou quase que um formato de catarse onde falaram explicitamente da sobrecarga do trabalho, e dos desafios encontrados na experiência profissional. Foram expressas de maneira bastante evidente, questões subjetivas como o sentimento de *frustração* por parte destes quando se deparam com os tidos “pacientes difíceis”.

Já para equipe de medicina entrevistada, pode-se perceber uma roupagem diferente no discurso em comparação as outras categorias profissionais. Em comum aos dois médicos, surgiu de imediato a dificuldade de responder. Ambos chegando a dizer que a pergunta era muito difícil.

Para além da dimensão subjetiva destes médicos, que foi aparecendo ao longo da entrevista, ficou mais evidenciado a relação de poder presente na relação médico- paciente. A exemplo disso, um deles lembrou-se de um caso que considerou “difícil”. Era o caso de um paciente que não estava aceitando o procedimento que teria que ser feito, mas que *bastou ele falar com o paciente e explicar o que seria feito, que este aceitou* [que “foi só eu ir ali falar com ele, ele não tava querendo fazer o procedimento, ai eu falei e ele aceitou”].

Parafraseando Szpirko (2000) em seu texto intitulado “Ser doente, ter uma doença”, este nos diz que no trato com pacientes acometidos por doenças crônicas cuja efetividade das prescrições se mostra ineficaz, alguns médicos procurarão obter a colaboração de seus pacientes a partir da influência e persuasão.

No artigo, é privilegiado o estudo da posição médica e dos demais profissionais confrontados com seus pacientes. O modelo médico constitui necessariamente uma relação de poder sobre o saber do paciente, onde de um lado se coloca o sábio – e de outro, o paciente. Aqui, o modelo médico não faz menção apenas à medicina, mas à equipe biomédica como um todo cuja orientação se baseia na **lógica da prescrição**. O que corrobora, de alguma maneira, com a fala que surgiu de um dos médicos no momento em que contextualizava a gravidade e urgência dos casos atendidos na Unidade.

Ele sinalizou que se deveria ter mais tempo para investigar as “*questões psicossociais*” dos pacientes ali internados, como por exemplo, “investigar se estão aderindo ao tratamento”, “e se não estão, o que será que pode estar acontecendo” disse ele.

Também fora mencionado por ele um sentimento de *frustração* quando atuava no setor ambulatorial, “*porque lá eu me sentia impotente diante de tanta demanda difícil de dar conta (...) aqui eu consigo resolver as coisas (...) o paciente chega grave e é o tempo da gente conseguir fazer algo para salvar aquele doente e já vir outro no seu lugar*”, disse ele.

Conforme aponta Decat de Moura (1996), a prática do psicanalista no hospital leva a constatação de que ele se depara com a coexistência de diferentes discursos, sendo seu desafio sustentar a sua especificidade quando isso for possível. Sendo assim, mediante a clínica da gravidade orgânica e dos cuidados intensivos, o que pode fazer um psicólogo com orientação psicanalítica no trato com pacientes internados?

O possível da clínica do sujeito no hospital: uma construção cotidiana

Jorge era um sujeito de oitenta anos que fora internado na UCI devido ao diagnóstico médico de bradiarritmia – alteração cardíaca em que o coração bate mais lentamente – na espera para colocação de um marcapasso. As bradicardias – a não ser em condições extremas, quando associadas a outras doenças – não causam morte. Mas não era o caso de Jorge, que tinha múltiplas comorbidades associadas, e sintomas cardíacos muito intensos como tontura e cansaço. Não existem tratamentos farmacológicos para a bradicardia. O tratamento para a condição é um só: a instalação de um marcapasso para controle do ritmo cardíaco.

Em uma primeira tentativa de aproximação ao paciente, me apresento a Jorge como psicóloga residente da Unidade, e que fazia parte da nossa rotina que todos os pacientes internados tivessem um primeiro atendimento com a Psicologia. Ele se mostra muito pouco receptivo e desejoso a falar naquele momento, mas insisto sutilmente fazendo-lhe algumas perguntas – *no seu tempo*. Parafraseando Decat de Moura (1996), ao marcar a diferença existente entre a psicanálise e a medicina no que se refere ao tempo, esta nos diz que a medicina, ao escutar ao chamado do

paciente, irá responder prontamente a este, porém sendo a dimensão do **tempo do sujeito** eliminada –já que seus cuidados se dirigem primordialmente aos sinais e sintomas do paciente.

A priori Jorge não mostrava interesse em falar, mas aos poucos foram sendo trazidas algumas queixas como a “*vontade de colocar o marcapasso o mais rápido possível para ter alta para casa*”, “*dificuldade de dormir no escuro*” e de “*estar internado em uma unidade fechada*”. Segundo ele, estava sendo a primeira vez que precisou ficar internado. Quando pergunto se gostaria que voltasse no meu próximo dia, ele não verbaliza interesse, mas também não nega.

Ao longo de nossos atendimentos, Jorge foi falando. Falou que sua filha também era psicóloga. Trouxe lembranças de seus empregos antes de se aposentar – “*sempre fui uma pessoa muito impaciente*”, dizia ele. Tal fala se assemelha com os significantes trazidos um dia pela sua esposa e neta – “*ele é muito agitado, nunca gostou de ficar sob restrições (...) fica agoniado*”, disseram elas. E também com um dos membros da equipe – “*ele é meio complicado, toda hora solicita e demanda da equipe, parece que tá ansioso (...) e fica resmungando para fazer os exercícios (...) é só quando ele quer*”.

Os dias passavam e nada do marcapasso chegar, não havia marcapasso no Hospital.

Quando me aproximo de seu leito, certa vez ele disse “*lá vem você querendo tirar as coisas de mim de novo*”. Dou um riso singelo, e ele começa espontaneamente a falar - *sempre no seu tempo e me colocando disponível para as suas questões*.

Após passarem-se aproximadamente uma semana e meia a espera do marcapasso, Jorge teve uma intercorrência onde precisou ser colocado de **urgência** um marcapasso transcutâneo – que é uma alternativa provisória. Neste dia não foi possível atendimento, mas estava *presente* quando a equipe se mobilizava para fazer o procedimento.

Volto no dia seguinte e encontro-o com o olhar totalmente *perdido*. Jorge estava sob efeito de analgésicos, dado que o estímulo do marcapasso transcutâneo é muito doloroso.

Ao perguntar para um membro da equipe sobre seu estado clínico, foi dito “*ih, ele tá grave... acho que não dura muito mais tempo não, já tá desorientando (...) e ainda é idoso (..) aí já viu né*”. Tal fala aponta para o que assinala Decat de Moura, quanto à facilidade com que estes pacientes graves, que não podem falar, são “abandonados”. Segundo a autora, trabalhar com esses pacientes é **afirmar e sustentar** a dimensão de sujeito deste assujeitado - que diante de acontecimentos tão inesperados podem destituir-se do seu ancoramento significante. Neste sentido, caberia ao analista, a partir de uma construção, a função de transformar a urgência onde o sujeito não tem palavras, reintroduzindo-o na cadeia significante.

Me aproximo de seu leito, e a priori percebo-o com a “consciência algo rebaixada”. Digo a Jorge que ontem estive na Unidade para atendê-lo conforme combinado, mas que não fora possível dada uma intercorrência. Ele fazia feição de dor e expressão de que desejava falar, mas não

consequia. Então perguntei se estava sentindo algo em algum lugar de seu corpo. Apesar de não haver resposta, sustento minha presença - *não sem angústia*. Decido então pegar uma plaquinha da psicologia que usamos no CTI cardíaco e UCI. Nessa placa tem impresso um gráfico de nível de dor, letras do alfabeto e imagens correspondentes a fome, sede, tristeza, alegria e etc.

Mostro essa placa a ele, que imediatamente reage com uma espécie de tapa nela como se fosse para tirar dali. Sustento mais um tempo minha presença, e então sou surpreendida com os ditos “*Psicóloga (pausa...), Graças a Deus (pausa...), Eu tô muito feliz*”, e repetiu por mais algumas vezes essa mesma sequência. Perguntei a ele se tinha acontecido algo em específico para estar feliz, mas ele repetiu os mesmos ditos: “*Psicóloga (pausa). Graças a Deus (pausa). Eu tô muito feliz*”. Repetiu por mais umas três vezes.

Despeço-me de Jorge e digo que voltarei na segunda-feira, no meu próximo dia ali. Ele acena o rosto com um *Sim*. Quando retorno, vejo seu leito vazio e de imediato imagino o que poderia ter acontecido. Jorge faleceu na madrugada de uma segunda-feira.

Algumas considerações que não são finais

Ao longo desta experiência, foi de suma importância o espaço das supervisões para formação, orientação e reflexão da prática. As temáticas que surgiram durante esses seis meses falam da complexidade que é sustentar a clínica do sujeito no hospital, neste caso em específico, em um hospital público.

Quanto à realização das entrevistas, esta foi uma estratégia que possibilitou uma aproximação dos diferentes discursos presentes no hospital e consequente ampliação da clínica. Em outras palavras, foi possível - ao ofertar uma escuta a estes profissionais - identificar as subjetividades por trás do cuidado em saúde.

Já em relação à clínica do sujeito no hospital, espaço por excelência onde o desamparo humano se presentifica, o analista se faz presente para nada mais do que fazer operar o discurso analítico- enquanto aquele que pretende dar voz aquilo que é único e particular do sujeito, ou seja, a sua singularidade - e oferecer aos sujeitos a possibilidade de falar do seu sofrimento.

Referências

- Decat de Moura, M. (1996). *Psicanálise e urgência subjetiva*. In Decat de Moura, M. *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter.
- Szipirko, J. (2000). *Ser doente, ter uma doença*. In Alberti, S., Elia, L. (Orgs.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Marca d'Água.

Paciente difícil ou desencontro entre equipe de saúde e paciente? Eis uma questão

Débora Monteiro da Silva*

Cristiane Ferreira Esch**

Resumo

O trabalho a ser apresentado nasceu a partir da experiência de atendimento a um paciente com insuficiência auditiva, dentro do período correspondente as atividades de R1.1 em uma Unidade Cardíaca Intensiva (UCI). O atendimento deste caso permitiu-nos refletir sobre a atuação do psicólogo junto à equipe e ao paciente, bem como os possíveis efeitos que sua escuta pode proporcionar dentro de uma unidade intensiva.

Palavras-chave: UCI; insuficiência auditiva; psicólogo.

Introdução

Insuficiência Cardíaca (IC) é a doença que incapacita a ejeção e/ou acomodação de sangue pelo coração, ocasionando uma limitação funcional que necessita de uma intervenção terapêutica imediata (Souza, Pires e Rocha, 2009). De elevada prevalência no Brasil e no mundo e apresentando altas taxas de mortalidade, “a IC é a primeira causa cardiovascular de hospitalização no país” (Lessa, 2001, p.383). Por se tratar de uma doença de ‘intervenção terapêutica imediata’ e cuidados específicos, os pacientes com IC são admitidos em Unidades Coronarianas, que são unidades de terapia intensiva, compostas por equipe multidisciplinar especializada (Pinho & Marca, 2018). Ainda de acordo com esses autores: o ambiente de uma UCI é altamente iatrogênico, gerando estresse para o paciente. A temperatura ambiente, o som intermitente dos aparelhos, as conversas altas, as condutas invasivas, o monitoramento constante, a restrição ao leito, o afastamento dos amigos, familiares e dos afazeres da vida cotidiana, colaboram para o surgimento de “reações emocionais como ansiedade, insônia, inapetência, angústia e medo” (p.99).

É comum ouvirmos os pacientes se queixarem, por exemplo, de perda de autonomia e do sentimento de aprisionamento. Também é comum que alguns pacientes apresentem quadros de agitação, *delirium*, e problemas comportamentais. (Zimmermann & Bertuol, 2001).

Diante das características tão peculiares de uma UCI, o trabalho do psicólogo, apesar de muitas vezes não ser compreendido por outros atores que compõem a equipe, é de caráter fundamental. Com nossa escuta, sustentamos um lugar onde o paciente pode falar daquilo que lhe traz sofrimento na sua experiência de internação e outras questões que venham a emergir em

decorrência desse momento. Apesar da atenção dispensada pela equipe aos pacientes, nossa escuta diferenciada suporta o mal-estar e muitas vezes o próprio silêncio de alguém que não pode ou não tem palavras para comunicar o que sente. Da mesma forma, nossa escuta também é estendida aos familiares de nossos pacientes. Em relação aos outros profissionais da equipe, é comum recebermos pedidos de ajuda quando eles percebem que o paciente tem alguma tristeza ou preocupação importante, quando o paciente não adere a terapêutica ou alguma outra questão que venha a surgir. Também participamos dos Rounds (reuniões diárias onde os médicos avaliam os casos, traçando condutas), muitas das vezes na condição de ouvintes, contudo, nossa presença nesse momento reafirma a importância de nossa posição dentro da equipe.

Um paciente difícil? Eis uma questão

Me apresentei, fiz algumas perguntas e o paciente parecia estar confuso. Apenas disse que estava melhor. Informei que estava a disposição e qualquer coisa era só chamar. O mesmo não disse nada e nem olhou nos meus olhos.

Ao entrar na UCI, deparo-me com um paciente sentado em uma cadeira ao lado do leito, com uma gaze presa em cada braço, indicando que ele esteve em contenção. Me aproximo, me apresento e ele parece ignorar minha presença. Permaneço ali, em pé a sua frente pensando o que pode ter acontecido. Enquanto penso, ouço a voz de um residente de fisioterapia que me avisa: “*ele é surdo, tem que falar alto com ele*”. Volto-me para o paciente (a quem chamarei de José) e com voz alta pergunto: “*Como você está?*”, ele responde: “*Por acaso eu sou um cachorro pra precisar ficar assim?*”, me questiona, mostrando os pulsos. Respondo que não e ele desvia o olhar. Pergunto o que aconteceu e como ele chegou ao hospital. Novamente, ele me mostra os pulsos e diz que não precisava estar ali. A situação me intriga. Pergunto ao paciente se ele escreve e ele me responde que não. Na tentativa de me comunicar com ele, pego uma placa com desenhos de emoções e mostro ao paciente, perguntando como ele se sente: “cansado” e de “saco cheio” são as figuras que ele aponta. Despeço-me e à ilha médica onde iniciava-se o Round.

Ao chegar a vez do leito de José, a médica residente que acompanha o caso, lê no prontuário as informações referentes a sua internação. Após a apresentação do caso, complementa: “*É um paciente difícil*”. “*Não tem como a gente colher a história da doença dele*”. Novamente, me espanto: será que ninguém pensou em conversar com a família do paciente? Ou será que esse paciente não recebe visitas? Trata-se realmente de um paciente “difícil”? Por que ele foi nomeado como “difícil”? Terei que aguardar o horário de visitas para tentar obter alguma resposta. Como a questão principal para a medicina era a estabilização do quadro do paciente, e não questões de comunicação, ficou decidido que o paciente seria transferido no dia seguinte para a enfermaria de

cardiologia, para estabilização do quadro e investigação da etiologia da IC. No horário de visitas, me dirijo ao leito de José, onde conheci sua esposa que me contou sobre a chegada dele ao HUPE e de sua insatisfação com a internação. Em casa, José apresentava sintomas gripais, febre baixa e dificuldade para urinar. Após quatro dias com estes sintomas, procuraram o ambulatório de Insuficiência Cardíaca (IC). Dois dias após o atendimento, retornam ao ambulatório de IC para reavaliação, com 40° de febre, prostração e fraqueza nos membros inferiores, aquilo que eles achavam ser uma gripe, na verdade apontava para um quadro mais grave. Para seu espanto, José é imediatamente admitido na UCI. Como resposta a esse rompimento brusco de sua rotina, a separação forçada de sua companheira, a internação sem consentimento e a negação do diagnóstico, José apresenta momentos de desorientação e agitação psicomotora, o que responde sobre a questão da necessidade de contenção. Além disso, contou-me também sobre sua vida profissional e a dificuldade em se conseguir um aparelho auditivo gratuitamente. Na nova enfermaria, José pôde permanecer ao lado de sua esposa e já não precisava ficar restrito ao leito. Cessaram os momentos de desorientação e sua permanência no hospital foi melhor aceita, apesar de ainda duvidar do diagnóstico médico sobre a IC.

Em *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, Freud (1926 [1925]), nos chama atenção que alguns órgãos específicos no corpo humano recebem descargas motoras provenientes de sentimentos como, por exemplo, a ansiedade. Nesse caso, as sensações físicas provenientes desse sentimento são referidas ao coração. Fisiologicamente, o coração é um órgão de importância vital e aceitar que ele funcione de maneira insuficiente, é aceitar nossa impotência diante da possibilidade da morte, nossa finitude, algo que nosso inconsciente não admite já que a desconhece. No auge de seus 80 anos, José agarra-se a uma suposta gripe na tentativa de justificar que seu diagnóstico de IC estava equivocado. A negação, um mecanismo de defesa frequente em pacientes em cuidados intensivos, era naquele momento, a única arma com que ele poderia se proteger diante da possibilidade de um dia vir a morrer. Tudo poderia funcionar de maneira insuficiente e ser aceitável: sua audição, seu rim, menos o seu coração. Junto de sua esposa, demonstrava-se tranquilo. Sem filhos, o casal era cúmplice, tinha um bom relacionamento, dividiam a vida há tantos anos, como poderia o coração, a morada de seus sentimentos e lembranças, correr o risco de parar de funcionar? A gripe, essa sim não é crônica, tem tratamento, passa, já uma IC...

Mas, e os desencontros?

“Pouco cooperativo devido à hipoacusia”, “dificuldade de interagir com examinador devido acuidade auditiva diminuída”, “pouco cooperativo. Apresenta um grande déficit auditivo”. A insuficiência auditiva de José aparece nas evoluções como justificativa para a “pouca cooperação”

do paciente com a equipe da UCI. No *Round*, como já mencionado, José foi nomeado como “paciente difícil”. Se todos os profissionais da UCI tinham ciência de que ele ouvia pouco e com bastante dificuldade, de que maneira a equipe pôde lidar com essa situação? Como resposta, penso que a maneira encontrada por eles foi justamente a de se dedicar aquilo que eles fazem melhor: diagnosticar, tratar, conduzir. Essa é por excelência, a função da medicina. Ocorre que o psicólogo questiona essa objetividade que exclui o subjetivo daquele profissional. O “paciente difícil” ou “pouco cooperativo” não fala do comportamento dele, mas sim, de um mal-estar dos profissionais envolvidos diante de algo que eles não conseguem dar conta. A dificuldade sentida por alguns membros da equipe e/ou a falta de desejo de colaboração, no que dizia respeito ao paciente como um sujeito que precisava compreender o que lhe acontecia, foram projetadas em José como forma de se livrar desse sentimento de impotência: *“se não faço, não é porque não quero, mas porque é ele quem não permite”*.

A objetividade médica, tão necessária para o sucesso de qualquer tratamento, não dá lugar para que o profissional reflita sobre as angústias que os atendimentos nele possam suscitar. Seria importante oferecer a equipe multidisciplinar de unidades intensivas, um espaço de escuta onde possam falar e elaborar sobre questões que atravessam seu cotidiano dentro da enfermaria e de alguma forma lhe tragam mal-estar ou sofrimento. Nós, residentes de psicologia, ao contrário do restante da equipe, temos o privilégio de ter na supervisão, além da nossa análise pessoal, um espaço para tirar dúvidas, refletir, elaborar e compartilhar emoções e experiências. Ao comentar sobre este caso na supervisão, por exemplo, pudemos ouvir a estagiária de psicologia dizer que se sentia aliviada. Não sabendo que o paciente era surdo, teve a impressão de que o paciente estava confuso ao mesmo tempo em que se sentiu ignorada. Ao saber da deficiência auditiva do paciente, pôde reavaliar sua posição diante de sua impressão.

Este caso nos trás diversas questões relevantes, contribuindo de maneira enriquecedora em nossa formação enquanto profissionais e residentes. José se encontrava em um momento de total fragilidade onde não podia falar, justamente porque não havia quem o pudesse ouvir.

O sentimento de menos valia do paciente, traduzido na pergunta “será que sou um cachorro?” mostrava o quão de fato José se sentia isolado e alienado em questões que diziam respeito a ele mesmo. Ouvi-lo (mesmo que, da minha parte, de forma precária) falar sobre seus sentimentos e também sua esposa, sobre sua vida laboral como agente da Sucan, sua vida pessoal e até mesmo a negação de seu diagnóstico, reafirmam que ali, para além da IC e da Insuficiência auditiva, há um sujeito que se coloca e sim, à sua maneira se faz ouvir.

Se para os médicos é necessário que o paciente fale de suas queixas e sintomas, para nós psicólogos, o “falar” ultrapassa a comunicação verbal, até porque, nos enganaríamos se pensássemos que um atendimento psicológico fosse “só ouvir” aquilo que é dito pelo paciente. O

desencontro é próprio da linguagem, seja ela qual for, afinal, podemos saber o que dizemos, mas nunca saberemos de que forma isso chega aos ouvidos de quem nos ouve. Meu desejo é que esses desencontros nos convoquem sempre ao estranhamento e ao trabalho.

Referências Bibliográficas

Freud, S. (1990). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (Vol.XX). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926[1925])

Lessa, I. (2001) Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev. bras. hipertens.* 8 (4), 383-392. Recuperado em 01/10/2018 em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=304024&indexSearch=ID>>

Souza, C. dos S. M.; Pires, C. N.; Rocha, R. M. (2009). Insuficiência Cardíaca Aguda. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 8 (2), 58-66. Recuperado em 01/10/2018 em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=181>

Zimmermann, P. R.; Bertuol, C. S. (2001). O Paciente na UTI. In N. J. Botega. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral*. Porto Alegre: Artmed.

Diagnosticar para tratar? A clínica da psicose entre medicar e escutar – considerações sobre a Luta Antimanicomial a partir da experiência dos pacientes internados

Debora Monteiro^{*}
 Isabella Bezerra^{**}
 Gabriela Guimarães^{***}
 Gabriela Klusmann^{****}
 Karina Andrade^{*****}
 Vivian Nigri^{*****}
 Ingrid Vorsatz^{*****}

Resumo

O presente trabalho tem o objetivo de problematizar a questão do diagnóstico na clínica da psicose e discutir a forma como os sujeitos se relacionam com a internação e o uso contínuo da medicação neuroléptica. Esta última vista pelos usuários do serviço de forma muito negativa, dada a carência de espaços de diálogo durante a internação para falar sobre os seus efeitos no corpo e a forma como esses usuários os interpretam. Orientadas pela teoria da clínica psicanalítica, a maneira como compreendemos o diagnóstico se diferencia do campo médico. Enquanto a Psiquiatria parte do pressuposto de que para obter um diagnóstico é preciso identificar um conjunto de sinais e sintomas agrupados que não necessariamente se remetem a uma causa, sendo este apanhado semiológico considerado suficiente para que se configure um tratamento, a psicanálise tem como método a escuta do sujeito e é partir do que se estabelece na relação entre terapeuta e paciente vale dizer, a partir do estabelecimento da transferência, que torna-se possível identificar a causalidade psíquica. Nesse sentido, orientadas por essa prática, as residentes autoras deste trabalho se dispuseram a escutar os usuários internados através da proposta do dispositivo chamado de “Roda de conversa”

^{*}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

^{**}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

^{***}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

^{****}Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2017).

^{*****}Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2017).

^{*****}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

^{*****}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). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área profissional de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COREMU-UERJ).

no qual os pacientes internados na enfermaria da UDA de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UDAPq-HUPE) puderam falar acerca dos motivos que os levaram à internação. A partir desse momento refletiram como foi essa experiência e o que significava para eles estarem internados no período que coincidiu com a celebração da luta antimanicomial. Foi utilizada como metodologia, além da mencionada Roda de conversa, a elaboração de um questionário por parte dos pacientes e a pesquisa bibliográfica, a partir do viés psicanalítico, articulando com o trabalho desenvolvido junto aos pacientes da UDA de Psiquiatria à comemoração do dia da luta antimanicomial.

Palavras-chave: Psiquiatria; saúde mental; psicanálise; luta antimanicomial.

Introdução

O presente trabalho se originou a partir de nossa experiência como residentes do Curso de Especialização Psicologia Clínica Institucional na Modalidade Residência Hospitalar do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, inseridas no dispositivo da Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Temos por objetivo refletir sobre as diferentes modalidades de tratamento, entre a Psiquiatria e a prática clínica orientada pela psicanálise, de pacientes internados em uma enfermaria psiquiátrica. Essa reflexão será empreendida a partir de alguns recortes de uma proposta de trabalho construída junto aos pacientes e à equipe multidisciplinar da referida instituição, com o objetivo de debater a importância da data que constitui o dia nacional da Luta Antimanicomial, celebrado anualmente no dia 18 de maio¹. Para fundamentar esta discussão, nos basearemos no referencial teórico psicanalítico a partir da obra de Sigmund Freud e de outros autores que se dedicam ao tema da saúde mental.

A prática clínica no campo da psiquiatria e da saúde mental nos impõe, incessantemente, questionamentos sobre a atuação da psicanálise diante da prevalência do discurso médico que privilegia o diagnóstico sindrômico estabelecido pelas sucessivas edições do DSM (*Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, estabelecido pela American Psychiatric Association) e a prevalência da medicalização dos quadros clínicos em detrimento da escuta do paciente e do seu modo singular de adoecimento. Nosso interesse pela orientação psicanalítica ocorre numa época em que há uma tendência cada vez maior de se colocar em destaque a questão diagnóstica e seu respectivo tratamento onde a escuta do sofrimento do sujeito pode não ser considerada como essencial. A partir da inclusão da singularidade do sujeito no tratamento, possibilita uma interrogação sobre o papel que a psicanálise desempenha em relação às questões que dizem a respeito à psicose. Na psiquiatria, ao contrário de outras especialidades da medicina, a indicação de

internação nem sempre é clara ou indiscutível, deixando a critério do médico e dos familiares do paciente uma significativa margem de escolha. Com o pressuposto disseminado historicamente na sociedade de que “lugar de louco é no hospício”, o sistema parece constituir um verdadeiro “empuxo à internação, mesmo onde há boa-fé.” (Tenório, 2002, p. 34)

Ressaltamos ainda o questionamento, a partir de Pontes e Calazans (2006) e da perspectiva psicanalítica, da insuficiência do postulado descritivista que orienta a nosografia psiquiátrica do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualmente em sua quinta edição, no que tange o estabelecimento de um diagnóstico diferencial. É importante frisar que por se tratar de uma especialização que ocorre no âmbito de um hospital universitário, a prática cotidiana e formação em serviço ocorrem de maneira intrínseca, beneficiando não apenas a qualificação profissional do residente, mas contribuindo para o trabalho institucional e para o tratamento dos próprios pacientes.

A psicanálise e a clínica da psicose

Na enfermaria de psiquiatria da UDAPq as internações são realizadas apenas de forma voluntária em situação de agudização do quadro clínico/psiquiátrico que implica em grande sofrimento psíquico, sendo considerada de risco para si próprio e para os outros. Dependentes químicos e portadores de transtornos mentais graves recebem assistência e tratamento por parte de uma equipe multiprofissional que se reúne semanalmente para discussão dos casos em supervisão clínica conduzida por um dos psiquiatras do Serviço. Por se tratar de um dispositivo assistencial de atenção terciária em um hospital universitário, é perceptível a forte presença da medicina com seu olhar organicista e biológico sobre o adoecer psíquico. Em um artigo datado de 1890, intitulado *Tratamento psíquico(ou anímico)*, Freud trata da relação interativa entre o corpo e o psiquismo, constatando que os progressos da medicina moderna se referiam exclusivamente à dimensão orgânica, à época. Naquele período, o que interessava aos médicos era a influência do corpo sobre a vida psíquica, descartando a influência desta no corpo.

Apesar disso, Freud comenta que em tempos antigos os médicos utilizavam o tratamento psíquico muito mais do que à época, levando-o a afirmar em 1905 no artigo *Sobre a psicoterapia* que “[...] a psicoterapia não é um procedimento de cura moderno. Pelo contrário, ela é a terapia mais antiga da qual se serviu a Medicina” (FREUD, 2016b, p.64). Ainda no mesmo artigo, Freud pontua que era comum que os poucos medicamentos existentes naquele período não surtiram nenhum efeito terapêutico nas doenças de cunho psíquico. Contudo, estas patologias reagiam ante a pessoa do médico, sendo então este fenômeno descrito como sendo uma influência psíquica. Freud já esboçava seu conceito de transferência, o qual apresentou no artigo *Sobre a dinâmica da transferência* (2016c), afirmando que o primeiro objetivo de uma psicoterapia seria o de ligar o

paciente à pessoa do médico/clínico (*Artz*), vale dizer, do psicanalista – ou ao psicólogo, no nosso caso - meio pelo qual tratamento seria viabilizado. É devido à necessidade de amor não satisfeita pela realidade que o sujeito se aproxima de outras pessoas com expectativas libidinais, transferindo para estas o seu modo de se relacionar na infância com as imagos parentais. Freud destaca que embora seja através da transferência que conseguimos acessar o inconsciente infantil, também é ela a maior fonte de resistência do tratamento, demandando um manejo específico em cada caso.

No artigo *Psicanálise e psiquiatria* (2014), Freud alega que não há uma oposição ou ainda uma contradição entre psicanálise e medicina, mas, sim, uma complementação, como é o caso da histologia e a anatomia: “uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo de sua constituição a partir de tecidos e células” (Freud, 2014, p. 341). Enquanto a psiquiatria estabelece uma causalidade orgânica para os fenômenos psíquicos de que se ocupa, a psicanálise se detém em buscar a causalidade psíquica – inconsciente - e suas consequências psíquicas para cada sujeito. Dessa forma, “o analista não utiliza instrumentos, nem mesmo para o exame, nem prescreve medicamentos” (Freud, 2016d, p. 201), seu meio de trabalho é a palavra e, por conseguinte, a escuta do sujeito. É através da escuta que o psicanalista poderá diagnosticar e tratar e, como uma especificidade deste campo, o tratamento não inicia somente após o diagnóstico, como ocorre na medicina, mas está presente desde o primeiro contato entre terapeuta e paciente. Importante ressaltar que não se trata de avaliar qual dos campos de saber é o mais importante, e, sim, qual o lugar e a especificidade da escuta psicanalítica em uma enfermaria de psiquiatria alocada dentro de um hospital geral, onde se prioriza o saber médico.

A reforma psiquiátrica brasileira

O tratamento oferecido aos sujeitos portadores de transtorno mental sofreu importantes mudanças ao longo do tempo. No Brasil, o marco do início das transformações no cuidado ocorreu no movimento conhecido como a Reforma Psiquiátrica Brasileira na década de 70 do século XX. Antes da reforma, predominava no país uma forma de tratamento baseado no modelo hospitalocêntrico, regido por uma lógica asilar, de acordo com o qual, frequentemente, a permanência dos pacientes na instituição psiquiátrica era por tempo indeterminado (Barroso & Silva, 2011). Segundo Paulin e Turato (2004), a partir de 1941, houve um esforço por parte dos médicos em atribuir à psiquiatria uma cientificidade. Como forma de tratamento era oferecido “choque cardiazólico, psicocirurgia, insulinoaterapia, eletroconvulsoterapia que tentavam afirmar para o psiquiatra sua função médica verdadeira” (Paulin & Turato, 2004, p. 244). A partir da década de 1940, com o surgimento dos movimentos reformistas no campo da Psiquiatria, muito se passou no campo das práticas institucionais asilares. Um marco importante foi a sintetização dos primeiros medicamentos neurolépticos, a partir da década de 1950.

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, na década de 1970, foram propostas novas formas de tratamento e de cuidado para os pacientes, de modo que fosse possível substituir o modelo hospitalocêntrico (Paulin & Turato 2004). O dia 18 de maio, conhecido como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, surgiu como proposta no ano de 1987 durante o Congresso de Trabalhadores de Serviços de Saúde Mental, no qual se postulou a máxima: "Por uma sociedade sem manicômios". O objetivo desse lema, construído neste contexto, apontava para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e no encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. Como aponta Tenório (2002):

Trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados usuários dos serviços de saúde mental (em lugar de pacientes) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo (p.35).

Os dispositivos substitutivos ao manicômio, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT), assim como o auxílio de reabilitação psicossocial através do projeto "De volta pra casa" expandiram significativamente a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas – durante décadas, em tantos casos.

Um aspecto a ser destacado é que a Reforma Psiquiátrica e o movimento conhecido como Luta Antimanicomial promovem a dimensão de uma clínica para além do diagnóstico e para além do campo da psiquiatria, levando à constituição do campo da saúde mental – que não mais se restringe ao tratamento exclusivamente medicamentoso da doença mental.

Efeitos e observações de uma proposta da Residência em Psicologia

Com a aproximação do dia nacional da Luta Antimanicomial dia 18 de maio de 2018 levamos para a supervisão clínica dos residentes de Psicologia a proposta de uma celebração dessa data que incluísse os pacientes internados na UDA de Psiquiatria e também a equipe multiprofissional, sendo levadas pela supervisora a refletir sobre o significado desta data e desse movimento para cada um dos pacientes internados. Foi ressaltada a importância de darmos voz a eles antes de apresentarmos uma proposta pronta que não os levasse em consideração enquanto sujeitos singulares. Refletimos, a partir desse momento, sobre nossa posição ética enquanto psicólogas orientadas pela psicanálise e nosso dever de não reproduzir antigas práticas tutelares e educativas, ainda que com a utilização de outros meios. Compreendemos que o que consideramos melhor para os pacientes nem sempre é o que eles consideram melhor para si mesmos e que a única maneira de dar lugar às posições singulares de cada paciente em seu processo de adoecimento e de

seu tratamento seria lhes indagando a respeito. Sem a intenção, contudo, de ensiná-los a maneira correta, como se nós a soubéssemos. O saber, para a psicanálise, está do lado do sujeito/paciente e foi levando isso em consideração que nos posicionamos.

Dessa forma, propusemos aos pacientes e à equipe organizar uma roda de conversa a partir das seguintes questões: O que cada um sabe sobre o dia 18 de maio? E sobre a Luta Antimanicomial? Aceitaram o nosso convite a terapeuta ocupacional do Serviço, os residentes de Enfermagem e de Serviço Social e um total de cinco pacientes que se encontravam internados na psiquiatria. As primeiras respostas que obtivemos dos pacientes foram que eles não sabiam o que era a Luta Antimanicomial ou por que se comemorava esta data, seguidas de pedidos de explicação, o que nos levou a pontuar que queríamos ouvir o que eles sabiam e pensavam sobre a questão. Em seguida, uma paciente que já havia passado por diversas internações afirmou saber do que se tratava e iniciou o seu relato acerca de suas internações anteriores em diversos manicômios. Afirmou que o tratamento era diferente: “Havia muita agressão. Hoje temos um cuidado melhor. Têm as oficinas, as conversas, isso que vocês estão fazendo aqui é muito legal” (SIC). Após esse relato outros pacientes também falaram sobre suas experiências anteriores em internações psiquiátricas e iniciaram uma discussão sobre como acreditam que deve ser o tratamento clínico e sobre as dúvidas que têm em relação aos seus direitos a partir da Reforma Psiquiátrica. Um deles afirmou que embora seja a favor da Luta Antimanicomial “ela não pode ser da noite para o dia. Às vezes eu preciso me internar” (SIC). Esse é um testemunho relevante, uma vez que indica que a internação psiquiátrica tem uma função clínica que não deve ser descurada, a ser avaliada em cada caso. Todos os demais disseram ser muito bom e importante as mudanças no tratamento aos portadores de transtornos mentais graves e questionaram sobre o fato da Luta Antimanicomial não ser divulgada suficientemente.

Devido ao notável engajamento dos pacientes na roda de conversa, lhes perguntamos o que gostariam de fazer no dia 18 de maio, ao que responderam que gostariam de ter outras rodas de conversa, além de uma confraternização com lanche, uma manifestação com cartazes e um questionário para aplicar junto às pessoas que circulam pelo HUPE. O objetivo dos pacientes ao elaborar essas perguntas era entrar em contato com os pensamentos e posicionamentos de diversas pessoas sobre a luta antimanicomial, além de poder fazer a proposta circular e, com isso, haver visibilidade maior sobre esse tema, que eles passaram a considerar relevante. Acolhemos, então, as suas ideias, anotando-as e auxiliando-os a construir aquilo que eles decidiram coletivamente, o que nos levou a realizar mais duas rodas de conversa para a confecção do questionário e dos cartazes, bem como a realização da manifestação pelos arredores internos do hospital, atividade esta que pudemos realizar com a participação dos residentes de Enfermagem e de Serviço Social. Por fim, realizamos uma última roda de conversa com os pacientes e os profissionais do Serviço Social para

colher os efeitos de nosso trabalho. A proposta das rodas de conversa foi justamente no sentido de não impor um tipo de movimento que pudesse ser alheio ao motivo pelo qual estavam ali, mas, ao contrário, construir junto a eles o lugar e o sentido da luta antimanicomial para cada um, contando com a participação dos demais membros da equipe.

Orientadas pela ética da psicanálise e levando em consideração os espaços que a psicanálise veio a ocupar no campo da saúde mental, sendo a clínica psiquiátrica um deles, coube a nós enquanto residentes em formação trazer a perspectiva do “analista cidadão” proposta por Éric Laurent e comentada por Zenoni (2000), ideia a partir da qual:

O analista começa a aprender, ou deveriam começar a aprender, que há uma comunidade de interesses entre o discurso analítico e a democracia e que não se trata somente de escutar fechado no seu consultório, mas de saber transmitir o que concerne à condição humana, o que, da particularidade de um sujeito, pode ser útil para um número maior de pessoas. (Zenoni, 2000, p. 12)

Isto é, ao pedir por uma reforma na saúde mental ou ainda por respeito aos direitos do homem, ideias tão fortemente aclamadas no momento pós-reforma, incluiu-se a necessidade de pensar o lugar do sujeito na clínica psiquiátrica e a partir desse pensamento é que foi possível nortear a escuta para o que diziam os pacientes que acompanhamos durante as rodas de conversa. Alguns questionamentos puderam ser recolhidos por meio de suas falas a respeito, por exemplo, da internação ser considerada uma prática boa ou ruim, a ponto desta questão ter sido incluída como uma das perguntas do questionário elaborado por eles. Nessa discussão os pacientes pensaram na hipótese de que em alguns casos a internação pode ser positiva para o sujeito, no sentido do mesmo conseguir “estabilizar-se”, segundo eles, o que fez que durante essas rodas de conversa alguns deles trouxessem à tona o motivo pelo qual cada um via a necessidade de estar naquele espaço naquele momento específico, bem como a relação de cada um desses sujeitos com a própria internação. Alguns desses pacientes encontravam-se em sua primeira internação enquanto outros já haviam tido internações anteriores nesta enfermaria ou ainda em outra instituição. Mesmo assim, todos apontaram a importância de um fórum para falar sobre essas experiências e os motivos dessas internações. Dito isso, vale destacar que a Política Nacional de Saúde Mental tem como modalidades de internação: a internação involuntária, voluntária e a compulsória – esta última é determinada pela Justiça. Modalidades estas que acabam afetando também o modo como o sujeito se insere no tratamento. Esse dado se revelou importante dada a peculiaridade dos casos atendidos na UDA de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto que, na maioria dos casos, receber pacientes que, de alguma forma, consentem com a internação que se configura sendo do tipo

voluntária. A abertura de espaço para esse tipo de discussão foi pertinente no sentido de esta ter possibilitado que os sujeitos tivessem tido algum tipo de implicação não só em relação ao tratamento, mas também em relação aos próprios motivos que os trouxeram até ali, tornando todo o processo da internação menos penoso.

Outra questão também levantada por eles e que exigiu de nós, residentes, especial manejo foi em relação à medicação, uma vez que alguns não estavam fazendo uso regular da medicação prescrita ambulatorialmente antes da internação. Muitos relataram certa lentificação psicomotora e também certa dificuldade, durante as próprias discussões, de expor como estavam se sentindo apontando também a necessidade de conversar sobre a dose prescrita dos medicamentos e de um posterior ajuste com o psiquiatra de referência em cada caso. A delicadeza dessa discussão consistiu em nos situarmos no plano da escuta e de alguma forma poder fazer essa mediação entre o discurso médico e aquilo que o sujeito aponta como fonte de seu mal-estar, não no sentido de contestar o discurso médico impondo uma nova prática, caso contrário estaríamos atualizando os modelos anteriores à própria Reforma, mas, sim, de oferecer um lugar de escuta para esses efeitos que muitas das vezes podem inibir a fala e silenciar o sofrimento. Compreendemos que quando há um compartilhamento entre os diversos saberes do cuidado oferecido aos pacientes, o tratamento não fica restrito à medicalização. Logo, o cuidar se torna parte do coletivo que compõe a prática institucional (Zenoni, 2000).

No dia 18 de maio acompanhamos os pacientes ao circularem pelo interior do HUPE e a aplicar o questionário aos demais profissionais do hospital, incluindo seguranças, técnicos e pacientes que circulavam no hospital. Observamos que a maioria dos entrevistados nunca havia escutado nada sobre a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica. Também observamos que essas pessoas tiveram dificuldades em fornecer respostas ao questionário, pois estas só comportavam as alternativas “sim” e “não”.

Vale considerar que percebemos uma certa resistência por parte da equipe médica da UDAPq-HUPE participar desta atividade neste dia. Acreditamos que para alguns psiquiatras ainda é delicado abordar essa questão.

Considerações finais

A realização da roda de conversa sobre a comemoração do dia nacional da luta antimanicomial com os pacientes da enfermaria da UDA de psiquiatria funcionou como um momento de reafirmação do lugar do sujeito frente aos tratamentos medicamentosos tradicionais. Ouvi-los falar sobre suas experiências de internação em diferentes momentos e em diferentes instituições hospitalares, sobre suas dúvidas em relação aos antigos hospícios e sobre a política de saúde mental vigente permitiu que cada um deles pudesse repensar a própria internação. Ao

decidirem, eles mesmos, criar faixas e um questionário para recolher dos entrevistados as questões e as respostas referentes a internação psiquiátrica, puderam lutar, cada um à sua maneira, contra o estigma que a loucura ainda representa. É certo que somente *a posteriori*, seremos capazes de recolher os efeitos desse trabalho, que acabou funcionando como uma intervenção clínica. Ao contrário da medicação, que faz calar o sintoma expresso por um diagnóstico, as rodas de conversa e, em um segundo momento, a discussão sobre o resultado dos questionários, possibilitou que cada sujeito fosse convocado a refletir e mesmo a se responsabilizar sobre o seu próprio tratamento. E também sobre a desmistificação da loucura, mostrando que para além dos diagnósticos descritivos que agrupam sintomas, há sujeitos singulares que não podem e não devem ser calados.

Nota:

1. Esta data remete ao Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, que reuniu mais de trezentos e cinquenta trabalhadores na área de saúde mental. Por essa razão, o Movimento Antimanicomial tem o dia 18 de maio como marco e data comemorativa no calendário nacional brasileiro.

Referências

- Barroso, S. M.; Silva, M. P. (2011). Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. In *Revista da Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 1(12), 66-78. Recuperado em 30/09/2018 em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008
- Freud, S. (2014). Psicanálise e psiquiatria. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise - Conferência XVI. In *Obras Completas de Sigmund Freud* Vol. XIII. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1916).
- Freud, S. (2016a). Tratamento psíquico (tratamento anímico). In *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Autêntica. (Obra originalmente publicada em 1890).
- Freud, S. (2016b). Sobre a psicoterapia. In *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Autêntica. (Obra originalmente publicada em 1905).
- Freud, S. (2016c). Sobre a dinâmica da transferência. In *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Autêntica. (Obra originalmente publicada em 1912).

- Freud, S. (2016d). A questão da análise leiga. In *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras Incompletas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Autêntica. (Obra originalmente publicada em 1926).
- Paulin, L. F.; Turatto, E. R. (2004). Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. In *História Ciências Saúde – Manguinhos*, 2 (11), 241-258. Recuperado em: 30/09/2018 em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002>.
- Pontes, S. & Calazans, R. (2006). Os primórdios da psicanálise e a insuficiência do descritivismo. In *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 1 (16), 240-259. Recuperado em 28/09/2018 em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/24841/17765>>
- Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito [29-59]. In *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 1 (9), 29-59. Recuperado em 28/09/2018 em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>.
- Zenoni, A. (2000) Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. In *Revista Abre campos – Revista de Saúde Mental do Instituto Raul Soares* 1 (0), p. 12-93.

**Anexo: Questionário proposto pelos pacientes da Enfermaria da Unidade Docente
Assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**

QUESTIONÁRIO SOBRE A LUTA ANTIMANICOMIAL

SEXO: ☐ Feminino ☐ Masculino

IDADE: ☐ Menor de 18 anos ☐ Entre 18 e 25
☐ Entre 25 e 40 ☐ Acima de 40

PERGUNTAS

1) O que você sabe sobre a data de hoje (18 de maio)?

2) O que você acha da Luta Antimanicomial?

3) Você acha que a doença mental de uma pessoa é causada por outra pessoa?

☐ Sim ☐ Não

4) Você acha que se deve prender uma pessoa com doença mental ou permitir o tratamento de forma voluntária?

☐ Prender ☐ Forma voluntária

5) Para você é bom ou ruim estar internado?

☐ Bom ☐ Ruim

6) Você concorda com a internação compulsória?

☐ Sim ☐ Não

7) Você acha certo uma família, que tem condições financeiras de manter um parente em casa, colocá-lo no manicômio?

☐ Sim ☐ Não

8) Você conhece alguém que foi internado por problema mental ou álcool e outras drogas?

☐ Sim ☐ Não

9) Você já frequentou ou conhece alguém que já frequentou os grupos dos Alcoólicos Anônimos? Teve resultado?

Sim Não

☐ ☐

O estágio externo no GRAAC-UNIFESP como uma experiência formadora no âmbito da Residência em Psicologia Clínica Institucional

Gabriela Klussman*

Ingrid Vorsatz**

Resumo

Considerar a Residência em Saúde e, em especial, a Residência em Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, significa ter uma prática em serviço extremamente formadora no âmbito profissional. A possibilidade de acrescentar a esta experiência a vivência em um estágio opcional externo não está dada desde *a priori* requer do residente uma abertura ainda maior em relação ao campo de sua *práxis*. Parto do ponto de que o trabalho do psicanalista na instituição de saúde se faz através da constante articulação entre clínica e teoria e, portanto, nossa inserção como residentes nos dispositivos assistenciais de saúde também pode ser entendida como um processo e não um fato. Trata-se da construção de um lugar a partir do qual o discurso psicanalítico possa operar, considerando os mais diversos desafios que atravessam esse percurso.

Palavras-chave: Residência; psicologia; estágio opcional externo; oncologia pediátrica; psicanálise.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo compartilhar a experiência de estágio opcional externo realizado a partir de minha inserção como residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional. Através da indicação de uma docente e supervisora do referido Programa pude entrar em contato e pesquisar sobre o trabalho no Grupo de Apoio a Crianças e Adolescentes com Câncer, vinculado ao Instituto de Oncologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo (IOP-GRAACC/UNIFESP), em relação ao qual me interessei desde o início do curso de Residência.

Com o intuito de não interromper as atividades referentes ao segundo ano de Residência, foi escolhido o período de 1º a 31 de março de 2018, isto é, o primeiro mês do segundo ano de Residência, para a realização do estágio externo na cidade de São Paulo. Juntamente ao relato das

* Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2017).

** 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). Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COREMU- UERJ).

experiências práticas realizadas na instituição de destino, foram introduzidas neste trabalho contribuições teóricas fundamentadas pelo viés psicanalítico.

Tendo em vista que não temos em nosso Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional um cenário de práticas específico referente à oncologia pediátrica, me interessei por esta proposta de intervenção com pacientes, seus familiares e profissionais envolvidos neste processo de adoecimento.

Considerar a oncologia pediátrica no conjunto dos dispositivos de saúde como campo de atuação do psicólogo significa incluir a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar em nossa formação em serviço. Durante minha experiência no estágio externo pude contar com a vivência de trocas entre profissionais das mais diversas áreas, dentre elas: enfermeiros, técnicos (radiologista, por exemplo), recepcionistas, médicos de diferentes especialidades, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e pedagogos representados pelo projeto Escola Móvel¹.

Estamos assim diante de um campo amplo e bastante heterogêneo no que diz respeito às referências teórico-práticas quanto aos demais dispositivos institucionais envolvidos na atenção e no cuidado em saúde. A clínica de orientação psicanalítica ao tomar seu rumo tendo por referência a dimensão do inconsciente na determinação dos processos psíquicos, redimensiona a psicopatologia e o alcance do diagnóstico, indo da descrição dos fenômenos à causalidade psíquica e considerando a dinâmica dos processos psíquicos inconscientes em jogo no adoecimento.

No ensaio *A questão da análise leiga* (1996b), Freud defende a ideia de que a psicanálise poderia vir a se tornar um saber passível de dialogar com as demais ciências ao invés de ser considerada apenas como mais uma opção terapêutica. Em nossa prática, recebemos o sujeito que procura atendimento psicológico ou que é encaminhado por determinada especialidade e pelas mais diversas razões para tratar de algum sofrimento ou disfunção, algum transtorno ou queixa. Nesta vivência com equipes e profissionais tão diversos que, seja por suas subjetividades ou pelas particularidades de seus objetos de trabalho, direcionavam demandas, expectativas e espaços diferentes aos psicólogos que compunham a equipe, buscamos refletir e questionar as possibilidades de intervenção de maneira a fazer o sujeito ter lugar, isto é, trazer à cena do tratamento o sujeito do inconsciente que se apresenta por meio de seu sintoma.

Psicanálise com crianças

Retomo o artigo intitulado *O tratamento psicanalítico com crianças* (COSTA-MOURA, 2003) para introduzir alguns questionamentos levantados pela autora: “O que o psicanalista pode oferecer às crianças?”. E, mais especificamente, o que pode o residente de psicologia orientado pela

psicanálise oferecer a crianças que atravessam um tratamento oncológico? A que devemos nos dedicar? Qual direção de trabalho privilegiar?

Freud não preconiza a psicanálise com crianças ou a psicanálise infantil, pelo contrário: considera a criança como alguém que confronta questões que a condição humana impõe e às quais responde com seus sintomas (COSTA-MOURA, 2003). O que comparece na experiência clínica mostra que a prática analítica com crianças implica em uma série de especificidades, inicialmente no que se refere à presença dos pais ou responsáveis no tratamento. Em segundo lugar, a criança, ao mesmo tempo em que se relaciona com o Outro, cujo discurso é o inconsciente, para além das relações estabelecidas em seu meio familiar e social, tece uma relação fundamental e constitutiva submetida, em maior ou menor grau, aos seus pais ou responsáveis. Há especificidades também em relação ao trabalho de simbolização, muitas vezes realizada através de desenhos, jogos, brincadeiras, correspondentes a situações em que pouco fala ou que, às vezes, a fala não aparece.

Outra questão relevante a ser levantada é relativa à alteridade, noção que percorre todo o ensino de Lacan e encontra suas diferentes modalidades tematizadas com o avanço de sua teorização. Esse percurso é feito a partir do ponto de vista ético de que não há sujeito sem outro. Assim, abarca-se a ideia do pequeno outro, o semelhante, igual e rival, que se encontra no estádio do espelho, sendo, portanto, referente ao registro do imaginário; e o grande Outro, cujo discurso é o inconsciente, que se manifesta nos sonhos, lapsos, sintomas e chistes e que, por ser da ordem do simbólico, é tecido de linguagem e pode ser incorporado no Outro do amor (inclusive o amor de transferência), ao qual se dirigem as demandas e ao qual está articulado o desejo (QUINET, 2012).

Tendo em vista que é somente no campo do sujeito que podemos conceber um posicionamento ético, a psicanálise, ao fazer o sujeito falar, tenha ele a idade que for, leva-o a falar de aspectos referentes a dimensão infantil da sexualidade do neurótico. Assim, “O que sustenta a operação do analista com a criança é uma clínica efetiva, que aponta para o caso a caso e está concernida em atestar cada sujeito em sua singularidade e na singularidade das circunstâncias em que ele se constitui e se manifesta” (COSTA-MOURA, 2016, p. 2).

O Serviço de Psicologia no GRAACC

A atuação da equipe de psicologia do Grupo de Apoio à Criança e Adolescente Com Câncer (GRAACC) perpassa por alguns protocolos de atendimento próprios da instituição, distribuídos nas diferentes especialidades clínicas. Os protocolos são assim denominados: Triagem 24 horas, Caso novo, Triagem da radioterapia, Protocolo de procedimentos invasivos, além das evoluções multidisciplinares. Estes são instrumentos institucionais baseados em entrevistas abertas e relativos ao momento do tratamento em que o paciente se encontra.

A Triagem 24 horas é referente a uma avaliação psicológica em até vinte e quatro horas a partir da internação do paciente. Durante esse período verificam-se os riscos, as demandas e a história do paciente anterior à internação hospitalar. O Caso novo, como diz o nome, é o primeiro contato da equipe de psicologia com o paciente recém chegado na instituição, quando se realiza o primeiro acolhimento, durante o qual se busca conhecer o histórico da doença, a dinâmica familiar, como está a situação do paciente e seus familiares em relação ao tratamento, entre outros aspectos. A Triagem da Radioterapia tem um cuidado especial em relação a este momento do tratamento. Por se tratar de um procedimento em que se necessita que a criança fique imóvel durante a realização do exame, onde a radiação emitida deve ser precisa, não podendo ser aplicada em outro local, caso o paciente se movimente. É acrescida a possibilidade de realizar o procedimento com anestesia ou não, dependendo da criança e suas possibilidades frente ao tratamento.

Geralmente o tratamento das neoplasias infantis é composto por quimioterapia, cirurgia e, dependendo do diagnóstico, radioterapia. Caracterizados como procedimentos invasivos, podemos destacar punções venosas e lombares, implantação de diversos tipos de cateteres e tratamentos de suporte que também fazem parte da rotina no hospital. O protocolo de procedimentos invasivos consiste em um questionário com viés informativo realizado em todos os casos em que a tentativa de cura pressupõe um tratamento invasivo que implica em um alto grau de sofrimento físico e psíquico (Petrilli, 2015).

Clínicas especializadas

O trabalho na instituição GRAACC-UNIFESP conta com clínicas voltadas para cada tipo específico de neoplasia. As especialidades clínicas abrangem: sistema nervoso central, tumor ósseo, transplante de medula, leucemia, linfoma, tumor de partes moles, tumores raros, medulo-blastoma e clínica fora de tratamento. Os psicólogos e residentes da instituição se responsabilizam pelo manejo e acompanhamento dos casos junto à equipe multiprofissional.

Minha experiência

A escolha do GRAACC como instituição para realizar o estágio opcional externo foi motivada pelo interesse na especificidade da atuação do psicólogo em oncologia pediátrica, visto que a instituição de origem não possui esta oferta de atendimento. O trabalho acontece com crianças e adolescentes, permeando suas famílias e a equipe de saúde diante de um diagnóstico de câncer.

As atividades do estágio opcional externo, com duração prevista de trinta dias, foram planejadas de maneira em que a cada semana eu pudesse participar da rotina e dos atendimentos de determinada clínica específica. A supervisão dos casos era realizada junto a equipe de psicologia

responsável. Os casos eram debatidos mais detalhadamente e também eram feitas considerações teóricas específicas. Participamos ainda das reuniões de equipe multidisciplinar de cada especificidade de tratamento, as quais possibilitavam trocas entre os saberes envolvidos sobre os casos em questão. O lugar conferido a psicologia na instituição médica é de grande importância. Após a avaliação médica inicial e elaboração de um plano de tratamento, é feito o encaminhamento à equipe de Psicologia e demais especialidades. Inicialmente é protocolar que todos os pacientes recebam o acompanhamento de todas as especialidades, podendo dar continuidade ao tratamento psicológico de diferentes maneiras. Um exemplo disto é quando na chegada de um paciente que, muito abalado com a notícia e com muitas informações sobre o tratamento que deveria iniciar, optou por não ter o acompanhamento psicológico inicial, mas posteriormente pode solicitar a equipe de psicologia em um outro momento do tratamento.

Durante a primeira semana do estágio estive inserida na rotina da clínica de Sistema Nervoso Central, voltada para o atendimento e acompanhamento de pacientes com o diagnóstico de medulo- blastoma (tipo específico de câncer localizado no cerebelo, de rápido crescimento e mais comum em crianças) e tumor de tronco difuso (tipo de tumor cerebral, também comum em crianças), entre outros. O paciente geralmente passa por quimioterapia, cirurgia e radioterapia, dependendo de seu diagnóstico e do prognóstico.

Os procedimentos de radioterapia são muito frequentes nesta clínica, podendo também estar presentes no tratamento de outros tipos de câncer. Neste procedimento a equipe é constituída de médicos responsáveis também por calcular a intensidade de radiação para os diferentes tipos de tumores, adequando-a à idade e à fase do desenvolvimento do paciente. Após o atendimento médico, o paciente passa por uma triagem com um profissional de psicologia. Nesta primeira avaliação conhecemos a criança e os seus familiares que estão à frente do tratamento. Escutamos um pouco de sua história e sua chegada até aquele momento do tratamento. Nesse momento, dúvidas, questionamentos e uma maior ou menor disponibilidade para o procedimento podem ser observadas. O profissional de psicologia se disponibiliza para escutar cada sujeito nesta etapa do tratamento.

A radioterapia é um procedimento em que a criança precisa estar sozinha na sala de exame em razão da radiação emitida, necessitando permanecer imóvel durante o tempo de realização do procedimento que pode durar entre dez e vinte minutos. Destaca-se a necessidade de a criança permanecer imóvel na realização da radioterapia para que a radiação não atinja outra área que não a estritamente necessária ao tratamento. Neste contexto, a equipe médica demanda ao psicólogo uma avaliação em relação às condições da criança a ser submetida ao procedimento, de modo a avaliar se este será realizado com ou sem anestesia. Podemos verificar a idade da criança, se já passou por algum procedimento que necessitou de anestesia em algum outro momento, como foi esse processo

para ela e para os pais, o que eles estão pensando sobre a radioterapia, entre outros aspectos clínicos do sujeito que podem aparecer como suas fantasias, além de suas preferências. A escuta do sujeito também se faz importante no que se refere aos efeitos colaterais a radioterapia (enjoos, diminuição do apetite, manchas na pele, perda de cabelo, entre outros) que podem surgir de maneiras diferentes.

A segunda semana do estágio realizado foi referente à clínica de tumor ósseo e transplante de medula óssea. Inicialmente é realizado em processo de investigação através de consultas ambulatoriais com as equipes médicas de ortopedia e de tumor ósseo. Esta clínica é marcada pela presença de pacientes adolescentes, visto que é neste período em que tais neoplasias, referidas a um crescimento celular anormal, podem ocorrer. Estes pacientes passam por uma avaliação com um psicólogo destinado a escutar alguma possível demanda para acompanhamento psicológico frente ao tratamento e suas implicações. Na clínica de tumor ósseo existe a possibilidade de amputação e as questões relacionadas a este acontecimento na vida de cada sujeito. Outra possibilidade neste tipo de tratamento é a utilização de endoprótese que, por sua vez, também acarreta em implicações clínicas importantes: como dores, dificuldade de locomoção e possibilidade de limitação de atividades que antes eram realizadas.

No transplante de medula óssea é realizado um acolhimento psicológico dos pacientes submetidos ao transplante. Durante este procedimento cirúrgico ocorre a infusão de células na corrente sanguínea (como uma transfusão de sangue), sendo necessário ter algum doador disponível. Este pode ser a própria pessoa (autólogo) ou de um doador da família (aparentado alogênico). O protocolo clínico incluía coleta de medula, o implante do cateter e a internação hospitalar para a realização do transplante. Este tipo de internação deve ser realizada com precaução de contato e isolamento total do paciente devido a redução drástica da imunidade proveniente da quimioterapia, com alto grau de dano ao organismo. Frente a possíveis questões relacionadas ao atravessamento do tratamento apresentamos a oferta de escuta e acompanhamento psicológico ao paciente e seus familiares.

A clínica referente a terceira semana em que estive inserida no estágio foi a chamada Clínica de pacientes fora de tratamento. Trata-se do acompanhamento de pacientes que passaram pelo tratamento de câncer e receberam alta hospitalar, porém, com frequência variável continuam o acompanhamento ambulatorial nas diversas especialidades, dentre elas, a psicologia. Destaca-se a possibilidade de efeitos tardios do tratamento oncológico e o seu acompanhamento. São manejadas clinicamente as questões do paciente após sua alta do tratamento e possibilidades de recidiva da doença. Considerando pelo viés que o adoecimento orgânico pode deixar marcas tanto no âmbito físico quanto no psíquico, a oferta de um espaço de escuta e acompanhamento de paciente após a alta hospitalar pode ser de grande importância para o sujeito. Nesta clínica lidamos com possíveis sequelas do câncer na infância e os efeitos considerados “ameaçadores da vida” - tais como

surgimento de outras patologias associadas e efeitos colaterais de alguns procedimentos -, sempre apostando no sujeito e em sua capacidade de ressignificar sua história. Também é oferecido ao paciente a possibilidade de continuar o acompanhamento das especialidades multiprofissionais, dentre as quais se encontra a psicologia, ambulatorialmente.

A quarta e última semana de estágio no GRAAC foi referida à clínica de leucemia e linfoma. Nesta especialidade verificamos um grande número de pacientes às voltas com as questões do adoecimento. Nesta clínica atuam, em equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos, caracterizando um espaço rico de discussão que envolve questões referentes ao cuidado paliativo e a clínica da dor. Discussão de casos, trocas de experiências práticas, assim como estudo teórico são realizados para o aprofundamento das questões com que a equipe se depara. Neste espaço, a dor crônica é entendida com um viés subjetivo, referindo a questões próprias do sujeito e de sua constituição.

Considerações finais

Em seu artigo *Sobre a transitoriedade* (Freud, 1996a), ressalta que “o valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição” (p.184). Considerando minha experiência diante dos desafios da clínica de oncologia, pude perceber a importância do sujeito poder, através da fala, elaborar situações de sua história pessoal, implicando-se nela a ponto de poder ressignificá-la. Vale ainda ressaltar a partir deste fragmento, a dimensão estrutural da morte e das perdas que ocorrem ao longo da vida e ainda mais acentuadas diante de um adoecimento como o câncer. Todos eles apontam o trabalho de luto como necessário e o posicionamento do paciente frente a este momento da existência. Em minha experiência como residente no estágio opcional externo no GRAAC-UNIFESP tive como objetivo absorver e aproveitar ao máximo as diversas experiências e trocas de conhecimento que esta oportunidade poderia oferecer.

A partir do trabalho cotidiano foi possível perceber uma nova organização de rotina de trabalho, articulando ensino, teoria e prática. Foi possível perceber que a equipe de psicologia busca continuamente a construção de um discurso possível que articule as questões assistenciais, as demandas institucionais e um trabalho a partir de uma comunicação acessível aos mais diversos profissionais e ao próprio paciente.

No período em que me dediquei ao estágio externo ocorreu um congresso no qual a equipe de Psicologia da instituição estava implicada e ao qual não deixei de participar: o Congresso da Sociedade Latino Americana de Oncologia Pediátrica (SLAOP 2018). Foi muito interessante poder participar desta troca de experiências e de trabalhos teóricos para fundamentar o que eu estava

aprendendo na prática de estágio. Inclusive, assisti a apresentação de um trabalho referente a um caso clínico que pude acompanhar juntamente com a preceptora responsável. Além do congresso, estive inserida em outros dispositivos institucionais junto aos demais residentes. Dentre eles: supervisões clínicas, reuniões específicas de cada setor e aulas teóricas, dentre as quais as quais destaco a disciplina intitulada Comunicação, envolvendo profissionais e residentes de outras especialidades e a Clínica da dor, onde ocorriam discussões e estudos teóricos acerca do tema.

Os casos em que tive oportunidade de participar do acompanhamento clínico despertaram sempre grande mobilização de minha parte e da equipe envolvida. Sinalizo como relevante a impossibilidade de dar prosseguimento ao acompanhamento desses casos, assim como não poder analisá-los de forma mais aprofundada por se tratar de um estágio com duração prevista de apenas um mês, conforme dispõe a normativa referente ao estágio externo opcional de Residência em área de Saúde. Tais questões eram discutidas em supervisões específicas, próprias de cada clínica e diretamente com os preceptores responsáveis. Tratando-se de atendimentos cuja urgência orgânica poderia estar à frente das questões psíquicas, foi necessário atentar para o fato de respeitar o tempo subjetivo do paciente e seus familiares, para lidar com o atravessamento das questões frente à emergência de impasses e limites relacionados à vida.

A experiência e participação no estágio opcional externo proporcionou inúmeras contribuições para minha formação profissional. Dentre elas, destaco a possibilidade de troca com diferentes profissionais voltados para uma área específica, até então ainda não muito conhecida por mim, referente à patologia oncológica e seu acometimento em crianças e adolescentes. O processo de diagnosticar, tratar e passar pela vivência de uma doença de tamanha gravidade acarreta em marcas, não só psíquicas, como orgânicas, sociais e pessoais na história dos sujeitos, necessitando assim que, em algum momento, possa se recorrer a um espaço de fala onde novas significações possam surgir.

É importante atentarmos para o fato de que cada sujeito imprime em seu adoecer as marcas de sua singularidade e historicidade, quer no tocante às possibilidades de enfrentamento da situação, quer em relação às limitações que se acirram nesse momento. Desta maneira, entende-se que uma desorganização ocorrida na esfera biológica pode colocar em evidência o dinamismo até então situado em um segundo plano na esfera psíquica. Compreendemos que o sujeito, nessas circunstâncias, possa repensar aspectos de si mesmo desconhecidos ou não representados que, de forma velada, sempre estiveram presentes na construção de seu destino. Assim, configura-se o adoecer como uma situação potencialmente crítica, na qual emerge uma demanda restrita ao plano biológico, mas que pode expressar uma exigência que inclui os demais planos da existência do sujeito (MATTOS, 1998).

Em diversos momentos buscamos junto à equipe ou ao paciente e seus familiares, valorizar o sujeito e seu sofrimento ao invés de colocá-lo em uma posição de objeto de intervenção da ciência. A Psicologia, diferentemente de outras especialidades do campo da saúde, propõe como instrumento de trabalho a escuta. A partir disso, podemos ressaltar aspectos da subjetividade dos pacientes que são, antes de tudo sujeitos, diretamente relacionados com seu processo de tratamento.

Como avaliação final sobre a experiência do estágio opcional externo no âmbito do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional na modalidade Residência Hospitalar, destaco de maneira amplamente positiva: conhecer outros profissionais, novas maneiras de atuar e de pensar questões relativas ao humano, tornaram-se bastante enriquecedoras devido à complexidade inerente desta prática tão singular. Novos contextos referentes à oncologia pediátrica e uma instituição com diferentes recursos podem ser bastante positivos no tratamento apesar de todas as dificuldades referentes ao processo do adoecimento. Nos mobilizam a novas experiências, novas aprendizagens, nos colocam em busca do saber. O profissional em formação através de sua prática em serviço na Residência pode conhecer através dessa modalidade de ensino e transmissão uma nova possibilidade de atuação e de formação.

Notas

1. Escola Móvel é uma iniciativa reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e segue a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que garante a crianças e adolescentes o direito de manter os estudos durante o tempo de internação hospitalar, de atendimento ambulatorial ou de permanência prolongada em domicílio. A equipe mantém contato com a instituição de origem dos pacientes (do ensino fundamental até a universidade) e com seus pais informando sobre a necessidade e importância da manutenção dos estudos durante o tratamento. O aluno recebe aulas particulares, seguindo o cronograma da instituição que está matriculado.

Referências bibliográficas

- Alberti, S. (2008). O hospital, o sujeito a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. In *Rev. SBPH v.11 n.1*, p.155-158 Rio de Janeiro.
- Freud, S. (1996a). Sobre a transitoriedade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol. XIV*. Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1996b). A questão na análise leiga. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud vol. XX*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926).

- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1969).
- Costa-Moura, F. (2003). O tratamento psicanalítico com crianças. In: Gryner, S., Ribeiro, P. M. C. M & Oliveira, R. C. (Orgs.). *Lugar de palavra*. Rio de Janeiro: Núcleo de Atenção à Violência (NAV) (pp. 126-133).
- Mattos, A. S. (1998). Ensino da psicanálise na universidade brasileira: retorno à proposta freudiana. In *Arquivos Brasileiros de Psicologia (Online)*, v. 65, p. 103-120.
- Moretto, M. L. T. & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. In *Tempo Psicanalítico* v. 46.2, pp. 287-298. Rio de Janeiro: SPID.
- Quinet, A. (2012). *Os Outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Petrilli, R. Intervenções psicológicas em pacientes submetidos à procedimentos invasivos em um serviço de oncologia pediátrica. In *Revista da SBPH*, 18(2), 74-88. Recuperado em 14 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200006&lng=pt&tlng=pt.

Para além da maternidade: os impasses enfrentados pelas mulheres em gestação de risco

Adriana Gonçalves da Costa^{*}

Isabella Cristina Bezerra da Silva^{**}

Susan Ester Guggenheim^{***}

Resumo

Este trabalho tem como finalidade descrever a experiência da maternidade com mulheres em gestação de alto risco. O trabalho teve sua origem a partir da experiência de residentes de Psicologia Clínica Institucional com essas gestantes no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto. O objetivo é problematizar o ideal que existe em torno da maternidade e questionar como seria a construção da mesma quando as mulheres passam por complicações, indo para um além da maternidade idealizada por essas mulheres. Para tal, utilizamos como metodologia a pesquisa bibliográfica, tendo como fio condutor a teoria psicanalítica e também vinhetas clínicas que ilustram sobre esta temática.

Palavras-chave: psicanálise; maternidade; Núcleo Perinatal.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de residentes de Psicologia Clínica Institucional junto às internações de gestantes no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ). As mulheres em questão estiveram hospitalizadas em decorrência de complicações clínicas que se desenvolveram durante o período gestacional. A Unidade Perinatal é referência em gestação de alto risco, oferecendo atendimento desde o pré-natal a mulheres que desenvolvem uma gravidez de risco eminente tanto para a gestante quanto para o bebê.

Algumas gestantes admitidas na maternidade apresentam-se com poucas semanas de gestação e permanecem frequentemente hospitalizadas até o parto. Determinados fatores importantes nos fizeram pensar na construção desse trabalho: como uma mulher frente a um diagnóstico clínico-surgido algumas vezes durante a gestação- consegue sustentar seu desejo de maternidade? Como é

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

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

^{***} Preceptora do Núcleo Perinatal do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2018).

sustentar uma internação que vai além do parto? Como a nossa escuta pode facilitar o período de hospitalização?

Nesse contexto, compreendemos que na clínica psicanalítica não há uma relação dada *a priori* entre mãe e filho. Pode ser que o laço construído com o infante não seja com a mãe que o gestou, mas sim com aquela que o “adota” (Alvarenga, 2015, p. 12). Logo, “é preciso tempo para fazer-se mãe e ter um filho, e cada gravidez se inscreve segundo distintas coordenadas significantes na vida de uma mulher” (Alvarenga, 2015, p. 12)

Freud (2006) relata que não é tentativa da psicanálise dizer o que é a mulher, contudo, é tarefa dela investigar “como que a mulher se forma, se desenvolve desde criança dotada de uma posição bissexual” (p.79). Ao escutar as mães, Freud traz um novo olhar sobre a maternidade tida como natural e instintual para todas as mulheres. Assim, os fatores envolvidos nesta temática se deslocam de uma posição tida inata para uma em que o desejo destas mulheres está envolvido (Alvarenga, 2015).

Em *Introdução ao Narcisismo* (2010), Freud descreve que algumas atitudes dos pais com relação a seus filhos, inscrevem-se em reproduzir e reviver seu próprio narcisismo. Os mesmos concedem as crianças características ideais e escondem os defeitos, os filhos devem tornar reais os sonhos de seus pais não realizados. Deste modo, ressalta Freud (2010):

As coisas devem ser melhores para a criança do que foram para seus pais, elas não devem estar sujeitas às necessidades que reconhecemos como dominantes na vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrição da própria vontade não devem vigorar para a criança (p. 25).

Posto isso, ilustraremos como as questões relativas ao “ser mãe” ocorrem quando há impasses em sua construção, tal como a hospitalização no decorrer da gestação, indo para um além da maternidade.

O desejo de maternidade e seus percalços

Júlia, trinta e cinco anos, é admitida na maternidade com trinta e quatro semanas de gestação devido a prurido intenso. Esta era sua quarta gestação, sofrera aborto espontâneo de todas as anteriores, relata que suas gestações sempre foram de alto risco devido a anemia falciforme. Após todas as perdas gestacionais, “*entrei em depressão*”, “*fiz uso esporádico de antidepressivos, quando sentia que estava bem, interrompia o remédio*”. Sobre a gestação atual, descobriu com seis semanas, verbaliza que não esperava naquele momento, ficou surpresa, “*eu e meu marido tínhamos*

decidido esperar mais um tempo antes de tentarmos novamente". A mesma fazia tratamento para anemia falciforme desde a infância. De acordo com a investigação clínica, foi levantada a hipótese de Júlia estar com colestase, fator que poderia trazer risco para ela e o bebê. Essa hipótese a deixou muito angustiada e chorosa. Fala que ainda não tinha comprado nada para a sua filha, pois ela e o marido não queriam criar expectativas (sic). Nos atendimentos, falava pouco de como imaginava que seria sua filha, apenas dizia: *"espero que venha com muita saúde e que eu tenha disposição para cuidar dela"*. Pensava que quando conseguisse finalmente levar a gestação adiante, sentir-se-ia completa, que a sensação de *"oco"*, *"vazio"*, fosse desaparecer, porém, a paciente disse que isso não estava acontecendo. Optou por interromper a medicação para depressão, pois queria correr o menor risco na gestação (sic).

Júlia permaneceu poucos dias internada, apresentava-se muito angustiada e chorosa, verbalizava que não sustentaria permanecer internada, pois não aguentava ficar sozinha, *"minha mãe fica todos os dias comigo na minha casa devido aos meus problemas de saúde"*. Poucos dias depois, Júlia sai à revelia da instituição, mesmo com a equipe expondo todos os riscos que ela corria juntamente com o bebê. A partir desse caso, podemos pensar algumas questões: qual a posição que esse filho ocuparia na vida de Júlia? Como que um diagnóstico pode interferir na relação que a mulher constrói com o bebê?

Algumas mulheres, quando descobrem a gestação, mostram-se felizes, mas também com medo de como será o desenvolvimento daquela gravidez. A ambivalência se faz presente, principalmente em gestações de alto risco, na qual os cuidados se tornam mais intensos. Há um maior número de exames, consultas, procedimentos, o que pode tornar aquele período para a mulher cansativo, vigilante. Essas questões podem fazer com que a construção daquela maternidade fique reduzida as normas médicas. Na maioria desses casos *"as representações maternas ficam restritas à dimensão da saúde"* (Cox & Maccotta, 2014, p.320).

Em gestações de alto risco, alguns sentimentos e fantasias se tornam mais pertinentes. Com relação a Júlia, após ficar hospitalizada, disse que gostaria de voltar a fazer o tratamento para a depressão, pois tinha o desejo de estar saudável para cuidar de sua filha, expressava que queria estar disposta, sem sentir muito cansaço, que é causado pela anemia falciforme.

Nesse contexto, Cox e Maccotta (2014), ao desenvolverem uma pesquisa com gestantes que tinham o diagnóstico de anemia falciforme, observaram que a preocupação das mulheres entrevistadas era relacionada com a saúde, tanto delas quanto do filho e com o temor de não *"ocupar o lugar materno"*, de estarem impossibilitadas (p.321).

Posto isso, podemos pensar como o trabalho do analista se desenvolveria nesses casos, quando a gestação não ocorre dentro do enquadre *"risco habitual"* e sim em um contexto de adoecimento que pode interferir na construção da relação entre mãe-bebê. De saída, percebemos

que ao dar lugar à fala dessas mulheres, legitimando um sofrimento, pode haver uma abertura para que estas possam pensar e construir o “ser mãe” (Alvarenga, 2015) para além das questões envolvidas em adoecimento e saúde.

O amor materno é uma construção ou mito?

Joana, vinte e três anos, casada há três anos, gestante de trinta e cinco semanas, uma filha viva de dois anos, internada na unidade Perinatal para controle da pressão arterial crônica. Relata que há cinco anos engravidou pela primeira vez com planejamento familiar e intensa vontade de ser mãe. Encontrava-se em seu primeiro casamento extremamente apaixonada por seu esposo e a gravidez representava a concretização desse amor. A gestação transcorreu de forma tranquila, mas após o parto e três dias de nascido, o bebê apresentou um quadro infeccioso e veio a óbito. Ao recuperar-se do luto, resolve engravidar novamente e dá à luz a uma menina, com que realiza a maternidade. Na atual gestação, engravida sem planejamento e a negação da gravidez evidencia-se na percepção tardia da gravidez com dezoito semanas, após um intenso sangramento. Este sangramento já evidenciava para além de uma gestação, uma condição médica de placenta-prévias. Com o diagnóstico definido, a paciente teve que mudar a rotina, sair do emprego e deixar de fazer atividades físicas que tanto gostava e se manter em repouso (sic). A gravidez é de difícil aceitação, com muitos cuidados clínicos e restrições, levando-a a permanecer chorosa por muitos dias. Ao ser admitida na Unidade Perinatal continuou a apresentar inúmeros episódios de oscilação da pressão arterial e apesar das tentativas de controle clínico, a equipe médica decide interromper a gestação e antecipar o parto. Parto de difícil realização, e, devido à placenta-prévias, não foi possível a preservação do útero, sendo necessário realizar uma histerectomia para preservar a vida da paciente. O bebê, apesar de prematuro, nasceu sem complicações e permaneceu na UTI NEONATAL apenas para observação. A paciente Joana, após a cirurgia, sente fisicamente as dores intensas dos procedimentos que foram realizados em seu corpo. A equipe da UTI NEONATAL decidiu encaminhar o bebê para visitar a mãe logo no dia seguinte à cirurgia, como uma tentativa de iniciar o vínculo e aproximar mãe-bebê. Esta, no primeiro momento, sente-se bem, mas após algum tempo amamentando o bebê e sentindo dores oriundas da cirurgia, sente uma vontade imensa de “esganá-lo” e que este ficasse longe dela. Durante o dia sente-se indiferente à presença ou ausência do bebê e começa a se preocupar em como irá dividir o amor que tem pela filha de dois anos, que declara amar muito e estar sofrendo de saudades, com o bebê atual, já que parece perceber que não o ama. Solicita um atendimento e relata de forma preocupada essa ausência de amor maternal, que se apresenta por uma filha e não pela outra. Relata a experiência de amamentação com um momento de grande mal-estar e declara medo em não conseguir amar ou querer o bebê nascido. Após o

acolhimento realizado, ela decide ir apenas visitar o bebê e ficar olhando para este. Depois de algum tempo, sem interferência e indicação da equipe, ela pede para segurá-lo e após interpretar que este talvez queira mamar, inicia o aleitamento. Posteriormente, o bebê faz um gesto com as mãos em direção ao rosto da paciente, que interpreta como um agradecimento do bebê a ela, por estar ali cuidando dele. Verbaliza que algo mudou naquele momento na relação que se iniciava entre as duas.

A escuta psicanalítica no contexto da hospitalização

Na clínica psicanalítica, ouvimos diferentes discursos das mulheres e de alguns casais quanto às modificações em sua rotina relacionadas à falta de um filho. No decorrer desses discursos, percebe-se que o desejo não está no filho e sim numa fantasia, numa angústia mais profunda. Às vezes um desejo de ser útil ou uma vida mais criativa. Alberti (2015) ressalta que há contrastes no desejo de maternidade e que isso se manifesta pela via do corpo, como por exemplo, ter vontade de engravidar e não conseguir, ou ao contrário.

Relacionado a este assunto, Lacan (2001) enfatiza que é às voltas da demanda que o desejo aparece. O desejo é inconsciente, mas só pode aparecer com a repetição da demanda. E destaca:

A significação da demanda, a dimensão em que exerce a função médica propriamente dita e para introduzir aquilo que parece fácil de abordar e que, entretanto, só foi seriamente interrogado em minha Escola: a estrutura de falha que existe entre a demanda e o desejo. Entre o que o paciente demanda do médico, e seu desejo, há esta falha, ao mesmo tempo em que demanda (p.10).

Para Lacan (2001), a transferência se relaciona com o saber, o sujeito supõe que o analista possa dizer algo sobre seu mal-estar. Essa suposição e saber analista fundam a demanda de amor, a transferência. Ao sustentar esse saber como suposto, o analista permite que a verdade sobre o que o paciente sofre possa surgir. Na realidade, o analista supõe o saber do inconsciente.

A psicanálise abre espaço para essa reflexão, oferece uma escuta para tornar esse desejo mais claro, tornando possível que o sujeito se abra para a criatividade, para o novo, e não apenas para o espaço do outro. Nesse contexto da maternidade e hospitalização, a escuta analítica destas mulheres, pode possibilitar um espaço de fala de seus sofrimentos, anseios e expectativas com relação ao novo. Um lugar em que a mulher possa começar a construir dentro de suas possibilidades sua relação com o filho.

Considerações finais

As mudanças de paradigmas relacionadas aos ciclos da vida, nascer, crescer, reproduzir e morrer geraram inúmeras possibilidades de apresentação da maternidade. No entanto, as contradições do desejo de maternidade se apresentam todos os dias na experiência clínica, mesmo a beira de um leito de hospital. Assim, apoiado no horizonte da ciência, os sintomas contemporâneos ligados à maternidade se apresentam.

A dita mulher que deveria se ocupar do seu filho com alegria, independente das agruras enfrentadas numa gestação, “cai por terra”. Afastando-se assim de tantos ideais, mães, pais e filhos fazem sintomas, muitas das vezes independentes de fatores *a priori* importantes de serem considerados como idade, situação social, estrutura familiar e condição de saúde.

A escuta analítica, frente a inúmeras construções da maternidade, pode possibilitar que o próprio sujeito fale a sua verdade e faça isso sem sabê-lo, abrindo assim, espaço para uma possível reflexão e possível retificação da função materna na contemporaneidade.

Referências

- Alberti, C. (2015) Introdução. In Alberti, C. (Org.). *Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade*. (Vol.1). Belo Horizonte: Editora EBP.
- Alvarenga, E. (2015) Apresentação. In: Alberti, C. (Org.). *Ser mãe: mulheres psicanalistas falam da maternidade*. (Vol.1). Belo Horizonte: Editora EBP.
- Cox, F. E. M.; Maccotta, B. B. (2014). Representações maternas durante uma gravidez patológica: o caso da anemia falciforme. *Estilos da Clínica*, 2 (19), 309-324. Recuperado em 29/09/2018 em : <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000200006>.
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. In Freud, S. *Obras Completas (Vol.X)*. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- 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).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, 8-14. (Obra original publicada em 1966).

A escuta psicanalítica diante do ideal da maternidade

Aline Monteiro Pinheiro*

Susan Guggenheim**

Resumo

O presente trabalho pretende fazer uma breve reflexão sobre a posição da maternidade no olhar feminino e os aspectos culturais que circulam nesse universo. Sendo assim, abordaremos de forma sucinta um histórico brasileiro sobre o lugar da mulher na sociedade. Apresentaremos também dois casos clínicos que apresentam as dificuldades no tornar-se mãe.

Palavras-chave: Psicanálise; maternidade; idealização.

Introdução

No imaginário social, espera-se que uma mulher seja mãe e que no ato dessa maternidade possa oferecer todo seu amor, afeto, dedicação, abnegação e sua disponibilidade para o filho que está por vir. Mesmo na atualidade, muito se fala do que é socialmente esperado da mulher e pouco se questiona sobre o tema da maternidade em cada mulher. A mídia e sociedade apresentam a maternidade e a felicidade como um só. Diante de um imperativo de que a mulher torne-se mãe, fica difícil diferenciar o que aponta para o seu desejo e o que se impõe dessa quase obrigatoriedade de ser mãe (Alberti, Alvarenga, Ribeiro, 2015).

A relação mãe- filho nem sempre foi a mesma e o discurso da ciência exerce alguma influência nesse campo, na própria concepção de maternagem, que inclusive é vista majoritariamente como função feminina (Moura & Araújo, 2004). Badinter (1985) aponta como esse lugar de amor materno é datado, sendo pensado quase como um mito de amor instintual que tem relação com o discurso médico, filosófico e político a partir do século XVIII.

A criança até o século XIX se restringia ao papel de filho e a imagem de criança frágil, que necessita de cuidados só foi aparecer mais tarde. “Nem sempre o neném foi majestade na família”, quem ocupava esse lugar era o pai (Costa, 1983, p.155). Surgiu um discurso de que somente a mulher poderia cuidar dos filhos, devido sua natural possibilidade de gestar e um imperativo foi se colocou. Segundo Costa, no período em que o Brasil passava pela política higienista, a mulher foi colocada como aquela que podia transmitir assim como transmite no leite, o poder e força para os filhos que servirão ao Estado. Aos poucos uma participação mais distribuída na família começa a se esboçar, onde o pai ofereceria a proteção material e a mãe a educação da criança. Em termos emocionais, a mulher era aquela que estava dedicada ao amor, amar e ser amada. Enquanto o homem era aquele que os aspectos emocionais pouco apareciam. A mulher que teoricamente estaria

às voltas com seus sentimentos, dedicaria todo esse cuidado aos filhos, estando assim, a maternidade vinculada ao universo feminino (Costa, 1983).

Diante de todo suporte que essa mãe pode oferecer, cresce também um devotamento e valorização do sacrifício da mãe em prol do filho. Dessa forma, a mulher tinha um papel fundamental na família, mas caso não correspondesse era motivo de culpa e repreensão (Moura & Araújo, 2004). A própria questão do aleitamento materno começou a ser tratada como uma questão de política pública, em que mulheres que não amamentavam seus filhos eram vistas como infratoras. A mulher que não amamentava rompia com o que aparentemente é natural à mulher e fazia-se a comparação de que todas as fêmeas mamíferas amamentam seus filhotes, porque não as mulheres? Além disso, rompia com a vocação natural de ser mãe. Dessa maneira, essas mulheres quando não amamentavam eram culpabilizadas, constrangidas e tidas como incompetentes (Costa, 1983). A sexualidade feminina também se tornou zona de controle, visto diversas limitações que eram descritas pelos higienistas, como a ausência de relação sexual na gestação e também no aleitamento, a mulher grávida seria como um santuário para o ser que está por vir. Sendo assim, a sexualidade feminina estava sendo limitada e mantida a rédeas curtas (Costa, 1983).

O atendimento às gestantes no Núcleo Perinatal

A inserção em uma maternidade de alto risco suscitou algumas questões que também se colocam em relação à maternidade na atualidade. As pacientes do hospital são mulheres que possuem algum tipo de doença que torna a gestação um risco tanto para ela como para o bebê. Algumas já têm um diagnóstico prévio à gestação e outras são acompanhadas porque com o início da gestação alguma questão clínica se colocou. O olhar para essas mulheres muitas vezes é ambíguo, pois se espera que sejam mães completamente dedicadas, mas ao mesmo tempo há uma repreensão pela própria gestação diante do risco de vida. A gestação para essas mulheres já começa de um ponto bem diferente do que é colocada no imaginário social, como a gestação perfeita. Por vezes, grande parte da gravidez é atravessada no hospital, em internações que se estendem até o parto do bebê, fugindo assim ao esperado e planejado diante do risco de vida.

Podemos pensar o que impulsiona esse desejo de ser mãe mesmo com tantos riscos; podemos também pensar que mesmo diante desse desejo, quando ele finalmente se concretiza, nem sempre a forma de exercer a maternidade estará dentro do esperado tanto para a mulher como para a equipe e família da paciente. Será que há espaço para essa vacilação? Outra questão que se coloca também diz respeito ao cuidado ofertado ao bebê que está por vir, quando no geral essas mulheres se queixam da falta de olhar da equipe para ela enquanto sujeito. Nesse momento ela encontra-se praticamente destituída de sua singularidade em prol do filho.

Apresentarei alguns casos em que a questão da maternidade foi perpassada por alguns fatores que considero importante diante desse ideal de maternidade e sinaliza como a experiência da gestação se coloca singularmente diante da história de cada uma dessas mulheres.

Ana¹ sempre desejou ser mãe e finalmente concretiza seu desejo, porém a gestação e o bebê imaginado fogem ao idealizado. A mulher do caso em questão teve um aumento abrupto de sua pressão arterial durante a gestação e por esse motivo precisou ser internada em alguns momentos da gravidez e por fim, foi necessário que a gestação fosse interrompida antes do programado, devido ao sofrimento oferecido ao bebê por conta do aumento de pressão. O bebê nasce prematuro. Durante os atendimentos Ana começa a falar com intenso sofrimento sobre sua própria saúde e como se sentia debilitada após diversas medicações que precisou receber durante a gestação. Além disso, Ana apresenta intenso sofrimento acusando-se por não ter conseguido ser o *“útero perfeito”* para sua filha diante de alguma perda de saúde que ocorreu. Fala também de uma frase que escuta da equipe que diz *“o problema não era a criança e sim a mãe”*. A partir dessa fala essa paciente intensifica um discurso que a culpabiliza por todas as perdas de saúde que envolvem a filha e que torna essa relação mais ambivalente.

Nesse momento, o bebê encontrava-se na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e apesar da mãe permanecer no hospital com o objetivo de estar próximo do bebê, esse contato mãe-bebê estava sendo difícil. Naquele momento Ana não conseguia oferecer os cuidados esperados a seu filho. No discurso de Ana havia dificuldade ao falar do bebê imaginado e do bebê real. Apesar de prematuro, o bebê nasceu bem, mas ainda assim a mãe apresentava-se irritada diante daquela situação. Foi necessário algum tempo para que aos poucos, essa mãe pudesse ir se aproximar do bebê real. Acrescenta falas como *“não foi o que eu esperava”*, *“tenho medo de rejeitar a filha que eu tanto esperei”*. Ana falava também do olhar da família a seu respeito, quando voltava para casa aos finais de semana, enquanto sua filha permanecia internada, a família não reagia bem e dizia *“você não pode abandonar sua filha no hospital”*. Ana queixava-se da falta de possibilidade de falhar, quando seus pais e o próprio marido questionavam seu retorno para casa, que a paciente considerava como uma *“renovação das energias”*.

A equipe médica e de enfermagem também solicita atendimento para essa paciente. A equipe médica indica algo no sentido de uma depressão pós-parto e a enfermagem indica uma mãe que não oferece os cuidados necessários para a filha, acreditando ser uma mãe *“preguiçosa”*. Somente nas consultas comigo a paciente podia falar desse não querer cuidar da filha, aquele era o espaço que ela podia ser a mãe frustrada. Algo da especificidade daquele sujeito podia ser falado

¹ Nome fictício.

para a equipe, que talvez não se tratasse de preguiça, mas de uma dificuldade diante de uma gestação e bebê que quebra a idealização esperada.

Podemos pensar que talvez o nascimento de um bebê fora do idealizado por essa mulher possa ter abalado seu narcisismo. Algo foi perdido na fantasia de mãe e bebê ideal que pode ser gerador de uma ferida narcísica. Podemos pensar que talvez essa mãe estivesse às voltas com seu próprio corpo, sua saúde e talvez nesse momento fosse mais difícil investir no objeto que seria sua filha? Como uma mulher acometida por uma doença orgânica pode oferecer cuidados para esse bebê? Como a dificuldade de cuidado e investimento dessa mãe pode afetar a subjetividade desse bebê? E ainda, qual o olhar da equipe para essa paciente? Todas essas questões se colocaram diante desse caso e tantas outras mais.

A relação afetiva dos pais com seus filhos são a recordação e reprodução do seu próprio narcisismo, que já foi abandonado. No geral, os pais costumam atribuir todas as qualidades aos seus filhos e procuram oferecer tudo que não puderam ter não podendo essas crianças entrar em contato com a doença, morte, restrições. A criança seria *Sua Majestade o Bebê* (Freud, 1996). No caso anteriormente citado, toda a fantasia de maternidade e filho perfeito foi quebrada, a criança nasce com certas privações de saúde e rapidamente se faz necessário diversas intervenções médicas, que os pais, no geral, procuram ao máximo evitar.

Winnicott (1983) ao falar das necessidades de um bebê, fala dentre outras coisas, sobre o holding que a mãe pode oferecer ao filho. Esse holding (físico) protege da agressão fisiológica e inclui toda a rotina dos cuidados maternos. Acrescenta um trecho sobre o cuidado da própria mulher, que quando ela não consegue prover o próprio cuidado essa possibilidade de ser suficientemente boa para o bebê está prejudicada.

Freud (1996) ao tratar sobre a doença orgânica refere que um sujeito acometido de alguma enfermidade direciona sua libido para si mesmo e tem pouco investimento no mundo externo. No caso relatado, logo após o nascimento do bebê, a paciente pouco falava sobre a filha, encontrava-se bastante voltada para sua saúde que estava debilitada e os cuidados que ainda precisava prestar a si mesma. Somente após determinado tempo, foi possível falar do investimento à filha, por mais que fosse difícil.

Apresentarei outro caso em que o encontro com a maternidade também não aconteceu sem um trabalho interno por parte da mãe. Alice² vem para internação hospitalar devido aumento de pressão arterial e segue internada até o final da gestação. Ao abordar Alice, diz: “*essa gravidez é rejeitada*”, conta da tentativa de aborto, em que agredia a si mesma como uma tentativa de interromper a gestação. Fala também de outra gravidez que rejeitou e não conseguiu cuidar do filho.

² Nome fictício.

Inicialmente diz que esse filho veio interromper seus planos, gostaria de aproveitar a vida. Após muito tempo de atendimento conta mais de sua história pessoal de abandono pelos pais, de uma perda fetal, de abusos sofridos e com o passar do tempo pode associar esses eventos de sua história com a dificuldade de manter relações afetivas, inclusive com o bebê que estava por vir.

Por um longo tempo a rejeição daquele bebê ficava no vazio, sem nada a ser dito. Passou por momentos de total rejeição a momentos em que se endereçava ao bebê. O primeiro dito sobre esse bebê é um bebê “rejeitado”, porém com o passar dos atendimentos diz que as coisas estão mudando e associa aos movimentos do bebê. Ao falar das experiências de desamparo na sua infância e adolescência, acrescenta *“minha infância foi roubada” “tenho feridas abertas” “não consigo ser uma mulher inteira, quando me abro, recuo, tenho bloqueio”*, a partir desses ditos algo foi se abrindo para se pensar o que se passava na gestação atual. Diante de sua história de desamparo, sente dificuldade em imaginar a formação de uma família, que não uma família ideal. *“Não acho o máximo ser mãe... não sou igual essas famosas da TV”, “não sou uma boa mãe, não sou melosa nem coruja”, “ Não consigo oferecer o que não recebi” me sinto “ a loba solitária”*.

Há um momento em que a equipe levanta a possibilidade de interrupção da gestação por conta do risco materno e nesse momento algo se abre e Alice diz: *“não posso imaginar sair daqui sem meu filho nos braços, sentiria um buraco no chão”, “Essa criança me pegou de jeito”*. Importante lembrar que essa mãe era muito dedicada aos cuidados do bebê na UTI e sendo assim, a equipe nunca sinalizava qualquer sofrimento, visto que ela oferecia os cuidados necessários ao bebê. Visto sob esse ponto, essa paciente era a representação da boa mãe, aquela que mantém postura abnegada. Apesar desse investimento no bebê, Alice passava por intenso sofrimento e fazia uma dura travessia na constituição desse novo momento da maternidade e somente aos poucos pôde diferenciar aquela gestação. De alguma maneira a experiência da gestação reativou sua própria história com a mãe. Após meses de atendimento recebe alta hospitalar e pode dizer: *“Estou em um relacionamento sério com a essa criança, ele me conquistou”*.

Winnicott (1988) aponta que a lembrança dos cuidados da própria mãe é retomada na maternidade e podem ajudar ou atrapalhar. Acrescenta também a disponibilidade da mãe de oferecer os cuidados ao bebê, porém faz algumas ressalvas em relação à mulher que morre ou que está doente, tem outro filho antes do planejado. Essas questões perpassam diversos casos em que mulheres após diversos abortos têm uma nova gestação e por vezes não estão em possibilidade de investir nesse novo bebê, assim como o caso de mulheres gravemente adoecidas que falham em relação a esse cuidado materno.

Considerações finais

Nesses dois casos, a maternidade não foi atravessada de modo natural como esperado socialmente. Um encontro com a singularidade de cada uma dessas pacientes se colocou, seja pela história de gestação atual e como lidar com essa travessia, seja com recordações de sua própria história, que com o tempo é visto como uma dificuldade para enfrentar o “ser mãe”. Nosso trabalho se debruça diante do desejo de cada sujeito fazendo um contraponto há um moralismo, que por vezes é muito presente no ambiente hospitalar e principalmente na maternidade. A maternidade abre muitas questões, como o lugar de mulher, mãe, filha, tendo uma retomada das questões que foram vividas na própria infância e perguntas a respeito dos seus próprios pais. A paciente que acaba de dar à luz é deixada de lado em sua particularidade, quando profissionais se dirigem a essa mulher apenas como aquela que precisa cuidar do seu filho. Nos dois trechos apresentados esse olhar de mãe devotada ao filho gerava sofrimento, uma vez que defrontada com o “ser mãe” algumas questões foram colocadas. Diante da imposição de um ideal de maternidade, estar às voltas com a escuta dessas mulheres apresenta a cada vez, que cada gestação é um encontro ou não encontro com a maternidade.

Referências bibliográficas

- Alberti, C; Alvarenga, E; Ribeiro, V. (2015) *Ser mãe. Mulheres psicanalistas falam da maternidade*. Belo Horizonte: Editora EBP.
- Badinter, E. (1985) *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova fronteira (obra original publicada em 1980).
- Costa, J. F. (1983) *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal (obra original publicada em 1979).
- Freud, S. (1996) *Introdução ao narcisismo in Edições Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1914)
- Moura, S. Araújo, M. F. (2004) *A maternidade na história e a história dos cuidados maternos*. *Revista Ciência e Profissão*. V.24, n.1. 44-55.
- Winnicott, D. (1983) *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed. (obra original publicada em 1965)
- Winnicott, D. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Do sintoma ao fio da história

Amanda da Silva Moreira*

Glória Maria Castilho**

Resumo

Neste trabalho, busca-se dar direção a algumas questões com as quais nos confrontamos ao longo da atuação no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI). No cenário de uma instituição de saúde, onde comumente se busca explicar o mal-estar do sujeito a partir de diagnósticos e demais significantes médicos, por vezes nos deparamos com queixas de dores, de esquecimentos, de quedas, entre outras, que ocorrem em um momento específico da vida de alguém, apontando à singularidade ali onde a medicina acredita haver um indivíduo apartado de sua história e detentor de um corpo completamente redutível às determinações biológicas. Diante disso, pretendemos tecer algumas considerações acerca do conceito de sintoma para a psicanálise a fim de esclarecer algo da complexidade que podemos escutar nas queixas de alguns dos sujeitos que recebemos em atendimento no NAI. Traremos o fragmento de um caso clínico a fim de melhor situar as questões em discussão.

Palavras-chave: psicanálise; sintoma; escuta clínica.

Introdução

Este trabalho parte de minha experiência como psicóloga residente inserida no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), mais especificamente no ambulatório deste serviço. O NAI constitui-se como uma unidade docente assistencial do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), vinculada à Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI) da UERJ, e visa oferecer atenção integral à saúde do idoso. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional – geriatras, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros – através de um trabalho assistencial (atendimento ambulatorial) e de um trabalho com enfoque na promoção de saúde (através de grupos de promoção de saúde). A equipe também presta assistência a alguns idosos

* Psicóloga. Profissional residente de Segundo Ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ.

** Psicanalista. Doutora pelo PPGTP/UFRJ. 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/UnATI/UERJ. Coordenadora da Área de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso/NAI/UnATI/UERJ.

internados na enfermaria de Cirurgia Vascular do HUPE, bem como responde a pedidos de parecer de outras enfermarias do hospital.

O trabalho em uma instituição de saúde traz inúmeras questões para nossa prática. Uma delas refere-se ao fato de atuarmos em um contexto marcado pela circulação de diagnósticos e demais significantes médicos que buscam explicar tudo aquilo que não funciona conforme o esperado, indicando que algo não vai bem. Por vezes, frente ao relato de um mal-estar responde-se muito rapidamente com um diagnóstico, como se este fosse suficiente para dizer do que se trata aquilo do que o paciente se queixa.

A clínica, no entanto, logo nos mostra que o sujeito aparece, com suas marcas singulares, ali onde a medicina supõe haver um indivíduo apartado de sua história e detentor de um corpo completamente redutível à lógica da biologia. Ao longo da minha prática no hospital, isto foi ficando claro. Alguns pacientes falavam de dores que não se esgotavam no campo da fisiologia, de quedas que não diziam respeito apenas a uma possível fragilidade óssea, de esquecimentos que não se relacionavam necessariamente a *déficits* de memória. A escuta clínica no NAI, como veremos, nos permitiu entrever a complexidade que pode estar em jogo na queixa dos pacientes que nos chega para atendimento.

Pretendemos abordar a noção de sintoma para a psicanálise, em contraposição à concepção de sintoma para a medicina, justamente como via de esclarecer algo dessa complexidade. Traremos também o fragmento de um caso clínico a fim de melhor situar as questões em discussão.

A chegada ao tratamento

A prática clínica em uma instituição de saúde voltada para idosos nos mostra que não podemos desconsiderar o discurso que circula atrelado à velhice em nossa época, já que, por vezes, este traz como efeito dificuldades e pontos de impasse na chegada do sujeito ao tratamento.

No cenário atual, marcado pelo discurso da ciência e pela globalização do capitalismo, a velhice pode adquirir uma conotação negativa, quase patológica, que a assemelha a um déficit, passível de ser eliminado. Nesta direção, Castilho (2016) salienta que o discurso pregnante em nossa época traz em seu bojo a articulação entre tecnociência e capitalismo, e faz com que a velhice seja abordada privilegiadamente como objeto de cuidados e como mercado de consumo. Neste sentido, de acordo com a autora (2016):

Há uma infundável oferta de produtos e técnicas que se propõem a recobrir aquilo que a velhice traz à luz, de forma inexorável: a incidência da passagem do tempo sobre o corpo, a impossível sustentação dos ideais da juventude e, em última instância, a própria finitude que é relançada, a cada vez, pela perda dos próximos amados (p.326).

Neste contexto, o mercado da juventude - que prega: *seja sempre jovem* - e a ciência, ocupam-se da velhice da mesma forma que se ocupam de tudo aquilo que expõe o real, tentando escamotear os furos. Institui-se, assim, a ideia do envelhecimento como um defeito a ser tapeado pelos diversos tratamentos (Mucida, 2004).

Mucida (2004) nos indica que a clínica médica, atravessada pelo discurso científico hegemônico, privilegia a técnica e os protocolos, e implica, na maioria das vezes, na categorização diagnóstica e na medicalização do sofrimento psíquico. Assim, conforme a autora, neste cenário onde o mal-estar é vinculado a transtornos e síndromes, e tamponado por psicofármacos, o sujeito tem sido cada vez menos convocado a pensar sobre a lógica singular de suas manifestações sintomáticas. A escuta clínica de pacientes idosos do NAI nos mostra que isso não é sem consequências.

Por vezes, recebemos pacientes que expõem seus diagnósticos, falam com muita desenvoltura de sua medicação, mas nada sabem dizer sobre a particularidade de seu sofrimento. Nossa aposta, no entanto, é de que a entrada de uma escuta orientada pela psicanálise possa operar como uma resistência a que os significantes veiculados pelo discurso científico se totalizem como a principal resposta frente ao mal-estar, abrindo a possibilidade de que algo da dimensão do sujeito possa emergir. Vejamos, a seguir, como isto se desdobra em um dos casos que acompanhamos em atendimento no ambulatório do NAI.

Fragmento de caso

Remetemos, aqui, ao caso de M., 73 anos, encaminhada para atendimento na Psicologia devido à *“queixa de dores persistentes”*. Na primeira entrevista, ao tomar a palavra, M. conta que sente uma dor tão forte na perna direita que chega a ter dificuldade para andar. A bengala a ajudava a caminhar, mas por vezes, nem conseguia colocar o pé no chão. Tratava-se, segundo ela, de uma *“dor com causa desconhecida”*, que seguia um percurso próprio, a despeito das medicações e dos analgésicos prescritos pela equipe médica. Fala, em diversos atendimentos, de sua longa trajetória em serviços de saúde e dos diferentes exames que já realizou, em busca de um diagnóstico que desse conta de explicar toda sua dor. No entanto, ela ressalta, *“não aparece nada nos exames. Continuo sem resposta”*.

Ao mesmo tempo, a pergunta pela causa desconhecida leva a paciente a falar também, ao longo das sessões, sobre a história de sua dor. Dor esta que teve início quando M. ainda era muito jovem, numa época em que trabalhava *“como uma desesperada, na correria”* a fim de fazer um

“*pé de meia*” para ela e os filhos. Passava horas numa mesma posição, curvada, para “*fazer os pés*” das clientes do salão de beleza onde trabalhava. De lá para cá, segundo M., suas dores só pioraram.

Contando e recontando as histórias a respeito de sua dor, a paciente se lembra de uma ocasião em que, inesperadamente, de acordo com ela, não sentiu dor alguma na perna. Foi quando fez uma viagem, há muito esperada, em busca de conhecer uma parte de sua família. “*Lá, eu fui atrás dos meus familiares. Conforme eu puxava o fio da história, eu ia conhecendo cada um deles*”, ela diz. Conta que, com isso, fez muitas andanças durante a viagem, mas, para sua surpresa, não sentiu nenhuma dor. “*O que você acha que houve aí?*”, questiona a psicóloga, convidando M. a fazer alguma reflexão e leitura acerca deste complexo acontecimento. A paciente, então, interroga: “*Eu não sei... Será que tem uma lógica para minha dor?*”.

Discussão

Este nos parece um momento importante do tratamento desse sujeito, momento em que M. começa a sintonizar com a particularidade de seu sintoma, formulando uma questão a respeito daquilo que a acometia. Como nos indica Quinet (2009), o sujeito pode se apresentar ao analista para se queixar de seu sintoma e até pedir para dele se desvencilhar, mas isso não basta. Para que um trabalho analítico aconteça, é preciso que esse sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo. Ao contrário da passividade do sujeito submetido à ação do médico – nas diferentes terapias sugestivas ou no tratamento farmacológico – o método inventado por Freud demanda um engajamento de trabalho por parte do paciente. A este respeito, o autor já indicava em suas *Conferências Introdutórias* (1917/1996) que o tratamento analítico exige que o sujeito encare seu sintoma com seriedade. Afinal, conforme sublinha Mucida (2004), a análise é um dispositivo aberto àqueles que sofrem e querem construir um saber sobre o seu sofrimento. No caso de uma paciente que se apresenta a partir de uma queixa de dor, é preciso alguma implicação do sujeito e do seu desejo para esta construção.

M, em um dos atendimentos, falando de sua dor, conta que por vezes sente como se tivesse “*um monte de cacos de vidro*” dentro dela. Nessas horas, ela diz, “*a perna fica aborrecida*”. Ao se questionar, então, sobre algo da lógica de seu sintoma, M. parece ter aberto a possibilidade de que este se transformasse num enigma, em um significante. É preciso destacar, nesta direção, que “*a perna aborrecida*”, significante particular deste sujeito, só pode emergir e ter lugar neste espaço entre o discurso médico e o discurso do próprio sujeito, que o trabalho de análise coloca em marcha. Uma formulação como essa não interessa ao discurso da saúde, que preza por um saber universal, e deixa de fora aquilo que aponta para a singularidade, tida como uma mera idiossincrasia do paciente, a ser prontamente descartada.

Como sabemos, a medicina aposta na univocidade dos significantes e não indaga de cada sujeito o que representa para ele o seu mal-estar. Freud, por sua vez, dá ênfase à noção de sobredeterminação inconsciente do sintoma (1893-95/1974), indicando que o analista não deve dar um sentido a priori àquilo que o paciente traz. Para o autor, cada sintoma representa simultânea e sucessivamente diversos cursos inconscientes de pensamento ou de realizações de desejo. Nesta perspectiva, tanto este como as demais formações do inconsciente expressam uma pluralidade de sentido, que extravasam as categorias diagnósticas, bem como todo o conhecimento prévio que um analista poderia supor possuir.

Logo, se no campo médico, o sintoma sinaliza uma disfunção orgânica a ser reparada, para a psicanálise, o sintoma aponta ao sujeito dividido, e é compreendido como uma manifestação inconsciente (Freud, 1926), que traz em seu bojo uma mensagem enovelada. É, conforme Lacan (1955-56/2008), um significante que remonta às significações recalcadas da história do sujeito. Assim, ao invés de intervir no sentido de fazer calar o sintoma, de extirpá-lo como um corpo estranho que invade o psiquismo, o analista convida o sujeito a falar sobre ele, a localizar o seu mal-estar na particularidade de sua história, viabilizando que este faça alguma leitura acerca daquilo que o acomete. O analista não compreende, mas supõe que há uma “outra cena” no dito do paciente, já que o fundamento do discurso é um “mal entendido”. Deste modo, o sintoma deverá ser interrogado a fim de se esclarecer a que ele está respondendo, que gozo vem delimitar (Quinet, 2011).

Partindo destas considerações, é possível dizer que para favorecer alguma abertura ao trabalho do inconsciente, é fundamental, por parte do analista, a suspensão do desejo de curar, do *furor curandis*, como nos indica Freud (1915). A psicanálise rompe, assim, com a motivação *princeps* da medicina, uma vez que a ética do psicanalista não é a remissão do sintoma, mas através dele poder orientar seu trabalho, viabilizando que o sujeito possa bem-dizer seu sintoma, ou seja, sua relação com seu desejo e com seu gozo. A aposta do analista, nesta direção, é de que a partir da sustentação de uma escuta, o paciente possa produzir algo da verdade de seu sintoma.

Ao longo de seus atendimentos, M. segue puxando o fio de sua história, na tentativa de construir algum saber sobre aquilo que a faz sofrer. Em uma das sessões, retomando lembranças de sua infância, diz que sua dor a faz lembrar de seu pai, que sofreu por muitos anos com dores nos pés. “Será que, de alguma forma, eu herdei essa dor dele?”, se pergunta. “Às vezes eu acho que a minha dor tem alguma ligação com a dor dele”. Entendemos, com Quinet (2009), que o fio condutor da análise não está em oferecer uma boa resposta, mas em proporcionar uma questão, implicando o sujeito e sublinhando sua participação no seu estado de sofrimento. É o que Freud (1905/1969) faz nas primeiras intervenções no caso Dora, ao indicar para ela que toda trama envolvendo seu pai, o Sr. K e sua esposa, trama da qual ela tanto se queixava, contava com sua

implicação. É isso que abre a possibilidade para uma nova posição do sujeito em relação ao sintoma.

Considerações finais

Este caso nos permite entrever a complexidade da queixa de dor, que não necessariamente se esgota no campo da fisiologia. Pelo contrário, o gozo do sintoma faz furo ao discurso da ciência, que não sabe explicar a particularidade de uma dor que “*dói aqui, mas não dói durante a viagem*”. Deste modo, nos interessa que a paciente possa ir situando, ao longo do tratamento, questões como: a que se refere a sua dor? Qual a função deste sintoma para ela?

Como vimos, M., num primeiro momento, estava em busca de um diagnóstico, de um saber universal, que desse conta de explicar todo o seu mal-estar. Com a entrada de uma escuta, no entanto, esta pode se interrogar acerca da particularidade do seu sintoma, sinalizando alguma abertura ao trabalho do inconsciente. Neste sentido, ao colocar em movimento o fio de sua história, isto é, a sua cadeia de significantes, através do trabalho de análise, a paciente abre uma via para a construção de um saber singular sobre aquilo que a acomete. Diante disso, uma pergunta vai se delineando: Seguir puxando o “fio da história”, em atendimento, pode chegar a ter efeitos sobre a dor desse sujeito?

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.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 3 – As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1955-56).
- Mucida, A. (2004). *O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Quinet, A. (2009). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2011). *A descoberta do inconsciente - do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Freud, S. (1969). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: *Obras completas, ESB*. (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (1974). A etiologia da histeria. In: *Obras completas, ESB*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893-95).

Freud, S. (1974). Observações sobre o amor transferencial. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).

Freud, S. (1996). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (parte III). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).

Freud, S. (1996). Inibição, sintoma e angústia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1926).

Contribuições da psicanálise na clínica com “idosos”Breno Dourado Homs^{i*}Laudy Gabriele Pereira Guimarães^{**}Glória Maria Castilho^{***}**Resumo**

O presente trabalho aborda o conceito de luto a partir de dois aspectos que se imbricam: como um processo psíquico e como uma manifestação social de pesar. Apontamos que a cultura, com seus códigos e ritos, pode auxiliar o sujeito na elaboração do referido processo. Em seguida, debatemos o fragmento de um caso clínico.

Palavras-chave: Psicologia; psicanálise; luto; cultura.

Introdução

Recorrer aos léxicos costuma ser um bom começo para quem se propõe a investigar temas caros à experiência humana. Alguns termos e expressões, dada a frequência com que são utilizados, não costumam nos convocar à reflexão, muitas vezes porque o significado parece evidente por si mesmo. O luto é um bom exemplo. Para este trabalho, buscamos indicar dois aspectos implicados nesse processo: seu lugar na cultura e a função que assume para o sujeito.

Vejamos algumas definições que o dicionário Houaiss (2001) oferece:

Sentimento de tristeza profunda por motivo da morte de alguém; 2. Originado por outras causas (separação, partida, rompimento etc.); amargura, desgosto. 3: tempo durante o qual devem manifestar-se certos sinais do luto. 4: o fato de perder um parente ou pessoa querida.

A 7ª definição, do campo da antropologia, é: “observância de formas de comportamento costumeiras e convencionais que expressam a desolação e o desespero por parte dos parentes do morto no período que se segue ao seu falecimento”. O mesmo dicionário apresenta, na 8ª definição, a expressão “trabalho de luto”, atribuída à psicanálise, assim descrita: “processo psíquico pelo qual

* Psicólogo. Profissional residente de Primeiro Ano no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso – UERJ.

** Psicóloga. Profissional residente de Segundo Ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ.

*** Psicanalista. Doutora pelo PPGTP/UFRJ. 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/UnATI/UERJ. Coordenadora da Área de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso/NAI/UnATI/UERJ.

um indivíduo, após ter perdido um objeto de seu afeto, consegue gradualmente desapegar-se dele” (2001, p. 1587).

O dicionário online Michaelis, afora indicações muito próximas às do Houaiss, acrescenta:

3. Panos pretos com que se forram a câmara ardente, a casa ou a igreja por ocasião do falecimento de uma pessoa. 4: Vestes escuras que a família e amigos da pessoa falecida usam durante certo tempo, como sinal do seu pesar ou tristeza. 5: Tempo que dura o uso dessas roupas. 6: O aspecto tristonho das coisas. A obra cita ainda as expressões: luto fechado (ou pesado), aliviado e nacional; estar de luto; pôr o luto.

Curiosos são os exemplos para o vocábulo “*grief*” do *Cambridge Dictionary of American English* (2013, p. 372), definido como uma grande tristeza, sobretudo diante da morte de alguém, é assim ilustrado: “Levou-lhe anos para superar o luto pela perda de sua mãe”. E, na língua inglesa, o sentido figurado de “*grief*” pode ser traduzido por *aflição*, como na frase “Eu não fazia ideia de que perder minha carteira de motorista me causaria tanta aflição”.

Desenvolvimento

O que há de comum em todas as acepções da palavra *luto*, portanto, é a gama de sentimentos a ele atribuída, que inclui tristeza, amargura, aflição e pesar. Pode parecer curioso que o luto seja não apenas um estado emocional, mas também algo a se vestir e guardar. “Pôr o luto” significa vestir-se de preto pela morte de um familiar; é o mesmo que estar de nojo. “Guardar o luto” significa respeitar o referido período, de acordo com os costumes de cada sociedade. Existe, ainda, sub-divisão em dois tipos: fechado e aliviado. O luto fechado compreende um período que varia de poucos meses a dois anos, em que o que se espera do enlutado é o uso de vestes exclusivamente pretas, sendo permitido um ou outro detalhe de cor branca. O luto aliviado, por sua vez, autoriza o uso de outras cores, como púrpura.

Um luto que é fechado e outro que é aliviado nos leva longe, mais exatamente para o século XIX. Este talvez tenha sido o período da História Moderna em que a morte recebeu os mais faustos tratamentos, beirando a extravagância. Graças a uma complexa conjuntura – razões religiosas, sociais, econômicas, morais e de etiqueta – a despedida de um ser amado exigia grandes burocracias. Há algo que nos pareça mais anacrônico do que imaginar jornais e livros de etiqueta preceituando a forma correta de agir diante da morte de um familiar?

A historiadora Anne Martin-Fugier descreve, no livro *História da vida privada*, (1991) que quando a morte batia à porta de um sujeito vitoriano de classe média, sua família imediatamente tomava dois cuidados: parar o relógio na hora exata e cobrir os espelhos da casa, pois acreditava-se que a alma do morto corria o risco de se deter diante do espelho e não partir. As cortinas eram cerradas. As refeições da família eram todas feitas conjuntamente enquanto o corpo do falecido se

encontrasse em casa. Quanto ao sepultamento, deveria ser o mais caprichoso possível. De preferência, os cavalos da carruagem funerária deveriam ter a pelagem preta. As mulheres que perdiam o marido observavam as mais rígidas restrições comportamentais, mas era esperado de todos - filhos, pais, esposas e esposos - um afastamento das atividades do mundo externo, como o trabalho, as festas e passeios. Essas medidas e tantas outras sinalizavam que o luto, entendido como código cultural, estava ocorrendo.

Esse recorte histórico busca apenas exemplificar a vivência do luto em determinado momento da sociedade ocidental. Desde sempre, a humanidade busca enfrentar a dificuldade de se desligar de um ser amado das mais diferentes formas. As religiões, naturalmente, têm cada qual sua maneira de lidar não só com a morte em si, mas com os efeitos dela para quem fica. O Judaísmo indica as fases do luto à maneira que a Psicologia moderna o faz, discriminando-as em etapas. O sétimo dia após a morte de um parente é um marco para esta religião e para outras, como a católica. No caso da época vitoriana, o que instiga é a significação radical da morte como um fenômeno que afeta a moda, os costumes e a posição do sujeito nos seus laços. Esse verdadeiro culto à morte – ou ao morto – ensejou até mesmo o hábito de visitar os túmulos, o que, bem sabemos, perdura no contemporâneo.

É bem verdade que esses rituais poderiam encerrar o sujeito num estado de retração exagerada. Definir, a partir do tempo cronológico (quando se define que o luto deve durar dois anos, por exemplo) o período em que cada um deve viver sua tristeza e desinvestir de seu objeto de amor, é um esforço simplista e que desconsidera a singularidade. Parece que, na cultura de hoje, o luto vitoriano e tantos outros impunham ao sujeito uma tristeza protocolar. Por outro lado, ofereciam uma margem segura de tempo para que este pudesse se restabelecer. O que nos interessa extrair disso tudo é a noção de que o luto não *é nada simples*, e esse fato foi observado pelas muitas culturas que nos antecedem. Mas o luto não é um processo que dependa apenas dos cerimoniais ou da observância de certas normas; ele não ocorre apenas a partir do entorno social. Com a psicanálise, passamos a entender o luto como um trabalho psíquico necessário e de extrema importância.

Freud, em *Luto e Melancolia* (1917), o define 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. 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. É a realidade psíquica que, buscando falar mais alto que o teste de realidade, se aferra às ligações de um objeto que já se foi. Sendo assim, é preciso tempo e dispêndio de energia

para que o luto avance e, em determinando ponto, possa consumir a si mesmo. Dessa forma, é possível que a carga investida retorne ao Eu, e, enfim, o sujeito possa eleger novos objetos aos quais se ligar.

Todo tipo de problema pode ocorrer quando, no social, o sujeito se depara com entraves para esse lento e doloroso trabalho. O luto é essencialmente um trabalho psíquico, mas ele reverbera na forma como o sujeito se apresenta no mundo. Comumente, ele é manifestado na inibição para realizar tarefas, no desinteresse generalizado pela vida, na perda temporária da capacidade de amar. Costumamos identificar no contemporâneo, naquilo que alguns sociólogos chamam de pós-modernidade, fenômenos que não encontram paralelo nas culturas de outros tempos, como o esgarçamento dos laços sociais, o descentramento de instituições como o Estado e a família, a flexibilização dos rituais e costumes e, ainda, o crescente individualismo. Somem-se a isso as restrições cada vez maiores impostas ao sujeito – de que não se deixe abater, que tenha sucesso nos seus empreendimentos, que controle suas emoções, seja feliz e se afaste de tudo que o “deixa para baixo”. Sem dúvida, estamos muito longe da idealização do mal-estar de outros tempos, como ocorria no período vitoriano. Contudo, é necessário cuidado. Rapidamente podemos ser levados a acreditar no ideal de que o mundo, antigamente, caminhava melhor. Por outro lado, somos incitados a nos adaptar às mudanças sem questionamento. O mal-estar na cultura é para todos, e, ao menos, desde que Freud o apontou, precisamos aprender, cada um, o que fazer com ele. Quanto ao luto: para não incorrer num extremo nem noutro – para não defender um luto que se estenda por anos nem uma posição que nega ou minimize esse processo inescapável – é preciso apostar na singularidade desse trabalho. No NAI, ambulatório em que atuamos, não é raro o psicólogo se deparar com sujeitos que, num curto espaço de tempo, passam por sucessivas perdas: o marido que morre, o filho que se muda, amigos que adoecem... É comum, na nossa experiência, ouvir sujeitos que perderam parceiros amorosos depois de 40, 50 ou mesmo 60 anos juntos. O que deve ser essa perda abissal para cada um? Às voltas com essa questão, trazemos um caso que nos fala da função do luto para um sujeito em especial.

Fragmento clínico

Cecilia é uma paciente de 70 anos que é encaminhada ao serviço de Psicologia porque nela se observou um “luto complicado pela morte do companheiro”. No primeiro atendimento, questionada sobre o que a fez querer conversar com um psicólogo, responde: “pelas muitas coisas que aconteceram no passado, acontecem no presente e pelas que acontecerão no futuro”. Seu marido morreu há um ano, e, ao falar sobre o ocorrido, diz sentir culpa. A culpa, nos lembra Freud, advém da tensão entre o eu e o supereu, e pode ser observada com frequência no luto. Nesses casos, é possível ainda observar que o que está em jogo é ambivalência intrínseca a todas as relações, que

nunca são de puro amor. Em *Nossa atitude para com a morte* (1915), Freud aponta que certo grau de agressividade é encontrado em todos os laços e, no momento da perda de um objeto, esta retorna para o sujeito, e, para o eu, ela é percebida como culpa. Cecília localiza o evento que lhe causa essa culpa. Seu marido passou por um longo processo de internação, no qual ela esteve presente grande parte do tempo. No momento exato em que, por um motivo banal, se afasta do leito por alguns minutos, o marido morre. A culpa aparece como uma exigência superegoica: “penso que eu poderia ter feito mais, ter gritado, exigido que fizessem alguma coisa”. Outra situação que lhe causa sofrimento diz respeito ao velório do marido. Por ter sido dopada, não conseguiu ficar até o final e precisou ser levada embora. Palavras da paciente: “Não consegui me despedir, fiquei muito chateada por isso”. Cecília diz que esse evento é algo que “lembra, mas não consegue esquecer”. Curiosa frase que parece nos dar notícias daquilo que insiste em vir à tona.

Após a morte de seu marido, a vida de Cecília ficou revirada, como ela diz. Sua casa, seu armário, sua vida. A perda do parceiro atualizou outras, em especial a de seus pais. Passados sete anos, ela ainda sonha com eles. No fim da primeira entrevista, Cecília pede desculpas à psicóloga pelo atraso, pois não queria atrapalhar. À medida que as sessões vão ocorrendo, Cecília diz ter medo de ficar dependente agora que o marido se foi. “Quando ele estava comigo, eu sabia que cuidaria de mim, pois ele sempre fez isso quando eu precisei. Agora fico pensando em como será. Não quero depender de ninguém, penso nisso”. Apesar de temer a dependência, Cecília se incomoda com as constantes preocupações da filha, que pergunta o tempo todo onde a mãe está. “Acho isso uma chaticê”, ela diz. Ultimamente, tem saído para o mercado e dado umas voltas na rua, já que não gosta de ficar muito tempo em casa. Quanto aos amigos, não tem muito contato.

Mesmo se sentindo perdida e angustiada, Cecília questionou a prescrição de antidepressivos. Numa consulta com a medicina, uma médica lhe disse que poderia ajudar. Ela fala disso à psicóloga. “Você acha que isso vai ajudar? Dizem que tenho depressão. O que é depressão? Esses remédios podem curar a dor da alma?”

-Dor da alma? - a psicóloga pergunta. A paciente continua: “São muitas coisas... esses dias minha filha me chamou de madrugada, pois teve um pesadelo com o pai. Ela estava numa casa conhecida e ao encontrar o pai num dos cômodos, ela começou a puxar e gritar para ele voltar. Pediu que eu dormisse com ela. Acabei ficando”.

Cecília é uma paciente cujos esquecimentos vêm intrigando a Medicina, que ainda não fechou um diagnóstico. Para a psicóloga, Cecília diz que esquecimentos eventuais ocorrem desde sua juventude, mas que se agravaram na terceira idade. O que você costuma esquecer? A psicóloga pergunta. Cecília diz que se esquece de tomar seus remédios e de fazer suas coisas. Numa sessão, a paciente relata, muito angustiada, que esqueceu uma panela no fogo. Cochilou e acordou com o cheiro da fumaça. Esse evento fez lembrar um outro, parecido, em que seus vizinhos se

aperceberam e bateram à sua porta preocupados. Perguntada sobre quando isso começou a acontecer, a própria paciente relaciona: “eu já estava sozinha, foi depois da morte do meu marido”. A psicóloga pontua que não é a primeira vez que a paciente afirma estar se sentindo perdida e descuidada. Reforça que a questão do luto ainda é muito recente, e Cecília diz: “mas já faz um ano e alguns meses, não é pouco tempo!” A psicóloga diz que, para o luto, não há um tempo cronológico; é um processo vivido por cada um de forma única. Cecília, muito emocionada, diz que sente muita falta do marido e que, às vezes, tenta pensar no que aconteceu, mas logo sente muita angústia.

Considerações finais

Esse fragmento nos pareceu ilustrar com clareza a importância da vivência do luto. A brutalidade com que, no contemporâneo, é negado ao sujeito a elaboração da perda, pode incorrer em graves consequências. Pensando no que ocorreu no velório de seu marido, é possível que Cecília tenha sido medicada na melhor das intenções, com vistas a apagar sua dor. Mas o que sucedeu foi seu apagamento, sua ausência num momento em que o real pode receber um mínimo de tratamento pelo simbólico através do ritual de despedida.

A cultura nos ensina que o luto precisa ser vivido e elaborado. O que os consultórios e ambulatórios nos mostram é que, cada vez mais, é aqui que o luto pode ser vivido pelo sujeito, onde seu sofrimento pode ser manifestado sem pudor e sem silenciamento. A nossa aposta é nessa via - nesse trabalho que, no tempo, pode permitir um certo esvaziamento da dor causada por um objeto que se foi.

Referências bibliográficas

Cambridge Dictionary of American English: for speakers of portuguese. 2ª. Ed. – São Paulo: Editoria WMF Martins Fontes, 2013

Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. Michaelis. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/luto/>. Acesso em 05/01/2019.

Freud, S. Luto e melancolia (1915). In: *Neurose, psicose e perversão. Obras incompletas de Sigmund Freud*, Belo Horizonte. Autêntica Editora, 2016.

Freud, S. Nossa atitude para com a morte (1915) In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago editora, 1969.

Houaiss, A.; Villar, M.de S. *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Martin-Fugier, Anne. Os ritos da vida privada burguesa. In: *História da vida privada, 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra* / org. Michelle Perrot. São Paulo: Companhia das letras. pp. 257-260.

Depressão e trabalho de luto: entre o saber médico e o saber do sujeito

Leiliane S. de Almeida Ribeiro Cardeal*

Quézia da Silva Oliveira**

Glória Castilho***

Resumo

A partir da experiência clínica de escuta no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), pertencente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pretende-se trazer ao longo deste trabalho, algumas considerações acerca da temática do luto e como este se localiza para a equipe de saúde, enfatizando as relações entre depressão e trabalho de luto. Em momentos de abertura ao discurso psicanalítico, é possível que se coloque como interrogação o lugar da oferta de escuta e os efeitos de uma lógica discursiva que privilegia o saber do sujeito dividido diferentemente do saber médico, atrelado à tecnociência.

Palavras-chave: Depressão; luto; saber do sujeito; saber médico.

Introdução

A partir da experiência clínica de escuta no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), pertencente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pretende-se trazer ao longo deste trabalho, algumas considerações acerca da temática do luto e como este se localiza para a equipe de saúde.

O ambulatório do NAI é composto por residentes e preceptores de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia. Os pacientes que chegam são acolhidos pelas equipes de enfermagem, serviço social e medicina, e após avaliação podem ser encaminhados à psicologia por apresentarem necessidade de acompanhamento verificada pela equipe, ou por demanda espontânea.

A medicina, autorizada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-V (2013, p.155), caracterizará *A Depressão* como sendo: “a presença de humor triste, vazio

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

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

*** Psicanalista, Doutora pelo PPGTP/UFRJ. 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/UnATI/UERJ, Coordenadora da Área de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso/NAI/UnATI/UERJ.

ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo”. Assim, logo que verificado num primeiro momento a presença destes sintomas, e balizados pelo manual diagnóstico, o profissional médico utiliza-se desta ferramenta para inserir uma série de outros protocolos, muitas vezes sem que haja para o sujeito um tempo para elaboração daquilo que traz. O tempo necessário para que se evidencie algum transtorno depressivo, segundo o manual, é de duas semanas, ou seja, se o paciente apresentar os sintomas característicos da depressão por duas semanas ininterruptas, já há indicação para uma medicação. A entrada precoce desta pode dificultar o trabalho de luto.

É válido sublinhar que mesmo diante dos encaminhamentos, a política da psicologia – referenciada neste serviço pela orientação psicanalítica – não funciona via resposta imediata. Os casos que chegam à equipe são analisados a cada vez e, conforme possível, solicita-se àquele que encaminha, um breve parecer, de modo a possibilitar um tempo de ‘escansão’ que permita ao sujeito comparecer ou não, ao ser convidado a falar, podendo dessa forma vir não apenas responder à demanda daquele que o encaminhou:

[...] Algumas vezes verifica-se um esforço na direção de que se defina um diagnóstico rapidamente, para que se definam, também rapidamente, protocolos e procedimentos. Ocorre que tal rapidez se mostra muitas vezes incompatível com o tempo necessário para que algo do sujeito dividido possa situar-se, *a posteriori* (Castilho, 2016, p.342).

Por vezes, as lágrimas que caem diante do entrevistador ou a forma prolixa ao contar a própria história de vida, que não consegue se limitar aos parâmetros das escalas e protocolos de avaliação, são alguns indicativos que colocam a equipe a pensar sobre um estado depressivo. Em uma época marcada por um tom asséptico em que não se tolera o mal-estar, o recurso a medicação é cada vez mais utilizado frente a intolerância com a dor do outro, mas o que fazer quando a dor de uma perda parece sem remédio?

Entre o discurso da medicina e o da psicologia

A velhice, de modo geral, é caracterizada por perdas significativas. Perda da capacidade física, perda do cônjuge e entes queridos, dos amigos, perdas no campo dos ideais, perda da própria imagem frente a passagem do tempo sobre o corpo, dentre outras. Embora seja importante lembrar que “perdas significativas podem acontecer ao longo de toda a vida, em qualquer idade, mas talvez de forma radical na velhice onde ocorrem inexoravelmente e, frequentemente, de forma concomitante” (Castilho, 2016, p.338).

Quando tomado como um corpo orgânico pelo discurso médico, objeto de intervenções e cuidados, a pergunta pelo sujeito dividido fica de lado. As transformações visíveis ganham destaque e privilegia-se o que é concreto e passível de comprovação científica. Posto isso, como fazer circular a pergunta entre aquilo que o sujeito traz como queixa e o que o dispositivo poderá ofertar? Como interrogar a equipe com relação a questão da prescrição de medicações quando o sujeito interroga a própria prescrição médica e seus efeitos?

Diariamente, após o final de turno de trabalho, a equipe que acompanha os pacientes absorvidos pelo serviço, discute os casos atendidos e revê a condução de cada caso. Não é raro nesses momentos, que os profissionais das demais áreas tragam como questão casos onde o comportamento do paciente parece não responder as intervenções realizadas e sinaliza a necessidade de terem de fazer falar algo que não esteja circulando até então. Quando um membro da equipe médica formula a pergunta pelo trabalho de luto ao observar um “idoso”¹ demasiadamente triste, pela perda de um familiar, por exemplo, e o encaminha para a escuta clínica, temos notícias sobre o trabalho operado pela psicologia, não só entre os pacientes, mas também entre a própria equipe.

A escuta analítica colocará em cena “um corpo atravessado pelo Outro, pelo desejo, pelo sofrimento, corpo habitado por um sujeito que tem uma maneira própria de conduzir o real” (MUCIDA, 2006, p. 25). Para a medicina, “o sintoma é sinal de algo para alguém, tal como a febre é sinal de infecção para o médico. Já para a psicanálise, o sintoma aponta ao sujeito e tem um sentido, é mensagem que pode ser decifrada, lida em um tratamento pela fala” (Castilho, 2016, p. 330).

Em escuta a uma cuidadora encaminhada à psicologia após falecimento de sua mãe, que era acompanhada pelo ambulatório, esta “idosa” diz: *“primeiro perdi meu pai, depois dois irmãos. Meus filhos casaram e saíram de casa. Também morreram meus sogros de quem cuidei, e agora minha mãe. Veio uma coisa atrás da outra, até vir a depressão”*.

Depressão e Trabalho de Luto

O luto muitas vezes é confundido com a depressão. Devido a tristeza, ao choro, esquecimentos ou isolamento, o diagnóstico de depressão é logo cogitado pela equipe médica, uma vez que o paciente se mostra desanimado e sem investimento no mundo exterior. Esse tempo de

¹ Visando sinalizar a dissimetria entre a categoria social “idoso” do sujeito dividido da experiência analítica, utilizaremos o signifiante entre aspas.

retirada do mundo externo acontece enquanto o sujeito vivencia o que em psicanálise chamamos de “processo de luto”, ou seja, um tempo de elaboração do que ou quem se perdeu.

A escuta no ambulatório de geriatria, com frequência, acolhe dolorosas tristezas motivadas pela perda. Em Luto e Melancolia, Freud (1996) dirá que o sujeito às voltas com o vazio do objeto perdido, iniciará o trabalho de luto retirando os interesses do mundo externo para investir nesse objeto perdido.

Salientamos que, em algumas situações, esse luto é por alguém que está vivo, como por exemplo, um filho que agora vive distante. O “idoso” perde laços muito importantes e nem sempre se trata da morte de alguém amado (Castilho, 2016, p.336).

A escuta dos velhos abre uma via que interroga as implicações do sujeito no trabalho de luto, quando há tantas perdas concomitantes, mostrando que, às vezes, falar da morte é um esforço para se situar na vida. A experiência clínica tem demonstrado a importância de estar atento ao trabalho de luto para dar lugar a algo que as vezes se mostra como um déficit cognitivo ou envelhecimento cerebral, mas que vai apontar que ao invés de ser silenciado, deve ser falado. Uma paciente diz: *"me diziam para esquecer, parar de chorar e seguir em frente, que com o tempo tudo passa. Mas estranhamente continuo sentindo a falta da minha mãe como se a tivesse perdido ontem"*.

Conforme indica Freud (1996), o atravessamento do luto implica em um trabalho psíquico muito doloroso, no qual a libido dirigida ao objeto amado deve ser retirada pouco a pouco de suas ligações com o mesmo e reinvestido em novos objetos. Este trabalho levará um tempo particular para cada um, que não pode ser padronizado, tal como nos apresenta o manual. Ao longo deste percurso, cada uma das lembranças e expectativas que se vinculam ao objeto perdido são evocadas e hiperinvestidas, sendo necessário que o desligamento da libido se realize em relação a cada uma delas. Deste modo, é preciso considerar que falar das perdas vividas, embora necessário, pode ser extremamente difícil.

Considerações Finais

O trabalho apresentado buscou articular algumas interlocuções entre os discursos médico e psicológico a partir da experiência enquanto residentes no ambulatório de gerontologia do NAI. Conforme exposto, verifica-se que enquanto o saber médico privilegia o corpo biológico e o que lhe afeta, a escuta analítica privilegiará o saber que se decanta quando o sujeito fala ao outro numa posição de escuta sobre suas questões singulares.

Diante de um processo de luto, poderá haver como resposta possíveis estados depressivos, e as perdas que ocorrem nessa fase da vida demandam um espaço de escuta e trabalho. Assim, Mucida (2006, p.155) ressaltará que: “Não podemos negar que, apesar de vivenciarmos perdas

durante toda a vida, estas são mais frequentes a partir de certa idade – variável para cada um – impondo elaborações para a construção de outros ideais”, o que a autora irá nomear como ‘novas vestimentas para o desejo’.

A velhice é vivida de maneira única por cada sujeito. É importante que nesse processo, onde ocorrem muitas perdas, culminando com vários lutos, o ‘idoso’ possa ter, se assim o desejar, um espaço para que seu sofrimento seja acolhido. O sintoma tocará algo do real, mas é o vazio da causa que moverá o sujeito em trabalho.

A pergunta pelo tempo que resta está posta para todos, em qualquer idade, mas na velhice isso se coloca radicalmente. Uma vez que não há registro da própria morte no inconsciente, só se tem acesso a ela pela via da perda. Através da morte de um ente querido experienciamos também a finitude de nossas próprias esperanças, ambições e alegrias. Freud indicará a força dessa radicalidade quando apontará em seu texto sobre “Nossa atitude perante a morte”, que o luto confronta o sujeito com a morte, a dor, a solidão, com "um total colapso" (Freud, 2015, p.231).

A experiência clínica nos dá notícia desse sentimento de estar *em colapso*, quando ouvimos dos "idosos" que estão sendo escutados, a sensação de estar *sem chão, de perda do sentido da vida, perda da esperança e do desejo de viver*. A morte é o limite para a vida, sendo assim, o momento do luto, é o momento em que o sujeito se depara com esse limite, uma vez que o inconsciente nega a própria morte.

A escuta dos velhos traz a pergunta pelas implicações destes no trabalho de luto, quando há tantas perdas concomitantes. Frente a claudicância do saber médico, em uma instituição de saúde, interroga-se o lugar da oferta dessa escuta e os efeitos de uma lógica discursiva heterogênea à medicina que privilegie o saber do sujeito dividido e faça furo no saber científico por meio de questões sempre singulares.

Referências

- Castilho, Glória. Por que psicanálise em um ambulatório de geriatria/gerontologia? In: Bernardo, M.H.J; Motta, L. B (Org.). (2016). *Cuidado e Interprofissionalidade – uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (Núcleo de Atenção ao Idoso / UNATI – HUPE – UERJ)*. Curitiba: CRV.
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1917).
- Freud S. (2015). Nossa atitude perante a morte. In: *Obras Completas*. (vol. 12). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1915).

Mucida, A. (2006). *O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice*. (2ª ed.). Belo Horizonte: Autêntica.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

Uma psicose demoníaca *no* século XXI e um lugar para a clínica do *Um*

Fernanda Barbosa dos Santos*

Ademir Pacelli Ferreira**

Resumo

O trabalho discute, a partir de um caso clínico, o lugar da clínica no Centro de Atenção Psicossocial [CAPS], serviço que possui diversas ofertas de terapêuticas nos espaços de grupo, que, a priori não trabalha com uma clínica individual, o que não exclui a possibilidade de se fazer clínica em um serviço amplo, clínica singular, do um. O conceito freudiano de estrutura e função simbólica são tomados como eixo condutor para pensar na questão da psicose.

Palavras-chave: Psicanálise, Psicose, Singularidade, Saúde Mental.

Introdução

O pai é o protótipo individual tanto de Deus como do Diabo. É o que nos apresenta Freud (2010) em *Uma neurose demoníaca do século XVII*. Freud avalia no texto de 1923 que as possessões correspondem a nossas neuroses, para cuja explicação recorremos a poderes psíquicos, pois os demônios são, para nós desejos maus, rejeitados; derivados de impulsos repudiados, recalcados. Cito Freud: “nós apenas recusamos a projeção dessas entidades psíquicas no mundo externo, que a idade média realizava; entendemos que se originaram na vida interior dos doentes, onde habitam” (Freud, 2010, p. 226).

Neste texto, Freud (2010) conta a história do pintor Christoph Haitzmann, que teria sido descoberto na biblioteca de Viena. Trata-se de um manuscrito do século XVII proveniente do santuário de Mariazell, onde narra-se de modo minucioso a milagrosa redenção de um pacto com o demônio por graça da Virgem Maria e chegou a Freud por ser ilustrativo para a psicanálise. Freud já encontrou as históricas na mão da medicina, mas não deixou de se interessar pela religião e pelos fenômenos da possessão da telepatia e das curas sugestivas. Na história de Christoph Haitzmann, o pintor foi levado a Mariazell com uma carta do pastor de Pottenbrunn. Segundo a carta, “ele se achava em Pottenbrunn por alguns meses, exercendo sua arte até ser tomado de terríveis convulsões na igreja”. Freud (2010) elucida que nove anos antes, numa época de desalento com sua arte e

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

** 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.

dúvida quanto as suas condições de sobrevivência, havia cedido ao Demônio, que o tentava em nove ocasiões, e se comprometera por escrito a pertencer-lhe de corpo e alma após o período. Freud observa que “o pintor se arrependia e estava convencido de que apenas a graça da mãe de Deus em Mariazell poderia salvá-lo, obrigando o Maligno a devolver-lhe a promessa redigida em sangue” (Freud, 2010, p. 229). Christoph tinha dois compromissos com o demônio, um escrito e outro, posterior, pactuado com sangue. O pintor sofria ataques do demônio, alguns bastante severos, seus relatos foram encontrados em diário: “Foram visões, ausências, convulsões acompanhadas das mais dolorosas sensações, certa vez uma paralisia nas pernas”, em algumas ocasiões, não era o demônio quem o atormentava, mas, a visita de “figuras sagradas, Cristo e a própria Virgem Maria” (Freud, 2010, p. 233).

Com o pintor de Freud, verificamos a presença de entidades espirituais e o que pode se produzir enquanto sensações corpóreas e alucinatórias na história de Christoph.

No caso seguinte, apresentaremos o acompanhamento de Antônio (nome fictício), sessenta anos, paciente do CAPS há cinco anos. No início de nossos atendimentos, ele falava que não se sentia bem nos espaços de grupo, por sentir-se pouco à vontade e intimidado entre tantos usuários, principalmente pelo olhar do outro. No CAPS, Antônio participa da Oficina de Culinária e, algumas vezes da Oficina de Música, mas, quanto a esta, diz que ao ouvir as músicas da oficina, recorda de seu passado, que lhe traz memórias tristes.

Durante nossos atendimentos, Antônio trouxe toda a sua história de vida, e, seu processo de adoecimento, que teve início ainda na adolescência, no período em que serviu o quartel. Após um ano de atendimento, Antônio passou a trazer sua aflição em relação aos espíritos e demônios que tomam posse de seu corpo e pedem que ele faça “coisas”.

Quinet (2009), em *Psicose e laço social*, nos diz que “o diagnóstico estrutural só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (...) quando da travessia do Édipo. É a partir do simbólico, portanto, que se pode fazer o diagnóstico estrutural por meio de três modos de negação do Édipo – negação da castração do Outro – correspondente às três estruturas clínicas”. Na psicose, “a forclusão é o modo de negação que não deixa rastro ou vestígio algum: ele não conserva, arrasa” (Quinet, 2009, p. 14)

Certo dia, em atendimento, Antônio chegou falando a seguinte frase: “*passei mal, mal espiritual*”. Neste dia, Antônio falou sobre os demônios que o perseguem e o atormentam. Segundo ele, são quatro entidades. Na descrição, existem espíritos e demônios que o acompanham, nos diferentes espaços por onde circula, em casa, na rua e também no CAPS. No seu relato, eles tomam posse de seu corpo e pedem que ele faça “*coisas estranhas*”. Antônio conta que o único lugar onde os espíritos não estão presentes é na igreja, seu refúgio em dias de maior tormento. De acordo com ele, trata-se de quatro entidades, e descreve: um é o “*espírito que assobia*”, que ronda a

Comunidade onde vive, nas palavras dele, este seria o “*espírito da madrugada*”, “*espírito que chupa o sangue*”, “*espírito da noite*”. Segundo Antônio, este espírito o atingiu com um tiro quando saía do quartel e teve seu primeiro surto: “*foi ele que deu o tiro quando estava saindo do quartel, ele se apossou do meu corpo*”.

O segundo espírito que Antônio descreve “*é o espírito do pai*”, este toma posse de seu corpo e faz com que ele fale “*línguas estranhas*”, que desconhece e não entende: “*é um espírito de guerra*”. Este segundo espírito é o espírito de seu pai, que tem a função de tirá-lo do perigo: “*ele vem para me ajudar*”, “*me proteger*”, ou seja, se o primeiro espírito que Antônio descreve, foi o que tomou posse de seu corpo, este segundo teria uma função oposta, de preservá-lo do mal que o assola.

Já a terceira entidade não seria propriamente um espírito, mas o próprio demônio, que Antônio nomeia como “Maligno”. Este demônio “*maligno*”, em suas palavras, possui forma, “*é o demônio*”. Na descrição que Antônio narra, “*ele tem dois metros de altura*”, “*tem pênis e seio fartos*”, tal como uma mulher. Este demônio aparece em forma de alucinação visual e se presentifica em sua casa. Diferentemente do primeiro, que ronda a sua comunidade.

Na reprodução da aparição elaborada por Christoph, seu demônio também tinha seios e chifres, revelando traços de identificação com o feminino, o que demonstra sua bissexualidade acentuada, e sua ambiguidade neste corpo andrógono.

O que Antônio conta deste demônio, é que ele “*gosta de homens*”, além de ter “*chifres grandes e vermelhos*” e, pede que ele faça coisas, como masturbar-se e fazer uso de drogas. De acordo com Antônio, este demônio possui características femininas: tem “*corpo de violão*”, semelhante a uma mulher, “*cabelo longo, liso*”, “*como cabelo de mulher*”.

Depois de sua última aparição, Antônio revela que teria dito ao demônio a seguinte frase: “*até que você não é tão feio assim*”, dando a entender que devido aos traços femininos do demônio, ele poderia transar com o demônio. Antônio avalia, que se este demônio não tivesse feito “*tantas coisas ruins*”, ele inclusive “*poderia perdôá-lo*”.

A quarta e última entidade que Antônio descreve, seria um espírito de luz. Esta entidade permite que Antônio consiga chegar ao CAPS, guiando seu caminho. Nas palavras dele: “*ele faz com que eu venha ao CAPS, é o espírito de Jesus*”.

É curioso notar, como as quatro entidades podem apresentar funções diferentes, duas que representam o mau, um fora e outra dentro da sua casa. E duas que, representam o bem, seja o “*espírito do pai*” ou o “*espírito de Jesus*”. De todo modo, trata-se de perceber o conflito entre o bem versus o mau.

Além da presença dos espíritos e do demônio, Antônio tem alucinações visuais e também descreve um “*demônio menor*”, que segundo ele, vê desde a sua infância: “*ele é baixo, tem altura*

de uma criança e é negro”. Antônio relata que esta imagem aparece para ele desde criança, mas, que não tem nenhuma função propriamente, “*apenas aparece*”. Durante alguns de nossos atendimentos, ele afirmou que este demônio estava no CAPS a seu lado.

Freud (2010) esclarece que no caso do pintor, “o pacto incompreensível ganha um significado reto, e poderia ser interpretado da seguinte maneira: o Demônio se obriga a substituir, durante nove anos, o pai que o pintor perdeu”. Freud, conclui que “este passa a pertencer ao Demônio de corpo e alma, como era habitual nesses contratos” (Freud, 2010, p. 240).

Freud (2010) afirma que “alguém que sucumbiu à melancolia em virtude da morte do pai deve ter amado esse pai”. Deste modo, “é muito singular, então, que essa pessoa tenha a ideia de tomar o Demônio como substituto do pai amado” (p. 240). No caso de Antônio, o demônio pode ser um substituto de pai, enquanto presença alucinatória e espiritual, no entanto, desde sua constituição há uma fissura estrutural, simbólica. Aqui, não se trata, portanto, de um contrato estrito, mas, de uma presença no real, cujos desejos ambíguos e refutados vêm de fora, invasivos, devido ao corpo dissociado, sem a patente da identificação paterna.

Freud (2010) assinala que o demônio ruim da fé cristã, o Diabo da Idade média, era segundo a própria mitologia cristã, um anjo caído, de natureza similar à divina. Segundo Freud, “Deus e o diabo eram inicialmente idênticos, uma só figura que mais tarde se decompôs em duas com características opostas”. De acordo com Freud, “as contradições da natureza original de Deus são reflexo da ambivalência que domina a relação do indivíduo com seu pai. Se o Deus justo é um substituto do pai, não devemos nos admirar de que também a atitude hostil, que o odeia e teme e dele se queixa, tenha vindo a se expressar na criação de Satã”, portanto, “o pai seria o protótipo individual tanto de Deus como do Diabo” (Freud, 2010, p. 245).

Se Antônio tem influências que o mobiliza e possibilitam sua ida ao CAPS, já a presença de outros espíritos e demônios, o impedem de comparecer ao CAPS por alguns períodos, pois ele diz que se sente invadido pelos espíritos. Em atendimento, depois de deixar de frequentar o CAPS, Antônio afirmou que quando se sente muito tomado, vai para a igreja, já que lá seria o único lugar onde os espíritos não entram.

Barros (1998), em *O pai real e o pai da realidade*, descreve que o Nome-do-Pai não é igual ao pai simbólico. Ele é um significante sem sentido que substitui a falta originária, permitindo a permanência no campo do significante do-1, índice do vazio aberto pela própria operação do significante no ser vivo. É este o seu lugar na estrutura, que permite dar lugar ao sujeito no jogo do sentido, de equívoco próprio ao significante. Este processo representa uma marca simbólica, que se verifica ser faltante na estrutura do sujeito da psicose (Barros, 1998, p. 68).

A partir da oferta de escuta, Antônio pode simbolizar suas alucinações visuais e pode também reproduzir outras alucinações em papel, em forma de desenho. Em sua produção, e nas

aparições que descreve, o olhar está realçado nas formas, bastante evidenciado. Os demônios e espíritos continuam presentes, mas, ganharam um lugar.

Nos atendimentos, Antônio fala também das suas dificuldades em conseguir se relacionar com o outro, principalmente com mulheres, uma vez que, segundo ele, seu pai nunca lhe ensinou a lidar com uma mulher. Ainda assim, é pertinente lembrar que Antônio investe e já se apaixonou por estagiárias e residentes do serviço. Em algumas ocasiões, chora ao dizer que as “*doutoras*” não gostam dele. Neste momento, aparecem suas questões com a aparência, com sua imagem corporal e tipo físico, onde o fato de ser negro estaria assinalado. Esta imagem renegada é o que Antônio imagina que o outro veja nele, sua imagem real transmitida.

Ferreira (1999), em *O migrante na rede do Outro*, observa que “a relação do sujeito com o outro é uma relação intrínseca, já que o sujeito só é sujeito enquanto assunção ao campo do outro” (Ferreira, 1999, p. 36). Aqui é importante questionar se seria a sua imagem assustadora ou, a imagem que ele crer ter, teria alguma relação com o reflexo da imagem que vê nos próprios demônios? Afinal, o eu é uma imagem. E este eu, pode ser um terceiro. O eu que reconheço no outro. Este espelhamento do eu, consiste na própria unidade do eu.

É o que Lacan (1998), observa no texto, *A posição do inconsciente*, quanto a função da consciência, “a única função homogênea da consciência está na captura imaginária do eu por seu reflexo especular e na função de descobrimento que lhe permanece ligada” (Lacan, 1998, p. 847). Este reflexo especular é o que observamos no texto de Freud, *O estranho* (2011), onde o autor não reconhece a sua própria imagem refletida no espelho e refere-se a este outro como *um estranho* (Grifo nosso).

Freud (2010) observa que “não é incomum que um homem sofra de depressão melancólica e inibição no trabalho em consequência da morte do pai” e conclui que, “um amor particularmente forte o ligava a este pai, e nos lembramos da frequência com que também a melancolia grave aparece como forma neurótica de luto” (Freud, 2010, p. 247). Citando Freud (2010):

(...) o luto após a perda do pai se transformará tanto mais facilmente em melancolia quanto mais a relação como ele se achava sob o signo da ambivalência. Enfatizar essa ambivalência, no entanto, prepara-nos para a possibilidade de uma depreciação do pai, tal como se exprime na neurose demonológica do pintor (p. 247).

Retomo um dos últimos atendimentos, onde Antônio justificou sua ausência no CAPS em razão dos espíritos voltarem a rondá-lo, diz ele: “*o demônio é gigante, monstro forte que perturba a minha vida*”. Depois desta fala, Antônio diz que não tem dormido, pois os demônios estão presentes até em seu sonho e diz: “*ele quer me dominar*”.

No sonho, Antônio fala sobre estar em um lugar que pode ser o inferno, e descreve “*um lugar escuro, sem plantas, sem passarinhos*”. Segundo ele, neste lugar “*só tem escuridão*”. De acordo com Antônio, no sonho, o demônio leva sua alma e ele não teria a proteção dos espíritos. Cabe lembrar que mesmo perseguido, fazendo uma metáfora com suas próprias palavras, Antônio pôde levar ao CAPS um pouco sobre a *sua escuridão*. Pontuamos, aqui, a importância e o papel do CAPS na rede de saúde mental enquanto espaço terapêutico e também espaço de formação. No acompanhamento terapêutico com este sujeito, foi possível compartilhar seu esforço de ilustrar seus fantasmas. Como dizia Octávio, “*o cavalo às vezes dá a luz*”(Silveira, 1981, p. 126). Octávio também viveu o dilema da divisão feminino masculino, que o empurrou para a psicose. No laço com a residente, nas conversas e produções plásticas e na convivência no coletivo, Antônio vai encontrando algum contorno e recursos que o ajudam barrar as invasões e talvez lançar luz sobre o estranho e ao estranhamento (demônios, pulsões).

Referências bibliográficas

- Barros, M. R. R. (1998). O pai real e a realidade do pai: seu efeito no sintoma. *Latusa: Pai, Religião e Psicanálise*, n. 2, p. 68.
- Ferreira, A. P. (1999). *O migrante na rede do Outro: Ensaio sobre alteridade e subjetividade*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Freud, S.(2011). O estranho. In Freud, S. *Obras Completas*. (Vol. XIV).São Paulo: Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1919).
- Freud, S. (2010). Uma neurose demoníaca do século XVII. In Freud, S. *Obras Completas*, (Vol. XV) São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923)
- Lacan, J. (1998). A posição do inconsciente. In Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra originalmente publicada em 1960)
- Quinet, A. (2009). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. (2ª ed.).Rio de Janeiro/Belo horizonte: Jorge Zahar.
- Silveira, N. (1981). *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra.

Algumas questões sobre o feminino em um serviço de saúde mental

Leiliane S. de Almeida Ribeiro Cardeal*

Ademir Pacelli Ferreira**

Resumo

A partir do recorte de casos clínicos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pertencente à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pretende-se trazer ao longo deste trabalho, algumas considerações acerca da temática do feminino. Vemos na leitura psicanalítica que a mulher não possui um significante possível de defini-la, e que não há para ela também, uma definição. Por isso a impossibilidade de se falar na mulher numa lógica coletiva. Frente aos relatos recolhidos nas falas das usuárias do serviço, nossa aposta é de que a escuta dessas mulheres tem muito a nos indicar sobre o singular dos casos clínicos que estão para além de seus diagnósticos psiquiátricos.

Palavras-chave: CAPS; feminino; mulher; diagnóstico.

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) disponibilizam acompanhamento clínico e reinserção social através do exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e oficinas como forma de intervenção terapêutica (Ministério da Saúde - Brasil, 2004).

O CAPS UERJ é composto por uma equipe multidisciplinar que conta com profissionais e estagiários de medicina, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia. Assim como os demais CAPS e serviços da rede apresentam-se como dispositivos substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos no Brasil e se configuram como importantes elementos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A partir da experiência clínica de escuta como residente de psicologia no CAPS – UERJ, propõe-se ao longo deste trabalho apresentar algumas considerações acerca da temática do feminino através do relato de casos de usuárias deste serviço.

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

** Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da UERJ. Coordenador do CAPS – UERJ. Preceptor do programa especializado no CAPS – UERJ. Pós- doutorado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. (PUC – SP).

Dos encontros no CAPS: mulheres e seus desígnios**Rosa**

No momento deste encontro, Rosa estava com quarenta e dois anos. Porta o diagnóstico médico de retardo mental com comprometimento da vida social. Relata sua história de vida, contando que veio da Paraíba para o Rio de Janeiro, aos quinze anos de idade, grávida de seu irmão de quem sofria abuso sexual desde criança. Em seu comportamento, Rosa demonstra acentuada regressão e fala da recusa em ingerir comida e água, e o quanto isso perturba seu filho e faz com que dê mais atenção a ela. Quando perguntado por que ela precisa desta atenção do filho, responde que *têm apenas cinco anos e que alguém precisa cuidar dela*. Demanda deste jovem, com quem reside, a maternagem. Recusa-se a tomar banho, pentear os cabelos, e às vezes solicita alimentação através de mamadeira. O filho, assim como sua esposa, sustenta sua atuação realizando as vontades da mãe.

Além deste rapaz, hoje com vinte e sete anos, também tem uma filha de vinte e cinco anos, que depois de muitos conflitos identitários assumiu sua posição transexual, e está passando por um processo de intervenções no corpo. Segundo Rosa, tudo que ela pode investe em hormônios, tratamentos estéticos e está se preparando para a cirurgia de colocação de prótese nos seios. Esta filha parece convocar Rosa de um lugar materno. Fala sobre sua preocupação com ela, com os efeitos sobre seu corpo e com o uso abusivo de remédios que a filha faz sem acompanhamento médico.

Rosa conta que quando criança, um médico disse à sua mãe que ela “era meio atrasada, retardada”. Fala sobre o peso dessa fala e de sua dificuldade em fazer laços sociais. Diz que suas amigas eram “*imaginárias*” e que convive com elas até hoje. Nesta relação, elas a maltratam, perseguem e algumas a protegem. A maioria delas dirige ordens que fazem com que Rosa se coloque em situações de risco, como por exemplo, ingerir overdoses de medicações, e ela obedece.

Questiono Rosa se ela acha que o uso abusivo de remédios pode prejudicar de alguma forma e ela responde que sim, que “*só quem quer morrer faz isso*”. Ao ser interrogada se quando ela, Rosa, faz alta ingestão de medicação ela quer morrer, diz que não sabe, pois são suas amigas imaginárias que ordenam. Mas, que de qualquer forma tem mais motivos do que a filha para não querer viver. Silencia e parece indicar ali uma certa dose de competitividade entre as duas.

Rosa informa ainda, que sua nora está grávida, mas que não sabe precisar de quantos meses de gestação, porque ela não faz acompanhamento pré-natal. A equipe que assiste Rosa no CAPS diz que há dois anos ela fala sobre essa gravidez indefinida da nora. Quando questionada sobre como está sendo para ela receber a notícia da chegada de um bebê, Rosa diz que tem retirado os sapatinhos do enxoval da criança para colocar nas suas bonecas, e que roubou uma chupeta para

usar a noite. Desliza para contar que apesar de não se dar bem com sua mãe, presenteou-a com uma boneca, pois ela também gosta muito. Descreve sua relação com a mãe como “agressiva” e denuncia a falta de proteção por parte desta. Quando pequena, respondia com revolta e agredia as colegas de escola, sendo por isso recomendado a família que a retirasse do colégio e procurasse um médico. O pai é descrito como “*muito amoroso e protetor*”, mas ela silencia quando perguntada sobre como ele agia diante do filho que a violentava ou se sequer tinha conhecimento. Para fugir da situação de violência foi morar com sua avó materna, mas esta veio a falecer quando Rosa tinha dez anos de idade. Relata que com esta perda, perdeu o “gosto pela vida e a vontade de comer”.

Conforme a escuta de Rosa foi prosseguindo, ela se dividia entre um discurso de preocupação com a filha mais nova e a narrativa de situações onde se coloca em perigo para que o filho mais velho seja acionado a ajudá-la. Fala sobre essas últimas com um riso pueril. Com a continuidade dos acolhimentos, Rosa começa a falar sobre sua aproximação com a criança que está para nascer. Diz participar da escolha do nome, torcendo para que seja uma menina, e que dividirá seu quarto com ela. Em nossos últimos encontros, Rosa diz que está ansiosa para o nascimento do bebê. Perguntada sobre o que ela espera com essa chegada, responde: “*têm coisas que eu sei que não vou poder fazer, mas outras eu sou capaz. Vou dar mamadeira, chupeta e banho. E também vamos assistir desenho animado juntas*”.

Daisy

Daisy tem quarenta e um anos, diagnóstico de esquizofrenia, histórico de várias internações em instituições psiquiátricas. Tem quatro filhos, com idades de dezoito, dezessete, quinze e treze anos. Diz estar grávida do quinto filho, desde 2015, e demanda constantes atendimentos médicos e exames de ultrassom que nada localizam.

Embora não seja alfabetizada, Daisy tem muito interesse por livros e escrita. Fala de seu desejo de escrever um livro sobre a história de sua vida. Questionada sobre o interesse de organizar suas memórias em um caderno, Daisy aceita, e, utilizando deste recurso, passa a solicitar em todos os dias de atendimento que sejam escritos os seus relatos. Inicia retornando à sua infância e fala do abandono dos pais, que deixaram ela e os irmãos na rua por conta do vício em álcool e outras drogas. Fala das dificuldades vividas e demonstra especial ressentimento com a mãe: “*falamos para a nossa mãe que escolhesse entre nós ou a bebida, e ela escolheu a bebida. Minha mãe não era muito boa para mim [...]*”. Assim, Daisy segue narrando sua passagem pelas ruas e situações diversas de negligências sofridas, e também alguns trechos que abordam suas internações nas instituições psiquiátricas.

Fala sobre sua vida adulta e o casamento com seu ex-marido, pai de seus filhos. Ele esteve preso há alguns anos por pedofilia. Daisy conta que foi ela mesma quem o flagrou na casa de sua

cunhada passando a mão no corpo da sobrinha de onze anos. Diz ter feito um escândalo e dito a ele que chamaria a polícia ou o entregaria para os traficantes da comunidade, e que foi o próprio abusador que decidiu não fugir e esperar ser preso.

No CAPS, Daisy frequenta poucas atividades coletivas, mas gosta da Oficina Prosa e Poesia onde pede para que seja feita a leitura de textos escolhidos por ela. Ao ouvir a leitura de um texto onde é narrada a morte de um homem no alto do morro com um tiro na boca, diz que aquela é a história da morte de seu pai. Queixa-se de dor e sai da roda de leitura. Após a atividade me aproximo de Daisy e ela conta que hoje olhou nos meus olhos e se sentiu incomodada. Diz estar com “*medo*”. Medo? Interrogo na tentativa de fazer abrir para a fala. Após um tempo, Daisy relata uma situação de estupro vivida por ela aos onze anos, tendo por agressor um homem de olhos azuis que subiu em sua comunidade dizendo buscar moças para trabalharem em sua casa como babá. Fala do horror da experiência de “ter seu corpo invadido e do vazio e solidão” que sentiu. Diz não lembrar da fisionomia deste homem, mas nunca esqueceu de seus olhos azuis. Ao encerrar seu relato diz que nunca contou essa experiência para sua família, decidiu “*entregar nas mãos de Deus*”, pois somente ele poderia protegê-la. Mas, enfatiza que esta experiência a incentivou a denunciar o ex-marido, pois ele abusava de uma “*incapaz*”.

Em alguns atendimentos, Daisy fala das dificuldades de se relacionar com seus filhos e dos momentos em que “surtou”, tornando-se violenta e quebrando a casa toda (sic). Diz amar ser mãe, mas que é uma tarefa muito difícil. Refere-se com frequência à filha mais nova dizendo que ela “*é perdida, que sofre muito por amor*” e que as duas brigam muito por vários motivos, mas que é a mais parecida dos filhos com ela (sic). Em seguida, fala de sua expectativa que seu ex-marido volte para casa e assuma a criança que está esperando. Diz não se achar “*capaz*” de arrumar outro companheiro que não seja esse ex-marido. Relata baixa autoestima e diz que quando moça tinha um “*corpão*” que hoje não existe mais, refere vontade de se arrumar, tratar os dentes, parar de fumar e emagrecer. Pergunta: “*será que assim eu consigo alguém para me amar?*”

Dália

Dália tem cinquenta e sete anos, dois filhos, e recebeu recente diagnóstico psiquiátrico de transtorno afetivo bipolar. Em atendimento psicológico, fala que está “*separada de corpos*” do marido, com quem esteve casada por mais de 30 anos, mas mantém contato com este e demanda dele cuidados e atenção a ela. Dália localiza o início de seu sofrimento psíquico por volta de seus vinte e quatro anos, quando se descobriu grávida pela primeira vez. Diz que o marido ficou muito entusiasmado enquanto ela entrou em desespero. Não conseguia imaginar como seria cuidar sozinha de uma criança e uma enorme tristeza tomou conta de sua gestação (sic). Após o parto, relata “não

ter sentindo nada” por aquela criança (sic). O nome, enxoval e tudo relacionado a menina foi escolhido pelo pai e Dália não fazia questão de participar.

Cuidava da filha sem muito investimento afetivo até que veio o nascimento de seu segundo filho, e uma crise maior se deflagrou. Chorava e culpava o marido “*pela desgraça*” que a acometia. Irritava-se com facilidade com a filha mais velha e a deixava aos cuidados do pai. Ao chegar em casa não segurava o bebê, não o amamentava e queria se desfazer dele, mas não sabia como. Impossibilitada de se livrar da criança, diz ter tentado livrar-se de si mesma. Saía de casa andando a esmo, arrancando as próprias roupas e gritando no meio da rua. Morava na época com sua mãe, em Minas Gerais, com quem Dália não tinha boa relação, mas estava lá para ser ajudada com as crianças pequenas.

O marido decide trazê-la para o Rio de Janeiro e aqui Dália foi atendida no pronto socorro de um hospital psiquiátrico onde recebeu o diagnóstico de depressão pós-parto. Após melhora, segue dedicando-se aos filhos e cada vez mais diz ter se distanciado do marido, por medo de engravidar novamente. A relação se desgasta até que ele sai de casa levando os filhos e Dália vai morar com uma prima. Esta faz tratamento psiquiátrico no CAPS e leva Dália para conhecer o espaço. Dália inicia seu acompanhamento e um tempo depois tem seu diagnóstico psiquiátrico revisto.

Nos atendimentos são colhidas falas de Dália com relação as dificuldades encontradas em seu meio familiar. Recentemente sua filha mais velha ficou grávida e Dália conta que as duas puderem se aproximar mais. Dália diz dedicar ao neto todo o afeto que não pôde dar aos filhos. Ainda assim, sente-se cobrada por sua família, e diz que não está “*aguentando a pressão*”. Aos finais de semana, faz um combinado com a filha, de que ficaria com o neto, para que ela pudesse trabalhar. No entanto, não consegue sustentar o acordo e algumas vezes não comparece à casa da filha. Esta a acusa de fingir ser doente para não fazer nada. Nas tentativas de contato com essa filha, ela se mostra receptiva a abordagem e solícita para iniciar uma parceria com o serviço onde a mãe é atendida. Contudo, não comparece nos dias marcados.

Discussão

Desde o início de sua clínica, Freud tratou o tema do feminino como enigmático. O caminho percorrido pelo autor indicará que o feminino não está dado desde o início e que o “tornar-se mulher” é um processo que decorre de uma construção (Freud, 2018).

É importante ressaltar, que em seu texto *Sobre a Sexualidade Feminina* (2018), Freud destacará que até então não havia sido dada a devida importância à fase pré-edípica da mulher, fase em que a ligação da criança é primordialmente maior com sua mãe. Nesse ponto, ele nos leva a

questionar como, quando e por que se dará o desligamento de uma menina de sua mãe, tendo ela sido seu primeiro objeto de amor.

Da Rocha Miranda (2011) dirá que Freud reconheceu que não era a anatomia o que fazia a feminilidade, mas que na menina seria necessária intensa atividade libidinal para operar a troca de objeto de amor da mãe pelo pai. Desta troca resta uma carga de ódio endereçada à mãe, que por tê-la feito menina não lhe deu um pênis. A inveja do pênis (*Penisneid*) vai manter na menina um desejo de possuir um falo, desejo este que pode vir a se materializar como um desejo de ter um filho, substituto fálico que marca para algumas mulheres a saída do *Édipo* pela maternidade.

Considerações Finais

Vemos na leitura psicanalítica que a mulher não possui um significante possível de defini-la, e que não há para ela também, uma definição. Por isso a impossibilidade de se falar na mulher numa lógica coletiva. Miranda situa que desde os primórdios as mulheres são estigmatizadas e rotuladas como bruxas, histéricas, loucas, simuladoras, possuídas no que parece uma tentativa de se dizer algo sobre elas. Freud localiza a função essencial e central da castração materna para ambos os sexos, já que é diante dela que o sujeito escolhe sua posição sexuada, masculina ou feminina (Da Rocha Miranda, 2011).

Dito deste modo, considerar-se homem ou mulher são atos de discurso, atos simbólicos, que podem ou não compor com o sexo anatômico. Para além da estrutura clínica, observam-se manifestações de perda da realidade e até alucinações que estão referidas ao não-todo fálico, ao feminino (Da Rocha Miranda, 2011).

Tornar-se mãe, assim como tornar-se mulher, não é uma condição dada a princípio e exigirá da mulher um percurso de construção. A ideia da onipotência materna e do amor incondicional da mãe é desmistificada quando analisados casos nos quais a impossibilidade vai além da vontade da mãe, visto que sua história com a maternidade estará diretamente ligada às suas questões quanto à feminilidade (Rehbein, 2014). Em casos como o de Dália, onde se deflagra uma impotência para lidar com os filhos recém-gerados, verifica-se essa falta de condição, esse abalo em sua identidade despedaçada que é presentificado pelo bebê, que ocupa ali o lugar de objeto perturbador.

Ferreira (2010) abordará em seu texto sobre *A Negatividade do Amor e o Desejo de Reconhecimento* no feminino, um caso onde o delírio de negação da gestação convoca uma paciente a se deparar com o vazio, o que a mobiliza e exige preenchimento pela fala, para assim dizer algo de seu desejo e do desejo de reconhecimento do outro. Nos relatos apresentados ao longo deste trabalho, narrou-se o caso de Rosa que exclui o seu desejo e vive de forma alienada às experiências

de gravidez, produtos de estupro e desilusão. Já Daisy parece preencher o seu desejo com uma gravidez delirante, que mantém junto dela o marido expulso pela lei. Dália viveu o insuportável de ser mãe e permanece num lugar insustentável frente as demandas de ordem familiar.

A exemplo do caso de Rosa, poderíamos pensar na hipótese de que o *falar* apontou para ela outra possibilidade de localização nessa família, que não no lugar da incapaz ou da retardada? Através do lugar de avó é possível que Rosa responda cuidando em vez de demandar maternagem, operando uma mudança em sua posição subjetiva? As questões deixadas em aberto somente seriam possíveis de se verificar num tempo *a posteriori*. No entanto, nossa aposta é de que a escuta dessas mulheres tem muito a nos indicar sobre o singular dos casos clínicos que estão para além de seus diagnósticos psiquiátricos.

Nota:

A fim de se preservar a identidade dos pacientes, os nomes utilizados ao longo do trabalho são fictícios

Referências bibliográficas

- Da Rocha Miranda, E. (2011) *O gozo no feminino*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Ferreira, A. P. (2010) A Negatividade do Amor e o Desejo de Reconhecimento: Sofrimento no Feminino. *Anais do IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*, Curitiba, Paraná, Brasil.
- Freud, S. (2018) Sobre a sexualidade feminina. In: Freud, S. *Obras Incompletas* (Vol. IX). Belo Horizonte: Autêntica. . (Obra original publicada em 1931).
- Freud, S. (2018) A Feminilidade. In: Freud, S. *Obras Incompletas* (Vol. IX). Belo Horizonte: Autêntica. . (Obra original publicada em 1933).
- Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília.
- Rehbein, M, P. (2014) *Feminilidade e Depressão Pós-Parto*. Tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

A prática de psicologia no espaço de convivência do CAPS

Fernanda Nogueira Klumb*

Heloísa Leão dos Santos**

Ademir Pacelli Ferreira***

Resumo

O objetivo deste trabalho é o de, a partir da inserção de residentes de Psicologia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) UERJ, discutir a atuação do psicólogo nos espaços de convivência do CAPS, tendo como referencial a clínica psicanalítica. A primeira parte do trabalho busca fazer uma apresentação do serviço e situar o espaço de convivência. Na segunda parte, através de três casos acompanhados, apresentamos a importância da prática do psicólogo nesse espaço.[‡]

Palavras-chave: CAPS; convivência; psicanálise; psicologia.

Apresentação do serviço

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma unidade de saúde da rede pública que visa o tratamento e a reinserção social de pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), “Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.” (MS, 2004, p. 13).

Servindo como instrumento de substituição do modelo asilar, vigente até o final da década de oitenta, o CAPS foi constituído com a pretensão de oferecer um cuidado personalizado, se preocupando com a complexidade que cada caso absorvido pelo serviço requer.

Para o atendimento dessa complexidade que o CAPS recebe, sua equipe é multidisciplinar. No CAPS UERJ, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais,

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

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

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

oficineiros, psicólogos e médicos, incluindo residentes e estagiários dessas categorias atuam de forma integrada para promover tratamento e cuidado em suas diversas esferas.

A partir de alguns casos atendidos por residentes de psicologia e com base na literatura escolhida, será discutida a atuação do psicólogo no espaço de convivência do CAPS. Tenório (2001) enfatiza que a clínica no CAPS é uma prática singular junto ao paciente e consiste em “uma intervenção mais ampla, acompanhando o sujeito para além dos espaços tradicionalmente descritos como clínicos” (p. 24).

É fundamental para a elaboração desse trabalho situarmos o que denominamos como espaço de convivência do CAPS. O Ministério da Saúde em Manual sobre o CAPS (2004) descreve como recursos mínimos obrigatórios do serviço:

[...] consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); salas para atividades grupais; *espaço de convivência*; oficinas; refeitório (o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade); sanitários; área externa para oficinas, recreação e esportes. (MS, 2004, p.14, grifo do autor.)

No dicionário, a palavra convivência é descrita como: “relação, associação, trato diário, familiaridade, ou ainda, mostra de que há vida” (Borba, 2002). Assim, podemos situar o espaço de convivência no seu viés simbólico como os espaços de relação entre técnicos e usuários e outros usuários ou no seu viés físico como os locais do CAPS – refeitório, pátio, sala de oficina.

O CAPS UERJ está situado dentro da Policlínica Piquet Carneiro (PPC) e é um CAPS II funcionando assim nos dias úteis da semana e seguindo a lógica territorial. Seu território compreende a área programática 2.2 da cidade do Rio de Janeiro, que abarca os bairros Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú, bairros que apresentam grande diversidade socioeconômica que comparece de forma marcante no perfil dos frequentadores do serviço.

Com a diversidade dos frequentadores do serviço, verificamos que nem todos os usuários participam dos espaços terapêuticos coletivos, como os grupos ou oficinas. Mesmo os usuários que participam das oficinas e grupos, no intervalo de uma atividade e outra estão presentes no espaço do pátio do CAPS. Consideramos importante a presença da equipe ali, entendendo que muitas coisas se produzem como o próprio fortalecimento de laços sociais entre usuários do serviço, especialmente entre aqueles que não participam das atividades grupais.

Um guia intitulado *Práticas Profissionais dos (as) Psicólogos (as) nos Centros de Atenção Psicossocial* redigido pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013) lista como possíveis atividades do psicólogo nesse tipo de serviço:

Atendimentos individuais; Coordenação de grupos; atendimento psicológico aos familiares; atuação com os/as funcionários/as; visita domiciliar; trabalho em equipe multidisciplinar; atuação em rede e na comunidade; pareceres, laudos e prontuários; gestão do serviço; atividades extramuros; e atuação nas discussões políticas sobre o campo (p.6).

Esse guia apresenta uma ausência do espaço de convivência como lugar instituído para a prática de atividades do psicólogo. A partir de nossa prática, verificamos que, graças à alta demanda de trabalho e outras funções da equipe staff, o espaço de convivência do CAPS é mais ocupado por residentes e estagiários. Os efeitos desta presença de residentes de psicologia serão trabalhados a partir de três trechos de casos.

Felipe

Entre um café da manhã e o almoço, Felipe começa a contar sua história ali no espaço do pátio. Diz que surtou no período da faculdade, mas mesmo assim conseguiu terminá-la, embora nunca tenha conseguido exercer a profissão. Bem articulado, esse usuário do serviço se dirige tanto a residente de serviço social quanto a residente de psicologia, fazendo uma separação entre o que é abordado com uma e com outra. Dificilmente solicita um atendimento específico, mas quando nos colocamos no pátio diz que gostaria de conversar, ou então diz *“hoje eu não estou bem para conversar”* e prossegue falando sobre seus conflitos pessoais.

Com a assistente social ele conta sobre sua busca pelo benefício Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), sobre a questão de sua interdição e outros processos na justiça que possui, tudo isso não sem angústia. Com a psicóloga, Felipe fala sobre as causas de sua angústia, o relacionamento com sua ex-mulher, seu filho e o primo que reside na sua casa. Fala também sobre episódios de sua juventude, dos seus surtos, do seu quadro paranoide e dos diversos sintomas físicos que constantemente lhe acometem, além do que ele denomina de “depressão”. Por vezes participa, embora nunca pelo período completo, de alguma oficina. Diz que para ele frequentar esses espaços com muitas pessoas falando é difícil e lhe causa angústia. É no espaço de convivência - fora de oficinas - que o acompanhamento de Felipe é fundamentalmente realizado.

Leonardo

Leonardo participa de algumas oficinas quando a constante invasão que lhe acomete o permite. Essa invasão é relatada pelo usuário de uma forma muito intensa, causando-lhe intenso sofrimento. Ele se diz possuído por um espírito feminino que constantemente o constrange e o sugestiona. A relação com os psicólogos se dá da seguinte forma: Leonardo tem uma psicóloga de

referência, mas na ausência desta procura alguma residente de psicologia de sua preferência que esteja nesse espaço de convivência. Ali, entre uma atividade e outra, questiona se pode conversar um pouco. Em determinado dia após uma dessas abordagens e após seu caso ser levado a supervisão, Leonardo é abordado por uma residente de psicologia e quando perguntado se faz alguma atividade como ler ou escrever, este responde que faz tempo que parou de ler, pois não tem com quem conversar.

Após algumas semanas, Leonardo participa da Oficina de Poesia e se dirige a mesma residente de psicologia lhe dizendo que aconteceu algo muito bom. Após o término da oficina, o usuário se dirige à psicóloga e diz que a partir daquela pergunta ele voltou a ler jornais e livros de seu interesse e isso o fez bem. No final de semana foi ao Centro espírita depois de muitos anos sem o frequentar e também foi a uma reunião familiar que não participava também há muito tempo. Descobriu que seus familiares não estavam chateados com ele como acreditava e o convenceram a frequentar a aula de pilates. Ele iria se matricular naquela mesma semana na academia em frente a sua residência e experimentar a aula de pilates.

Caso Armando: a invisibilidade

Armando é um homem de quarenta e três anos, frequentador deste CAPS há mais ou menos cinco anos. Diagnosticado com esquizofrenia paranoide (F20), segundo o Código Internacional de Doenças [CID], em sua décima edição, teve sua primeira internação psiquiátrica entre seus vinte e vinte e cinco anos. Após a morte de sua mãe, com quem vivia, conta que passou a morar com o pai e com sua madrasta e, por fim, com o óbito do pai, quando tinha por volta de trinta e dois anos, foi para a casa de sua avó materna, em outro bairro da cidade do Rio de Janeiro. Tem um irmão mais novo e uma irmã mais velha apenas por parte de pai.

Devido a alguns episódios de agressão física à avó, Armando foi reinternado numa clínica psiquiátrica, onde ficou por cerca de dois anos. Nesta época, sua avó, já senhora, não teve condições de recebê-lo de volta em casa, o que afetou diretamente seu processo de desinstitucionalização. Sua irmã, que já o visitava durante a internação, assumiu seus cuidados - conforme o pedido de seu pai na época de sua morte - levando Armando para morar em sua casa após a alta hospitalar.

Sua chegada ao CAPS se deu nessa transição de endereço do bairro onde residia com a avó, onde também frequentava um CAPS, para a casa da irmã. Nessa época, apresentava um quadro psicótico crônico, com ideação delirante de cunho persecutório e alucinações auditivas, segundo informações colhidas em seu prontuário.

A aproximação com Armando se deu a partir do início deste ano aos poucos, a partir de conversas ocasionais no pátio do CAPS, antes de suas saídas para fora do CAPS. Armando tinha o hábito de fazer as refeições e sair do CAPS, retornando algum tempo depois. Conhecia os outros

usuários, mas evitava os espaços de grupo e oficinas, afirmando, por exemplo, num convite para a uma oficina, não ter "*nada para falar*".

Frente à aproximação, em alguns momentos, também parecia "não ter nada para falar", o que exigia maior iniciativa em algumas perguntas. "*Não consigo lembrar do meu passado*", disse, mas, pelo contrário, trouxe à tona várias lembranças, como alguns trabalhos que teve desde jovem e uma lembrança que retornou em vários outros atendimentos: de quando dirigiu o ônibus da linha que seu pai trabalhava. Contou sobre um pesadelo que teve, disse que seu cunhado aparecia e o mandava dirigir. Outro pesadelo em que estava dirigindo um carro é trazido constantemente em outros atendimentos.

Com o tempo, foi possível que Armando se questionasse sobre o que era o CAPS e seu lugar ali: "*É pra quê o CAPS?*", perguntou, falando em seguida sobre a sua chegada ao CAPS, no ano de 2013 - como estava naquela época e o que mudou nesses anos.

Considerações finais

O CAPS é um serviço de tratamento construído em bases psicossociais, em que os recursos terapêuticos estão para além de consultas e medicação. Tenório (2001) nos adverte assim da importância dos espaços de convivência nesse modelo de tratamento

Na convivência nos ambientes comuns (cozinha, corredores, sala de estar e de refeições) acontecem, muitas vezes, as conversas e os fatos importantes para o serviço e para o tratamento de determinado paciente. É interessante notar que a expressão "convivência" ganhou o estatuto de designação de um recurso terapêutico, figurando, por exemplo, entre as atividades consignadas no contrato terapêutico ou no mapa de frequência dos pacientes, quando se considera que, para além da participação em atendimentos ou oficinas, o estar no CAPS foi a "atividade" relevante para o paciente naquele turno (p. 129).

Nosso trabalho com usuários de saúde mental com sofrimento psíquico grave, muitas vezes em situação de crise, nos coloca questões importantes como os efeitos de nossa prática profissional e os limites de nossa ação. Ao ocuparmos os espaços de convivência, para além da oferta de oficinas e dos atendimentos clássicos, ditos "individuais", participamos do cotidiano dos usuários, apostando também na intervenção àqueles que, ou não participam das atividades grupais do CAPS, ou não demandam especificamente à equipe, mas que, a partir de nossa presença, se interessam em contar sua história e conflitos, como Armando, Felipe e Leonardo e tantos outros.

Ribeiro (2005) nos informa:

Para que haja um CAPS, é necessária uma disponibilidade ao outro, uma condição permanente de escuta e questionamento acerca de como esse outro torna-se ator principal na construção de seu projeto de tratamento, o qual acompanhamos, bem como sobre cada dispositivo criado pelo serviço em nome de tal acompanhamento. Uma disponibilidade de escuta, reflexão, crítica e criação, o que não é pouca coisa. Trata-se de uma clínica altamente complexa, que exige daqueles que nela se engajam uma disposição ética em relação a tanta complexidade: a possibilidade de sustentar a constituição do espaço de tratamento como um lugar, no qual um sujeito singular pode vir a existir (p.6).

Nesses três casos, há em comum, além de uma escuta de orientação psicanalítica, o fato de nenhum dos três usuários participar com frequência de alguma atividade grupal. Felipe era acompanhado tanto por uma psicóloga como por uma assistente social, mas escolheu a psicóloga para abordar alguns aspectos de seu sofrimento e do histórico de sua doença. Armando, um homem herdeiro do hospício em sua postura e hábitos, tais como seu isolamento social, exigia uma intervenção nossa mais ativa, para que então pudesse falar sobre sua história.

E em seu caso, se, por um lado, de nossa parte, querer que Armando saia dessa passividade característica de sua vida pode ser assumir uma posição muito tutelar, por outro lado, a partir da escuta atenta, observamos que é possível aos poucos abrir brechas na construção de uma autonomia possível para ele naquele momento.

Lacan (2008), sobre a presença do analista, evoca que não se trata de uma presença qualquer, mas de uma função que convida o sujeito a falar o que quiser, se atentando para o aspecto de pulsação do inconsciente e seus momentos de abertura e fechamento. No espaço de convivência, participamos de conversas sobre futebol, política, o clima, a comida, músicas e o cotidiano, e a partir desse contato alguns usuários se dirigem para além disso. Apostamos que ali, no lugar possível naquele momento para esses usuários, nossa presença e nossa escuta podem permitir que eles abordem suas questões.

Referências bibliográficas

- Borba, F. S. (2002). *Dicionário de usos do Português do Brasil*. São Paulo: Editora Ática.
- Cid-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças. (2008). (7ª ed.) São Paulo: Edusp.
- Conselho Federal de Psicologia (2009) *Prática profissionais dos (as) psicólogos (as) nos centros de atenção psicossocial*. Brasília.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Recuperado em 15/10/2018 em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>

Lacan, Jacques. (2008) *O Seminário - Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1964).

Ribeiro, A. M. (2005). Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. *Psicol. USP [online]*., vol.16, n.4, pp.33-56. Recuperado em 15/10/2018 em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642005000300003&script=sci_abstract&tlng=pt

Tenório, Fernando. (2001). *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. (1ª. ed.) Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Desafios na clínica com crianças de um hospital universitário

Talita Alves Barbosa da Silva^{*}

Michelle Menezes Wendling^{**}

Resumo

O trabalho no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) oferece desafios ao psicólogo no atendimento às crianças, dentre eles: lidar com a demanda de pedidos de atendimento para as crianças, lidar com as expectativas dos profissionais e responsáveis sobre o tratamento e a construção do vínculo com os responsáveis pelas crianças. A fim de elucidar esses desafios, foi realizado o relato de experiência, a partir do ponto de vista de uma psicóloga residente no curso de especialização em Psicologia Clínica-Institucional de um hospital universitário e a apresentação de um caso clínico trabalhado pelo viés da psicanálise. Observou-se que a conversa com os profissionais, as anotações no prontuário geral e o constante diálogo com a equipe sobre a complexidade oferecem ganhos para o trabalho multiprofissional no ambulatório de pediatria. A psicanálise, ao reconhecer a importância da implicação da criança no que se fala sobre ela, a legitima como um sujeito capaz de desejo e de elaboração.

Palavras-chave: criança; desafios; ambulatório; hospital; psicanálise.

Introdução

O Hospital Universitário Pedro Ernesto recebe pacientes de várias regiões do Rio de Janeiro e é, também, um hospital escola para residentes de psicologia. Assim, é a partir da minha inserção no ambulatório de pediatria que apresento este trabalho, com o objetivo de revelar alguns desafios na clínica com crianças do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

O ambulatório oferece atendimento multiprofissional em diversas especialidades às crianças. Além da pediatria geral, são realizados atendimentos em ambulatórios específicos, como o DIP (de doenças infecto parasitárias), *Follow up* (para acompanhamento de prematuros), Síndrome de Down e Genética, geralmente, às crianças de zero até onze anos. Os profissionais não só realizam

* Psicóloga. Residente de segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2017).

** Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP-UERJ (2017).

interconsultas com os psicólogos, como também, encaminham pacientes para ser atendidos no ambulatório geral da psicologia.

A interconsulta consiste em acolher, investigar e atender à solicitação de um dos membros da equipe, com a finalidade de garantir o atendimento global do paciente (Catani, Juhas, Santos, Moretto & Lucia, 2012). Já o encaminhamento ao ambulatório geral destina-se à escuta e acompanhamento das crianças, responsáveis, atendidos na sala de psicologia, apenas pelo psicólogo.

Desde o ano passado, percebemos que chegavam muitos pedidos de avaliação e acompanhamento das crianças para a psicologia. Considerando que havia apenas 5 psicólogas residentes para atender os pacientes e seus responsáveis, a demanda era muito maior do que poderíamos atender. No decorrer dos meses, esses pedidos foram se acumulando e começamos a pensar sobre a nossa prática em um serviço público que participa do Sistema Único de Saúde. A esse respeito, Levcovitz (2000) já dizia que um dos principais desafios no processo de organização de serviços em saúde constitui-se na dinâmica e complexa relação com a demanda.

Alguns pais nos procuravam a fim de perguntar o motivo pelo qual suas crianças ainda não haviam sido atendidas. Nessas situações, percebemos que algo aponta para uma urgência do sujeito e, na medida do possível, escutamos esses sujeitos. Dessa forma, lidar com a grande quantidade de pedidos de tratamento é, certamente, um dos grandes desafios desse setor.

Parte das demandas de atendimento se refere a pedidos de produção de laudos psicológicos para obtenção de direitos na justiça. Alguns pedidos de acompanhamento para o serviço ambulatorial de psicologia são motivados pelo fato dessas crianças já serem atendidas no hospital, pela dificuldade de acesso ao serviço na clínica da família e/ou pelas limitações financeiras. Apesar de a assistência primária ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), percebemos que alguns responsáveis também nos traziam sobre a dificuldade de acesso para os atendimentos na rede básica.

No entanto, algumas crianças acolhidas não eram, posteriormente, trazidas para continuar a vir nos atendimentos. Notamos, então, que a distância entre suas moradias e o hospital é um fator dificultador para muitas famílias.

Como a psicanálise nos ensina, nem todo o pedido se constitui uma demanda. Por isso, é preciso escutar e acolher a queixa do paciente, do seu responsável e do profissional que encaminhou. É importante destacar que o acolhimento é um trabalho de escuta que não leva, necessariamente, ao início de uma psicoterapia. Muitas vezes, também percebemos uma demanda de atendimento para os pais ou responsáveis. Dessa forma, a pergunta sobre como podemos acolhê-los é constante em nosso trabalho.

Os pedidos encaminhados para acolhimento da psicologia envolvem, com frequência, casos em que são relatadas situações de violência, de sofrimento devido à separação dos pais e queixas de comportamentos inadequados para elas. Em especial, temos recebido muitos casos nos quais há uma suspeita de abuso. A escuta nos permite acolher essa variedade de complexas situações.

Durante as supervisões, perguntávamos quais seriam os casos mais urgentes, que necessitariam de atendimento imediato. Qual seria o critério adotado? Além disso, como poderíamos tratar outras situações que pareciam menos urgentes? Assim, a partir da leitura do trabalho dos grupos de recepção implementados em 1995 no Instituto de Psiquiatria da Unidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), encontramos alguns caminhos para nossa atuação.

Os grupos de recepção no IPUB surgiram como forma de recepcionar os pacientes que estavam chegando ao serviço ou querendo retomar o tratamento na instituição. Essa iniciativa foi proposta pelo coordenador do ambulatório, doutor em Psiquiatria pelo IPUB/UFRJ, Sérgio Levcovitz, após avaliação da ineficiência da antiga forma de triagem, que, dentre outros problemas, revelava uma demora de até três meses para o primeiro atendimento. Há relatos de períodos em que a triagem ficava fechada por longos períodos de tempo, sem receber pacientes de primeira vez ou para marcar prazo para uma consulta futura. Na avaliação da coordenação, tal demora trazia graves consequências para o atendimento dos pacientes que buscavam a instituição (Levcovitz, 2000).

Levcovitz (2000) dizia que a clínica de recepção deve sempre buscar ser uma oferta de subjetivação, criar condições para que o sujeito apareça. Nesse sentido, a sala de recepção é um convite para que o sujeito se implique naquilo de que se queixa. Ela possibilita um trabalho, passível de promover mudanças na relação do sujeito com o que sofre.

Simonetti (2009) entende que o acolhimento ocorre a partir da postura ativa do psicólogo em se apresentar, estar disponível para o outro, ou seja, trata-se do estabelecimento do vínculo com a equipe, o usuário e a família.

Dessa forma, a partir da conversa com alguns responsáveis, decidimos convidar seus filhos para participar dos grupos de recepção. Posteriormente, optamos em encaminhar, para esses grupos, os casos que envolvessem questões sobre o comportamento ou relacionados a acontecimentos específicos. Enfocamos a importância das interconsultas para avaliar quais crianças, nessas condições, estariam interessadas em participar da sala de recepção. Esse espaço possibilitaria perceber se havia demanda e sustentação de tratamento. Escolhemos ainda atender as crianças que nos apontavam situações mais graves, como risco de suicídio ou suspeita de abuso, individualmente.

Um segundo desafio que poderia mencionar é lidar com as expectativas dos profissionais e responsáveis ao buscar nosso serviço. Alguns pais nos procuram para receber orientações sobre como cuidar de seu filho, esperam que possamos desvendar enigmas da criança e fazer com que

seus comportamentos indesejáveis sejam eliminados.

Se a criança chorasse muito ou fosse tímida, era encaminhada para a psicologia; se, com frequência, apresentasse comportamentos agressivos; talvez também fosse interessante à psicologia tratá-la. Percebemos que alguns profissionais da equipe realizam esses pedidos ao considerar a importância de tratar o sofrimento psíquico. Choro, desobediência, timidez corriqueiros parecem, algumas vezes, ganhar gravidade e o psicólogo seria o único profissional apto a cuidar da subjetividade. A esse respeito, Simonetti (2009) afirma que “... a conversa que o psicólogo proporciona ao paciente não é uma conversa comum” (p. 24), mas possibilita que ele fale sobre suas angústias e possa simbolizá-las. No entanto, entendemos que há um trabalho a ser realizado quanto à inclusão de dispositivos de acolhimento desses casos pela equipe como um todo.

Há também casos em que nem os responsáveis, nem as crianças sabem o motivo do encaminhamento médico ao psicólogo, bem como casos em que não concordam com essa indicação.

Todavia há outros casos em que a equipe e a família indicam o atendimento psicológico devido, por exemplo, a um atraso no desenvolvimento neurológico da criança, como o caso de Gustavo.

Iniciei os atendimentos a Gustavo (nome científico), em julho de 2017, após encaminhamento de uma psicóloga que havia terminado seu curso de residência no hospital Pedro Ernesto. Gustavo, desde então, estava sendo atendido pela psiquiatria, neurologia e fonoaudiologia no HUPE. Na psiquiatria pela agitação psicomotora, Na neurologia, pelo diagnóstico que recebeu de epilepsia temporal bilateral e atraso do desenvolvimento. E na fonoaudiologia, pelo comprometimento cognitivo e, conseqüentemente, na fala. Gustavo andou com 2 anos e 2 meses e falou com 4 anos.

Os pais de Gustavo são separados. A mãe é universitária mora com a avó materna da criança, Antônio, e o pai, poucas vezes, o vê. Antônio é a principal cuidadora da criança e quem a traz para os atendimentos. Ela me relatou inúmeras vezes sobre as dificuldades de Gustavo na escola e o medo de que se tornasse um “analfabeto funcional”.

Posteriormente, percebemos que essa marca traumática e repetição na família de Antônio. A avó tinha um filho analfabeto funcional que, assim como Gustavo, havia sido cuidado durante a maior parte da sua vida pela vó, com quem ele continuava morando.

A avó Antônio sempre mostrou ser investida nos cuidados da criança. Durante os anos de vida do neto, o levava a inúmeros profissionais, à sala de recursos e, frequentemente, recorria, juridicamente, ao direito a uma mediadora.

Essa avó trazia sobre a sobrecarga nos cuidados com o neto, o que teria lhe causado problemas de saúde. Em sua fala também aparecia o fracasso de ter investido na saúde de Gustavo e

ainda sim, para ela, ele não ter alcançado melhoras no seu desenvolvimento, em especial, cognitivo. “Ele não aprende nada”. Porém essa fala era colocada em questão quando me perguntava: será que ele vai melhorar? Seguida da pergunta sobre o que havia feito de errado.

Gustavo, por sua vez, durante os primeiros meses das sessões, falava sobre a dificuldade em ficar na sala e, muitas vezes, me convidava para ir ao corredor ou brinquedoteca. Todavia, nos momentos que permanecia na sala, elegia algumas brincadeiras como fazer comida nas panelinhas, para receber convidados, e lavar repetidas vezes os brinquedos, dentre outros objetos, com água e sabão. Além disso, explorava os armários e retirava os papéis para organizá-los. Quando via tintas, queria misturá-las, totalmente, no papel e, em seguida, jogá-lo fora.

Ele trazia também sobre a temática da morte nos atendimentos. Citava os nomes da avó, dele mesmo e da psicóloga como pessoas que iriam morrer. Essa fala, inclusive, coincidiu com os momentos em que sua avó teve piora em sua saúde e apresentou problemas cardíacos. Estava claro, desse modo, que Gustavo percebia o que estava ocorrendo ao seu redor.

Nesse momento percebemos, então, a urgência de cuidar dessa avó e encaminhá-la para atendimento psicológico. Junto à equipe foi possível conseguir atendimento médico para ela no hospital também. Após esse acontecimento, Gustavo, trouxe mais insistentemente sobre a dificuldade de não querer ir para a sala da terapia. Por isso, na véspera dos atendimentos, repetia inúmeras vezes à sua avó que não queria ir para as sessões. Essa fala, no entanto, parecia ser contraditória para a avó que afirmava que o neto não podia ficar sem atendimento psicológico.

Para o trabalho neste caso, observamos que a conversa com os profissionais, as anotações no prontuário geral e o constante diálogo com a equipe sobre a complexidade oferecem ganhos para o trabalho multiprofissional no ambulatório de pediatria.

O vínculo com a família favorece o tratamento da criança, assim como explicar aos familiares, sobre a não obrigatoriedade da vinda da criança, caso esta não queira, são outros elementos diferenciais em nossa prática.

A clínica na pediatria revelada um outro desafio no atendimento às crianças, não só pela especificidade que elas nos trazem, ao falar através de brincadeiras, como pelo fato de que o atendimento às crianças está ligado ao vínculo que construímos com seus pais ou responsáveis. Situações que podem ser vistas como traumáticas para os responsáveis, nem sempre são para os seus filhos. Por isso, durante os atendimentos, é preciso escutar se as falas da criança fazem surgir algo da ordem da sustentação de um trabalho com o psicólogo que se prolongue para além das primeiras entrevistas e conversar com seus pais ou responsáveis.

Assim, ao falarmos em atendimento de crianças, não podemos deixar de levar em conta que ela sempre chegará devido ao pedido de um outro. É preciso oferecer uma pausa nesses pedidos e ouvi-la. Escutar a criança a revela como protagonista em seu pedido de tratamento, ao invés de

apenas surgir como assujeitada ao discurso dos outros.

Nesse sentido, a psicanálise reconhece a importância da implicação do sujeito no que se queixa, e no que se fala sobre ele. Ao considerar o princípio de integralidade, proposto pelo SUS, a atuação do psicólogo deve ser inserida em um conjunto de práticas de uma equipe multiprofissional e não ser vista como uma atuação isolada ou de caráter complementar. Por isso, é imprescindível o diálogo com outros profissionais a fim de oferecer, contribuir ou encaminhar pacientes e seus familiares para a rede de cuidados.

A psicanálise, portanto, não despreza que ali, no lugar de alguém como objeto de intervenção clínica, existe um sujeito capaz de desejo, de elaboração, que escapa ao que o conhecimento científico pode falar sobre. Na clínica com crianças em um hospital universitário, existe algo que é singular, que não se traduz completamente e que não podemos sintetizar.

Referências bibliográficas

- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil* (2. ed. rev.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 29/11/2018 em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/Caminhos-para-uma-Politica-de-Sa--de-Mental-Infanto-Juvenil--2005-.pdf>
- Catani, J., Juhas, T. R., Santos, N. de O., Moretto, M. L. T., & Lucia, M. C. S. de. (2012). Motivos de encaminhamento à psicologia e a escuta da demanda médica no serviço de imunologia e alergia. *Psicologia Hospitalar*, 10(2), 33-50. Recuperado em 29 de outubro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Levcovitz, S. (2000). Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. In Tenorio, F. & Levcovitz, S. (Orgs.). *A Clínica da Recepção nos Dispositivos de Saúde Mental*. (17ª ed., Vol. VI, pp.21-29). Rio de Janeiro: Cadernos UFRJ/IPUB.
- Simonetti. (2009). Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Entre médicos e monstros: um caso de atendimento psicológico no ambulatório de pediatria

Heloísa Leão dos Santos*

Michelle Menezes Wendling**

Resumo

O presente texto foi elaborado a partir de um caso clínico atendido e supervisionado no setor do ambulatório de psicologia da pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Tem como objetivo discutir aspectos relevantes no atendimento psicológico a crianças que comumente chegam à psicologia por uma demanda médica, escolar ou dos responsáveis. Luigi, nome fictício da criança, recebe encaminhamentos desde os dois anos de idade, chegando ao ambulatório de psicologia apenas aos sete anos devido à dificuldade de encontrar psicólogo infantil no SUS e a precariedade de serviços no território em que mora com sua família. Através de desenhos de monstros feitos pelo menino e a escuta deste e dos pais algum trabalho pôde ser realizado. Por fim, o conceito de alienação e separação é discutido a partir desse relato clínico que visa demonstrar as invenções que esse sujeito pôde operar.

Palavras-chave: psicologia; psicanálise; criança.

Relato de caso

Luigi recebe encaminhamentos médicos para a psicologia desde os dois anos de idade. Moradores de uma localidade sem muitos suportes, Luigi consegue chegar ao serviço de psicologia do ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) cinco anos depois. Nesse intervalo, os encaminhamentos foram acumulando-se e a busca pelo profissional psicólogo se intensificando.

A mãe de Luigi chega à primeira entrevista acompanhada do filho. Este, no momento com a idade de sete anos, senta-se na cadeira ao lado da psicóloga e ouve a mãe falar sobre o comportamento antissocial do filho e da sua agressividade repentina. *“Ele é um ótimo filho, é muito carinhoso, mas repentinamente sem explicação se irrita e se torna agressivo”*. Luigi, nesse

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

**Preceptora da Unidade Docente Assistencial de Pediatria do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar.

momento, pronuncia-se e reclama que ela diz isso para todo mundo. A mãe fala que recentemente na escola o filho agrediu a monitora. Luigi se explica, relata que agrediu a monitora, pois, esta não quis deixá-los o período que ele julgava correto do intervalo.

A mãe sai da sala, ficando apenas Luigi e a psicóloga. Ele pega a folha que está na sua frente e faz um acróstico com seu nome. Explica que foi uma atividade de sua escola e, a partir disso, começa a falar sobre a escola e os amigos que possui em sua sala de aula. No outro verso da folha desenha quatro monstros. Esses monstros têm poderes e não fazem maldade, o garoto diz que alguns são bobos.

Apesar de ser marcado um atendimento para a próxima semana, Luigi retorna um mês depois no mesmo dia em que havia uma consulta marcada com a pediatria. A criança chega atrasada à entrevista psicológica, pois estava na consulta com a medicina. Ao ser questionado se sabia o porquê de estar ali conversando com uma psicóloga tem como resposta: *“é por causa da doença que eu tenho”*. Questionado sobre essa doença, diz que esqueceu que doença é, e se esforça muito para lembrar. Ao ser questionado sobre o que ele sente, o que acontece com ele devido essa doença, ele responde: *“Nada!”* Em algum momento da sessão Luigi diz que se lembrou *“a gente é bipolar”* *“eu e minha mãe”*. Sobre *“serem bipolar”* Luigi diz que não sente nada e que sua mãe está curada.

Luigi diz que gosta de *“ir na psicóloga”*, mas que teria que perguntar pra sua mãe se pode continuar indo. No término da sessão, numa conversa com a mãe sobre a próxima vinda de Luigi, esta mostra um encaminhamento da pediatra que havia realizado a consulta médica momentos antes. Esse novo encaminhamento o dirigia para a psiquiatria, contendo questionamentos sobre *“alucinações visuais”*. Nesse momento é enfatizada a importância de um retorno na próxima semana para que uma conversa sobre essa questão pudesse ser realizada.

Na sessão seguinte Luigi vem acompanhado do pai pela primeira vez. Sobre Luigi, este começa dizendo *“ele é igual à mãe”* e relata que às vezes Luigi se irrita. Nesse momento diz que tem uma dúvida. A esposa diz que faz mal para o menino, mas ele não sabe se é prejudicial. O pai então relata que Luigi dorme no quarto do casal. Há uma cama de solteiro ao lado da cama de casal e durante a noite o pai narra que cai para a cama de solteiro do filho, e às vezes o filho cai para a cama do casal. O pai diz que até pouco tempo dava comida na boca do filho, atitude alvo de críticas vindas da esposa. *“ela é o pai e eu sou a mãe”*, afirma o pai. Nesse momento, Luigi interrompe e diz que tem oito anos e já sabe comer sozinho.

O pai sai da sala, e, perguntado sobre o que foi dito por seu pai, Luigi fala que se o pai não está no quarto ele apenas cochila, mas que quando tiver nove ou dez anos conseguirá dormir sozinho. Começa a desenhar e diz que sua mãe tem superpoderes: *“ela sabe de tudo”*. O desenho produzido pelo menino enquanto disserta sobre os superpoderes da mãe é o de um monstro. Fala

que um amigo seu da escola diz que a mãe de Luigi tem “aquele olhar”. Seu pai não possui nenhum poder, nem ele, apenas sua mãe possui. Luigi diz que às vezes “explode” - fica muito irritado - e nesse momento não consegue se controlar (sic). Não explode do nada, acontece algo que o irrita e se isso continua, nesse momento ele explode.

Na sessão seguinte, Luigi faz o desenho de um herói, e o denomina de “garoto trovão”. Explica que cada um tem seu limite. Também desenha o professor Míolos, que estuda o cérebro. Em outro momento, Luigi se identifica com o herói criado por ele, diz que o “garoto trovão” é ele. Fala que não tem poderes “só corre”. Na mesma sessão, posteriormente, conta que a mãe ou a irmã o busca na escola, mas às vezes vai sozinho numa distância de uma quadra, percurso que faz correndo. *“Meu pai disse para eu não parar de correr. É perigoso”*.

Os pais de Luigi são convidados para uma entrevista, dessa vez sem a presença de Luigi. Alguns dramas familiares aparecem, mas dentro de diversas falas que surgiram nessa entrevista daremos destaque à mãe, que afirma dizer para Luigi que não adianta ele mentir, pois ela sabe de tudo, que vê tudo, ela afirma dizer para o filho que quando ele está na escola tem câmeras e ela tudo vê. Nessa entrevista a mãe de Luigi ainda diz que acha que todo mundo da família precisa de psicólogo, principalmente o marido, mas ele não gosta desse negócio de psicólogo.

No que se refere ao tratamento de crianças, muitos psicanalistas, como Françoise Dolto, apontam que frequentemente a criança é levada até o psicólogo como um sintoma dos pais.

Com isso, quer dizer que muitas mães, e às vezes muitos pais, usam inconscientemente os distúrbios dos filhos para decidirem ir eles próprios a um psicanalista. De fato, eles vêm e trabalham sem se dar conta o que ficou bloqueado em seu próprio desenvolvimento e nas suas relações com os próprios pais (Dolto, 2013, p.12).

Nesse caso apresentado, Luigi oferece constantes notícias da relação do seu sintoma com a trama familiar, “nós somos bipolar” é o que ele nos aponta.

Frente a esse atravessamento do discurso médico, que identifica a necessidade de um especialista para tratar algo que funciona mal em uma criança desde os seus dois anos de idade, nossa aposta clínica é a escuta. Localizamos que Luigi, como muitas outras crianças, encontra-se na posição híbrida de objeto dos pais e do saber médico e de sujeito que diz “eu já sei comer sozinho”, para um pai que lhe oferece comida na boca.

A única forma de escutar do psicanalista, uma escuta no sentido pleno do termo, faz com que o discurso se modifique. Adquirir um novo sentido aos seus ouvidos. O psicanalista não dá razão nem a retira; sem emitir juízo, escuta. [...] essa abordagem que ali fazem e que não mostra a menor semelhança com nenhuma outra abordagem em relação aos psicólogos, educadores ou médicos. Efetivamente, eles, devido à sua técnica, são orientados para a descoberta e a cura de uma deficiência instrumental. Respondem ao fenômeno manifestado, o sintoma: a angústia dos pais,

perturbação escolar ou caracterial da criança, por um emprego de dispositivos de socorro específicos, preconizando medidas terapêuticas ou corretivas destinadas a educar (Mannoni, 1986, p.10).

O trabalho com Luigi perpassa escutá-lo, lugar em que ele pode elaborar seus medos e seus monstros. O menino afirma que os monstros não fazem mal e às vezes são bobos. Com o passar do tempo, o desenho que é feito é de um monstro com os olhos de sua mãe. Ali se pôde de alguma forma ouvir o que era esse olhar consistente para ele, e a angústia frente a essa mãe que tudo sabe.

No que se refere à teoria lacaniana, é fundamental que num primeiro momento o bebê seja olhado para se constituir subjetivamente. “O olhar em cena no estádio do espelho é o olhar daquele que vem a ocupar o lugar do Outro, por exemplo, a mãe.” (Quinet, 2012, p.10). Num segundo momento da constituição como sujeito é essencial barrar de alguma forma esse Outro. Para a psicanálise, alienação e separação são operações essenciais para a constituição subjetiva. É no campo do Outro que o sujeito se assujeita em busca de sentido. Em Lacan, haveria um primeiro momento mítico em que o ser estaria descolado do Outro. O sujeito passaria a existir como sujeito quando se dirige ao campo do Outro em busca de sentido. A ida ao campo do Outro é a operação de alienação na qual o sujeito sofre a perda de seu ser e se constitui como sujeito falante, sujeito do inconsciente.

O primeiro relacionamento da criança estabelece-se com a mãe, que é, para ela, esse primeiro Outro, no qual o seu próprio discurso vai encontrar um sentido. Esse relacionamento é fundamental, ocupa um lugar definido num sistema que o pai aparece, nesse jogo de xadrez, num lugar não menos determinado. A sequência da história nos é dada pela marcha dos peões, pela situação de um em relação ao outro (Mannoni, 1986, p. 36-37).

A partir dessa sequência da história que Mannoni (1986) observa, podemos indicar como ocorre a operação de separação. Ela também ocorre na relação do sujeito com o Outro e se efetiva no momento em que o sujeito se depara com duas faltas. A falta de ser do sujeito que ocorreu no momento da alienação e a falta encontrada no Outro, que pode ser traduzida a partir da questão: “O que ele quer dizer para além do que ele fala? O que falta no Outro?”. É essa separação entre o sujeito e o Outro que produz o objeto *a*, e assim o inconsciente e o desejo.

Lacan entende que o sujeito se forma a partir da perda de um objeto, “um objeto privilegiado, surgido de alguma separação primitiva, de alguma automutilação induzida pela aproximação mesma do real, cujo nome, em nossa álgebra, é objeto *a*” (2008, p.68). No Seminário sobre os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, Lacan aponta o olhar como um desses objetos *a* e o coloca num lugar privilegiado, pois ele se relaciona de forma direta com a fantasia em que o sujeito “está apenas numa vacilação essencial” (p.68).

O objeto *a* é o objeto causa de angústia. Essa surge quando a *falta falta* e em seu lugar emerge a presença de Algo que ameaça o sujeito – que o ameaça como um objeto do Outro que o olha, que o pune, que o deseja a ponto de tomá-lo, comê-lo, utilizá-lo, em suma, gozar do sujeito a seu bel-prazer. “[...] Nessa posição de objeto do Outro o sujeito está identificado ao objeto *a*: ele é idêntico ao olhar que o vigia, à voz que o xinga, ao objeto oral a ser deglutido, ao dejetivo a ser jogado fora” (Quinet, 2012, p.21).

Quinet então disserta sobre os efeitos desse objeto olhar e a insistente vigilância. “Sorria, você está sendo filmado! Não importa se há efetivamente ou não uma câmera filmando-o, a própria frase já faz emergir um olhar visando o sujeito” (2012, p. 21).

O que fazer diante de Luigi que se apresenta envolto a questões tão importantes? Segundo a orientação de Dolto, “quando se é analista, só há uma coisa a ser feita: fazer com que a criança represente o que está dizendo por um meio que não seja a palavra” (Dolto, 2013, p.17). Luigi desenhava. Toda sessão Luigi escolhia o desenho como atividade principal. Por algum tempo a presença dos monstros era o elemento que comparecia nos seus desenhos. A partir do momento em que desenhou o monstro com os olhos de sua mãe passou a desenhar heróis e personagens. Personagens como o Mario Bros do vídeo game que jogava com seu pai ou personagens que ele criou como o “Doutor miolos”, que era especialista em cérebro e, por fim, ele mesmo na forma de super-herói: o “menino trovão”.

(...) o eixo do procedimento de Françoise Dolto é nunca deixar que o sofrimento da criança seja esquecido. Para ela, seu trabalho consiste antes de tudo em encontrar o mais rápido possível os meios e as palavras que aliviem a criança e a recoloquem na dinâmica de seu desenvolvimento (Caldaguès, 2013, p.13).

O caso de Luigi testemunha aspectos frequentemente encontrados na clínica com crianças. A criança normalmente chega ao psicólogo a partir de uma demanda externa e não a partir do próprio sujeito como geralmente ocorre nos casos com adultos. É função do psicólogo avaliar as demandas e de qual modo a criança se beneficiaria do acompanhamento. Nesse caso específico, Luigi pôde falar de seu sintoma como incluído na trama familiar, o diagnóstico atribuído a ele não é apenas dele, mas dele e de sua mãe: “nós somos bipolar”. Através dos desenhos e das histórias contadas sobre eles, Luigi elaborou aspectos do processo de alienação e separação e da angústia frente ao objeto olhar. Diante de um monstro que tudo vê o “garoto trovão” não tem poderes, mas corre. O pai o instruiu a não parar de correr.

Referências bibliográficas

- Caldaguès, L. (2013). Apresentação. In Dolto, F. *Seminário de psicanálise de crianças*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Obra original publicada em 1985).
- Dolto, F. (2013). *Seminário de psicanálise de crianças*. São Paulo: WMF Martins Fontes. (Obra original publicada em 1985).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário proferido em 1964).
- Mannoni, M.(1986). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Ed Campus.
- Quinet, A. (2012). *Os Outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.

A psicologia na reumatologia: O início de uma trajetóriaGabriela Guimarães^{*}Alessandro de Magalhães Gemino^{**}Nataly Netchaeva Mariz^{***}**Resumo**

O trabalho descrito nas linhas a seguir trata do primeiro ano de inserção da residência de psicologia no setor da reumatologia bem como das experiências que puderam ser recolhidas durante esse período a partir de dois casos clínicos trabalhados ao longo do texto. A experiência torna-se extremamente significativa não só pela possibilidade de diálogo a partir de uma abordagem psicanalítica presente no setor de um hospital universitário, lugar onde convivem diversas especialidades, como também pela inauguração da inserção do residente em formação em um setor que possui uma sintomatologia tão afinada a fenômenos de ordem psíquica, fato este que torna nosso campo de trabalho bastante rico e permeável a intervenções que geram efeitos visíveis em uma enfermaria. Uma proposta de trabalho da Psicologia na área ainda está em construção nesse momento e a presente exposição pretende demarcar o início dessa trajetória.

Palavras-chave: Residência; Psicologia; Reumatologia; Lúpus; Psicanálise.

Introdução

A inserção da Residência de Psicologia em Prática Clínico Institucional no setor da Reumatologia se deu no segundo semestre desse ano, tendo contado antes apenas com a presença da Psicologia Médica (curso de pós-graduação vinculado ao Hospital Universitário, mas não ao instituto de Psicologia da UERJ até então). A demanda da equipe para atendimento da Psicologia neste setor era antiga, mas só vinha sendo possível através de pareceres solicitados aos pacientes específicos da enfermaria e pela oferta de Grupos Terapêuticos vinculados à Psicologia Médica no ambulatório que também dependiam da disponibilidade destes profissionais para sua execução. A importância de nossa inserção nesse espaço diz respeito à própria formação em serviço que a residência proporciona em um setor que é tão rico do ponto de vista fenomenológico e vasto do ponto de vista teórico e, em especial, para a abordagem norteadora desse trabalho: A Psicanálise.

^{*} Psicóloga. Residente do primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

^{**} Professor Adjunto. IP/UERJ.

^{***} Psicóloga Clínica. Doutora em Psicologia (PUC/RJ).

Uma breve apresentação do setor se faz necessária visto que a presença de um Residente de Psicologia nesse espaço é nova e seu relato pode contribuir para um olhar cartográfico dessa enfermaria e, ao mesmo tempo, atento às singularidades das demandas que se apresentam. A enfermaria da Reumatologia conta com seis leitos e uma equipe multiprofissional que está em contato diariamente para discussão de casos, o *round* propriamente dito, que é caracterizado por uma reunião mais formal para discussão dos casos com pelo menos um representante de cada categoria, costuma ocorrer às segundas feiras pela manhã. Durante esse *round* a equipe passa por cada um dos leitos e um dos residentes de medicina fica responsável por apresentar o caso. Um primeiro estranhamento se deu nesse momento por participar coletivamente de um *round* em hospital universitário que tem por hábito direcionar esse olhar mais científico ao paciente internado diante de uma equipe que o estuda e observa.

No entanto, apesar desse primeiro estranhamento, percebi o quanto a equipe sinalizava a necessidade de um saber que não fosse estritamente científico, mas que apontava para algo da realidade do sujeito que incluía fatores psicossociais envolvidos, participação da família, existência de conflitos conjugais etc. A partir disso foi possível reconhecer que a inserção de um psicólogo na equipe teria a função de dar voz a essa subjetividade, frequentemente encoberta pelo lugar de objeto que o paciente pode ocupar no Hospital Universitário. A maioria dos pacientes internados no setor são mulheres diagnosticadas com Lúpus nas mais diferentes faixas etárias e apresentando cada uma, uma maneira singular de manifestar a doença tanto no corpo quanto no discurso. Por mais que também componham a especialidade Reumatologia outras doenças tais como: Esclerodermia, Artrite reumatoide, fibromialgia, Gota, etc. Para além da especificidade da doença, questões que dizem respeito ao gênero e ao papel que cada uma dessas mulheres com Lúpus ocupa socialmente, bem como na família, também se impõem em relação à possibilidade de adesão e ao próprio prognóstico da doença.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), existem dois tipos principais de lúpus: O cutâneo e o Sistêmico. No caso do LES (Lúpus Eritematoso Sistêmico) a pessoa pode ter diferentes tipos de sintomas em vários locais do corpo, um ou mais órgãos internos costumam ser acometidos, enquanto no de tipo cutâneo as manifestações costumam ser manchas ou feridas na pele, especialmente nas partes mais expostas à luz solar. O ambulatório de reumatologia do HUPE costuma dividir seus dias de atendimento por tipo clínico, existe o dia do lúpus leve, por exemplo, que nas palavras da equipe, quase sempre evolui em algum momento da vida para manifestações que acabam configurando-o como grave. Estressores psicossociais costumam ser apontados pela equipe em questão como possíveis eventos desencadeadores ou reativadores da doença e a equipe de reumatologia costuma expressar extrema preocupação quando situações desse tipo ocorrem e, para tal, acabam acionando o serviço de psicologia. Como foi o caso de Maria.

Discussão dos casos clínicos

Maria é uma paciente acompanhada no ambulatório há muito tempo e encontrava-se em remissão da doença há alguns anos. No primeiro dia em que a atendi fiquei em uma sala ao final do ambulatório aguardando-a, a me ver, perguntou se era eu que ia atendê-la, disse que sim, logo depois pede para que mudemos de sala, pois não poderia ficar ali. Mudamos para uma sala mais à frente e depois de nos acomodarmos, Maria diz: “*Não posso entrar naquela sala, a última consulta da minha filha antes de morrer foi ali.*” Após isso Maria começa a chorar muito e a contar um pouco de sua história, Maria era filha adotada de uma família com outros irmãos biológicos com os quais não possui contato hoje. Relata que seu pai adotivo era uma pessoa por quem nutria profundo afeto, mas que havia morrido e desde então o relacionamento com a mãe, que já não era bom na época, segundo ela foi piorando. Maria possui duas filhas, a primeira (Laura) cujo falecimento se deu depois, havia sido fruto de um relacionamento com uma pessoa por quem tinha grande carinho, segundo ela. Mas que faleceu logo depois por ser HIV positivo e, na época, Maria não sabia. A segunda filha é fruto de seu atual relacionamento, porém bastante conflituoso. Anos depois de sua descoberta do Lúpus, a mãe de Maria também havia ficado doente e mesmo com todas as dificuldades de relacionamento que tinha com a mãe cuidou dela até o fim de sua vida. A presença de um histórico significativo de perdas era algo que chamava a atenção no discurso de Maria. Nesse sentido, a importância da leitura psicanalítica lacaniana sobre os fenômenos psicossomáticos consiste justamente em levar em consideração o sentido dessas perdas e da separação como motores desencadeantes do adoecer (Lima, 2009). No entanto, era de uma perda em especial pela qual Maria se queixava a despeito de todas as outras, a de sua filha tão idealizada e a quem não pôde ser capaz de salvar, segundo ela.

A demanda para atendimento desse caso, segundo a equipe médica, era de que Maria não estava conseguindo recuperar-se após o falecimento da filha e existia real preocupação da parte médica de que seu estado de saúde poderia se agravar caso não fosse possível retomar seus cuidados pessoais. Maria diz que entendeu muito bem todas as recomendações médicas, que estava em remissão da doença, mas que não conseguia deixar de se culpar pelo falecimento da filha há quatro anos, que foi diagnosticada com Lúpus e faleceu em decorrência das complicações desse diagnóstico aos vinte e um anos de idade. Durante os atendimentos relata culpa por não ter estado com a filha no momento em que a mesma veio a falecer na enfermaria e por ter transmitido de alguma forma a doença para ela. No entanto, relata que apesar de sua filha ter morrido com Lúpus, diz não ter sido isso que gerou sua morte, nas palavras da mesma: “*Minha filha morreu de tristeza, não de lúpus*”.

Apesar da carência de estudos quantitativos e qualitativos que abordem a relação de estressores psicossociais e componentes emocionais no desencadeamento ou piora da doença (Nery; Borba; Neto; 2004), o Lúpus convoca em si uma comunicação entre todos esses componentes biológicos, emocionais, sociais e de gênero que de alguma forma quando relacionados passam a dar sentido a essa vivência, reduzir o lúpus a qualquer um desses componentes seria reduzir em primeiro lugar a experiência subjetiva do sujeito. A tristeza como elemento clínico desse relato trazido pela mãe acerca de sua filha ponta que talvez a evidência maior tenha sido sobre um elemento, enquanto todos os outros de alguma forma também se relacionavam. Maria disse que a filha, após a queda de cabelo e progressivo emagrecimento, começou a não se reconhecer mais e após estranhar-se no próprio espelho adoeceu psiquicamente.

A presença do *Estranho* descrito por Freud (1996) também perpassa a experiência da pessoa portadora de lúpus não só no sentido da imagem corporal que essas mulheres têm de si e que acaba sendo fonte de muita angústia devido às lesões de pele, hematomas, emagrecimento, perda de cabelo entre outros fenômenos físicos aparentes como também à própria reação que o corpo desencadeia em relação a seus órgãos e células como se eles mesmos fossem corpos estranhos e fonte de ameaça para si, isto é, um ataque ao próprio corpo. Ao considerar, no entanto, a existência de um corpo biológico e de um corpo da psicanálise debruçamo-nos também sobre a relação entre esses dois a partir de um segundo caso que nos ajuda a pensar que:

Enquanto o corpo biológico obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, constituindo *um todo* em funcionamento, isto é, um *organismo*, o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito (Fernandes, 2003, p.3).

Enquanto o corpo biológico obedece às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais, constituindo *um todo* em funcionamento, isto é, um *organismo*, o corpo psicanalítico obedece às leis do desejo inconsciente, constituindo um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito (Fernandes, 2003, p.3). A História da paciente que escolhi chamar de Nice se inicia na enfermaria a partir de um quadro de má circulação de nome “isquemia” que é bastante comum em pacientes portadores de Lúpus, a síndrome de Raynaud também associada ao quadro dessa paciente e de muitos outros casos na enfermaria diz respeito a um exagero na resposta a temperaturas mais frias que acaba promovendo uma redução do fluxo sanguíneo para a pele (isquemia). No caso da síndrome de Raynaud além de se manifestar de forma mais intensa em temperaturas mais frias, situações de exposição a estresse intenso também podem vir a promover uma reação exagerada desse fenômeno. Essa explicação torna-se pertinente no caso de Nice, pois além de haver outras mulheres internadas na mesma enfermaria e com a mesma

síndrome, existiram também outros fatores, talvez psicossociais que tenham ocasionado em seu caso uma resposta ainda mais exagerada que as demais levando à uma medida de tratamento mais extrema em seu caso.

Durante meu primeiro contato com Nice a mesma estava acompanhada do marido e me contou com bastante receptividade como havia sido seu percurso até o hospital. Devido ao quadro de isquemia que apresentou e a síndrome de Raynaud associada, Nice diz que essa não foi sua primeira internação e muito menos a primeira vez que sentia dor. Estava com o pé enfaixado e mesmo após todas as medicações utilizadas para melhorar a circulação, seu corpo não havia reagido de maneira esperada e passaria, portanto, por uma cirurgia cuja decisão foi bastante difícil para ela, que consistia na amputação de uma parte de seu pé, já necrosada na época.

A equipe solicitou imediatamente suporte psicológico para a mesma no momento pré-operatório Nice disse já ter sofrido e chorado bastante em relação a isso, que se fosse necessário, preferia passar pela cirurgia à continuar sentindo dor. A equipe de cirurgia vascular compareceu ao setor para conversar com ela a respeito de como seria a intervenção e Nice estava, apesar de receosa, feliz pois finalmente iria para casa. Durante seu discurso trouxe resignação em passar por essa cirurgia dizendo também que não seria a primeira vez que perderia alguma coisa, e imediatamente começa a me mostrar algumas falanges dos dedos que já havia perdido em função dessa isquemia e que foram “*caindo*”, segundo ela. Quando pergunto sobre algum incômodo que isso possa ter tido na época ela diz que para sua auto-imagem foi bastante ruim, mas que o que mais a afetou foi ter ficado longe da filha que teve dificuldades em reconhecê-la após o longo período em que ficou hospitalizada.

Foi chegado então o dia da cirurgia e Nice foi para o centro cirúrgico pela manhã e retornou no mesmo dia pelo fim da tarde. Ao passar no setor no fim do turno, Nice dizia estar bem e que naquele momento não estava sentindo dor, que ficaria apenas mais alguns dias para ver o processo de cicatrização. Uma semana depois ao longo dos atendimentos Nice começa a demonstrar preocupação, pois as dores não haviam cessado e dizia ter receio de que algo tivesse dado errado. Ao longo dos dias, com muito pesar a equipe médica se reúne com a cirurgia vascular e percebe que o dano havia sido mais severo do que pensavam e que seria necessária uma nova intervenção, isto é, uma região ainda maior e considerável precisaria ser amputada, além do pé. Ao fazerem esse comunicado a Nice qualquer sinal de resignação se esvaiu e imediatamente entristeceu. Após a saída da equipe médica Nice diz que as dores continuam e que toda a preparação que havia feito tinha sido em vão, quando pergunto a Nice o que mais dói a mesma aponta para o peito e diz: “*meu coração.*”

A partir desse momento, todos os dias estive atendendo-a em função da gravidade do caso e consequente mobilização da equipe médica. A função da psicologia durante esse período consistiu

em mediar a relação de Nice com a equipe e de fazer uma ponte entre a paciente e a cirurgia vascular. Nice queria saber “*Por que não haviam cortado tudo de uma vez?*” e, nesse movimento, também expandiu o discurso para suas relações com a família ao dizer que após a cirurgia retornaria para sua cidade natal no Maranhão e que se o marido quisesse acompanhá-la com os filhos seria bom, mas, caso não quisesse, terminariam e os próprios filhos também poderiam ficar. Não havia sido apenas o corte da perna em questão, estava em evidência também um corte nas relações e nos vínculos que trazia de forma marcada no discurso após a necessidade de passar por uma segunda intervenção física. A partir da saída de uma posição passiva para uma ativa em que “*se a cortam, agora, por outro lado, era ela quem cortava*”. A pergunta de Nice, no entanto, era pertinente, “*por que não haviam cortado logo tudo?*” e a partir de reuniões que se deram no espaço da reumatologia as equipes conseguiram passar para a mesma a intenção de preservá-la, que não era possível anteverem o resultado de uma intervenção caso não comessem a partir de uma área menor. Essa comunicação entre as equipes de certo modo a apaziguou e Nice passou a fazer então outras perguntas relacionadas à possibilidade de seu marido sentir vergonha de empurrar sua cadeira de rodas e de como ela se relacionaria com o adjetivo deficiente a partir de então, perguntas estas que exigiam uma construção tanto de Nice quanto da própria equipe que buscou à sua forma responder essas questões oferecendo à mesma a possibilidade futura de uma prótese que a fez ter esperanças de retomar sua vida novamente.

Considerações finais

Penso que o trabalho do psicólogo na equipe de reumatologia consiste em primeiro lugar de fazer parte, tanto dos casos quanto das angústias que os pacientes atendidos na enfermaria disparam na equipe e, a partir dessas demandas direcionadas à psicologia, tecer junto a cada uma das categorias profissionais uma construção clínica do caso a caso. Pelo fato de, nessa clínica, o corpo aparecer durante os atendimentos dessas pacientes como um elemento que ou responde exageradamente ou não responde da forma desejada, faz-se necessário metaforizar o uso da expressão “corpo que ataca o próprio corpo” e em lugar disso pensar de que forma “libidinizar” novamente esse corpo, de tal maneira que a doença, conforme diz Fernandes (2003) não fique privada de metáforas.

Referências bibliográficas

Fernandes, M. H. (2003). *O Corpo* (1ª ed., Vol. 1). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Freud, S. (1996). O Estranho. In Freud, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*.(Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1919).

Lima, N. R. (2009). *Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença: A feminilidade e o adoecer feminino como uma inscrição dos afetos no corpo*. Tese de doutorado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Nery, F. G., Borba, E. F., & Neto, F. L. (2004). Influência do Estresse Psicossocial no Lúpus Eritematoso Sistêmico. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 44, 355-361. Recuperado em 22/08/2018 em: <<https://www.reumatologia.org.br>>

O psicanalista na clínica com crianças na enfermaria

Fernanda Barbosa dos Santos*

Vinicius Anciães Darriba**

Resumo

Este trabalho discute, a partir de um caso clínico, a atuação do psicanalista na enfermaria pediátrica e os efeitos discursivos da atuação em equipe multiprofissional. De que forma e como é possível dialogar entre outras especialidades, atender as famílias, a criança articulado a ética da psicanálise na clínica com crianças numa enfermaria.

Palavras-chave: Psicanálise; clínica com crianças; enfermaria pediátrica.

Procurando compreender a clínica psicanalítica na instituição de saúde, e pensando no trabalho do psicólogo em articulação com a equipe multidisciplinar podemos observar os desafios que se colocam para o psicanalista na enfermaria pediátrica quanto à questão do discurso médico que centraliza o saber sobre a doença.

No contexto do hospital, vemos na prática o modo como a medicina lida com a dor do sujeito que porta uma doença e pensa em propostas que atuam diretamente sobre ela. Deixam de observar o que se passa para além do corpo, ou mesmo no corpo, quando este se situa além da montagem com que o saber médico opera.

Na experiência na enfermaria, é possível verificar o descontentamento quando o paciente não emite as melhores respostas à terapêutica aplicada, o que conseqüentemente gera demandas à psicologia para que o psicólogo possa aí intervir, o que nos convoca a pensar sobre a clínica com crianças na enfermaria e o lugar que o psicanalista ocupa na equipe multiprofissional.

Apresento Heitor[§] menino de quatro anos. Foi recebido na enfermaria com quadro de fortes dores nas pernas para investigação. Quando se inicia processo para descobrir a causa das dores nos membros inferiores, o diagnóstico de leucemia é descoberto. Heitor precisou fazer diversos procedimentos e permaneceu internado para tratamento de quimioterapia que durou alguns meses. Em função disso, o menino deixou de frequentar a escola e se relacionar com amigos.

* Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2017).

** Professor adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Docente e supervisor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional- Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

Durante alguns períodos do tratamento, Heitor precisava ficar restrito no leito, e pouco se relacionava com outras crianças na enfermaria, ficava apenas na companhia de sua mãe, quem lhe dirigia outros cuidados. Aqui, é importante observar que este afastamento do outro (as crianças da enfermaria), num primeiro momento significou proteção no sentido de prevenção da sua doença. O que resultou em demandas da mãe do menino à psicologia. A mãe de Heitor sempre pedia para conversar com a psicologia, pois ela era a única acompanhante do filho e, deste modo, recebia os efeitos negativos do tratamento. Com bastante frequência, ela relatava que sentia no mau humor de Heitor, os efeitos das medicações, sem poder dividir ou compartilhar deste sofrimento com seus familiares, devido a sua permanência diária no leito.

O mau humor de Heitor era conhecido pela equipe e também preocupação da mãe, que dividia esta “queixa” com a psicologia. No período de acompanhamento na enfermaria, enquanto ocorria o tratamento, Heitor não aceitava tanto as abordagens da psicologia, sua recusa se evidenciava em diversos momentos.

A mãe era convocada a estar ao seu lado a todo tempo, o que chamava bastante atenção. Ela queixava-se do mau humor do filho principalmente quando ele estava fazendo uso de corticoide. A equipe, por sua vez pedia intervenções da psicologia quanto à agressividade com os médicos e enfermeiros, pois assustava o modo como Heitor batia no leito e gritava com a equipe que ia realizar algum tipo de procedimento.

Em um destes dias de “irritação” como disse um dos internos de medicina em *Round*¹, foi sugerido por um dos residentes que Heitor pudesse tomar Rivotril de modo regular. Em resposta a sugestão, o pediatra (*staff*) pede opinião da psicologia, respondendo ao residente que este humor já era esperado em função do uso do corticoide.

Depois da fala da psicologia que aponta outras reações de Heitor, principalmente no contato com o outro, o mesmo pediatra pontua que inserir este tipo de droga neste momento poderia deixar o menino dependente, o que seria complicado no *a posteriori*. Pois possivelmente seria mais difícil retirar tal medicação no futuro.

Heitor por outro lado, quando conseguia autorização para estar no espaço de recreação na enfermaria, queixava-se dos brinquedos quebrados pelas outras crianças. Certo dia, ao abordar Heitor no leito, ele esbraveja enquanto consertava um dos carrinhos encontrados no espaço de recreação. Segundo a mãe, Heitor odeia que as crianças quebrem os carros da enfermaria e diz a seguinte frase: “*as crianças não sabem brincar, estou consertando*”.

A mãe de Heitor ri do que o filho diz e fala que ele passa boa parte do tempo consertando os carrinhos que encontra na enfermaria. Acho curiosa a frase de um menino de quatro anos vir a se

¹ Heitor foi o nome escolhido para representar este paciente.

referir às demais crianças como se ele fosse outra coisa, que não uma criança. Olho para Heitor enquanto conserta o carrinho e lhe dirijo a seguinte pergunta: ué você não é criança? Heitor responde de pronto: “*não sou criança. Sou homem*”.

O que poderia ter se passado na cabeça do menino, que o fizera se colocar em outra posição que não a mesma que as demais crianças? Teria ele ouvido esta expressão, ou, outra coisa... A ideia de se ser homem, teria relação com sua experiência de viver o real de um câncer aos quatro anos de idade? O que o menino quis dizer com esta frase?

Passados alguns meses, Heitor, terminou o tratamento de quimioterapia e teve que se readaptar a vida de um menino fora do hospital. Durante alta da enfermaria, tendo que cumprir outras etapas do tratamento, que implicam consultas, exames específicos e também algum coquetel periodicamente, Heitor ainda assim, comemorou a possibilidade de poder ir à praia se seus resultados tivessem respostas positivas. Neste caso, verificamos ser importante o acompanhamento ambulatorial, afinal, como seria a readaptação de Heitor ao contexto da vida social?

Pacheco (2012, p.38) ressalta que a clínica com crianças evidencia sobremaneira as particularíssimas relações entre o Um e o múltiplo, a repetição e a transitividade, a inércia e a transformação, que a psicanálise permite transmitir de modo original e inédito. No texto *A ciência e a verdade* (1965) Lacan situa o sujeito dividido entre a ciência e a verdade. Pois no saber não se ancora a verdade. Qual seria a verdade de Heitor?

O poder generalizado da ciência teria uma ligação com o lugar que a medicina ocupa, tanto quanto com relação a ciência em sua concepção. Os avanços da ciência teriam implicações no modo como o sujeito enxerga o médico, tendo ele que responder do lugar de um especialista. A relação da resposta que o sujeito emite com as respostas do médico diante do discurso operante nesta concepção estariam ligadas a colocação inicial da ciência.

A posição ‘propriamente médica’ coloca em risco o que seria a própria particularidade desta função. Trata-se aqui, não daquele que cumpre um lugar de agente distribuidor do modo como observamos na perspectiva do mercado, e sim um lugar não comercial. Os dispositivos técnicos acabam direcionando os campos de discurso da ciência, naquilo que chega e como se produz a demanda.

Nem tudo pode se incluir. Existe algo que se mantém constante, o gozo. A demanda precisaria de significação. De modo que se pudesse entender que existe uma distinção entre o que se pede o que se deseja.

Seria nesta compreensão que nem tudo se inclui, pois sempre restará algo, que a psicanálise se incube. Pois resta à psicanálise justamente o que surge entre o que está na estrutura da falha entre demanda e desejo.

Este ponto onde encontramos a psicossomática, e onde podemos localizar esta falha, exatamente porque isto escapa ao saber médico é o que não se articula no campo do saber. Ou melhor, a falha da própria epistemossomática passa pelo corpo. E este resto é o que seria o que “resiste” nas palavras de Lacan. Ruptura pelo discurso da ciência.

O saber que a ciência não concerne retorna no corpo. Uma redução do corpo à via do saber. Recobrimento do saber sobre o corpo. Corpo este que é feito para gozar. Neste sentido, a ética concerne à *máxima* do gozo. Pois representaria algo que não se inclui. A ética da psicanálise reintroduz a questão do gozo. Que seria a dimensão excluída. E deste lugar, caberia a psicanálise poder operar.

A demanda do doente e o gozo no corpo teriam uma intrínseca relação. Retornando no contexto da enfermaria, o que poderia se produzir para além de um acompanhamento regular da psicologia? No caso de Heitor, embora os atendimentos tenham se iniciado no contexto de enfermaria, após sua alta os atendimentos tiveram continuidade no ambulatório. O que possibilitou o vínculo que sustentou a continuação dos atendimentos mesmo após alta hospitalar?

Embora os acompanhamentos da psicologia decorram no tempo da internação, neste caso, outros elementos foram levados em consideração no acompanhamento que se deu após a alta. Podemos situar e localizar a transferência como ponto principal no enlace deste processo. Retomo a primeira entrevista de Heitor, fora da enfermaria.

Neste primeiro atendimento, o primeiro desafio de Heitor foi conseguir entrar na sala de atendimento sem a presença de sua mãe, primeiro momento de separação. Sem brinquedos para consertar, mas um passo importante para se dar. Heitor fala que não irá entrar na sala de atendimento sem sua mãe, e neste momento, fala que gostava de ser atendido no outro lugar, referindo-se ao contexto de enfermaria. A mãe, na contramão do filho, o orienta a entrar na sala sem maiores preocupações, sustentando seu lugar do lado de fora. Após as orientações dela, Heitor olha para dentro da sala, ainda na porta, observando com o olhar desconfiado o espaço de atendimento, para analisar.

Em algum momento, localiza um rádio vermelho na estante da sala e diz: “*você tem um rádio vermelho de bombeiros*”. Depois de localizar um significante qualquer - “bombeiros”, Heitor aceita entrar na sala, mas com o pedido de que a porta pudesse ficar aberta. Sorri para Heitor, sem me dar conta de que se tratava de seu sonho “ser bombeiro”.

Vencido o desafio. Ao final da sessão, Heitor fala que precisa ir embora. Digo que sim, e digo que nos encontraremos na próxima semana. Heitor, responde eufórico: “*até amanhã!*”, como se fossemos nos ver no dia seguinte, como ocorria no contexto da enfermaria.

Na segunda sessão de Heitor, durante a brincadeira ele reserva um jogo de ‘arquitetura e construção’. Heitor tinha montado algumas peças. Em função do tempo, digo que iremos precisar

continuar na próxima semana. E enquanto monta os pilares da construção, ele me diz: “*ainda não terminamos de construir*”. Sim, Heitor tem razão. Estamos apenas começando.

Referências bibliográficas

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

Lacan, J. (2001) O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, n. 32, p. 08 - 14.

Lacan, J. (1992) *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Seminário proferido em 1969 - 1970).

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

Psicanálise e medicina em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP)

Aline Monteiro Pinheiro*

Vinícius Anciães Darriba**

Resumo

O trabalho se refere à experiência enquanto residente na unidade de tratamento intensivo pediátrico e à relação que foi estabelecida com a equipe. Iremos abordar como se deu o encontro do discurso da medicina com o da psicanálise no hospital. Além disso, trataremos sobre a diferença de lugar diante de demandas urgentes de atendimento.

Palavras-chave: Psicanálise; medicina; urgência; pediatria; hospital.

Introdução

Pretendemos inicialmente fornecer dados gerais do funcionamento da UTIP do Hospital Universitário Pedro Ernesto. A equipe é formada por diversos profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos. Além disso, outros profissionais são chamados quando necessário, mas não fazem oficialmente parte da equipe, como fonoaudiólogos e nutricionistas. A inserção do psicólogo nessa equipe já apresenta alguma especificidade devido ao fato de nós sermos a única categoria inserida na rotina da equipe, apesar de fazermos um trabalho bastante diferente.

Todos os outros profissionais estão diretamente voltados para o cuidado direto e específico do corpo do paciente, enquanto nós nos encontramos direcionados para a escuta desses pacientes, fazendo um papel bastante diferente que os cuidados rotineiros do corpo. Essa equipe da rotina realiza reuniões diárias, em que os casos clínicos são passados e poucas vezes há abertura para o posicionamento da psicologia. Os pedidos de ajuda costumam aparecer quando algo escapa ao possível de ser realizado no corpo daquele paciente. Não raro, somos solicitados para fazer com que determinado familiar entenda ou aceite que aquela criança não tem chance de vida ou possibilidades de melhora. Chama atenção a dificuldade que geralmente o médico tem de aceitar o ponto de vista do familiar e costuma irritar-se com frequência nesses casos.

Psicanálise e medicina no hospital

* Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2017).

** Professor adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Docente e supervisor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional- Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

O papel do médico tem mudado com o passar do tempo e, atualmente, o lugar de especialista se torna primordial. Estando numa UTI pediátrica, também encontramos especialistas, especialistas intensivistas e, a partir desse lugar, aquele é que sabe o que fazer com o paciente hospitalizado. E quando é encontrado um momento em que seus procedimentos chegaram ao fim e não obtiveram resultado, a relação, inclusive com o paciente que não se beneficiou com o tratamento, é alterada.

A colaboração médica será considerada como bem-vinda para programar as operações necessárias para manutenção do funcionamento deste ou daquele aparelho do organismo humano em condições precisas. (...) O mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos (...) (Lacan, 2001, p. 10).

No geral, somos solicitados quando a medicina não consegue lidar com algo, como quando algo extrapola aos conhecimentos do corpo e organicidade da doença. Toda ciência pressupõe uma redução da experiência que resulta no objeto da ciência. O psicanalista se situa na clivagem do sujeito (Lacan, 2001). Esses pedidos costumam chegar com certa urgência e, se pensarmos num segundo momento, nem sempre esse pedido de ajuda deveria ser secundário. Em determinados casos, pode-se perceber como o psicanalista pode ter papel essencial na condução, mas que só são reconhecidos pela equipe médica quando o paciente ou acompanhante começa a oferecer algum questionamento ao médico, quando esse paciente aponta algo do incompleto e fora de sentido.

Talvez possamos lembrar uma passagem bastante conhecida de Lacan, em que ele posiciona o lugar da psicanálise na medicina como marginal por parte dos médicos, que os solicitam em um momento secundário, como uma ajuda exterior e extraterritorial por parte dos psicanalistas. (Lacan, 2001).

Apresentamos dois casos atendidos durante a passagem na UTIP e que colocam em questão os limites do saber médico e como o psicanalista pode operar nessa situação. Os nomes utilizados no caso clínico são fictícios para preservar o sigilo.

O caso se inicia com um chamado de urgência pela psicologia na UTIP. Com a chegada das psicólogas à UTIP, a urgência já não mais é percebida pela equipe. A necessidade de contato com a psicologia se referia a uma notícia diagnóstica difícil, que apontava para a finitude daquele paciente. Conforme enunciado pela equipe, *“a família não reagiu bem”*. Nesse momento a família não foi encontrada, mas no dia seguinte um primeiro atendimento foi realizado.

A acompanhante principal de Matheus era sua avó, que se apresentou bastante esperançosa em relação à melhora de seu neto, apesar do prognóstico informado pela equipe médica. No decorrer da internação de Matheus, a equipe de psicologia foi acionada diversas vezes para atendimento da família, já que Matheus encontrava-se em coma e sem possibilidade de reversão do quadro. A partir das solicitações começamos a questionar de que pedido se tratava: era uma

urgência devido à angústia da família ou a urgência de uma equipe angustiada? Ou, ainda, ambas as hipóteses?

Inicialmente, percebemos que a equipe se preocupava com o entendimento da família em relação ao prognóstico negativo do caso e aparentemente esse era o motivo dos chamados – tentar verificar se a família estava ciente da gravidade do quadro. Com o passar do tempo e dos atendimentos, alguns membros da família puderam colocar como uma possibilidade a perda de seu familiar. O discurso da avó de Matheus foi indicando algo na dimensão de um luto que estava se instaurando, quando a própria acompanhante diz: *“Diante da realidade que vejo, fica difícil não pensar na perda de meu neto”*. Apesar da mudança na postura da família, a psicologia continuou sendo acionada com urgência pela medicina, que argumentava que a família não entendia o diagnóstico e solicitava explicação aos médicos. Por fim, Matheus faleceu e nada mais foi dito sobre esse caso que tanto mobilizou a equipe, principalmente os médicos. Podemos pensar porque era tão importante para a equipe resolver alguma coisa sobre aquele paciente já que para eles praticamente não havia mais paciente naquele leito? Mesmo não tendo mais o que fazer, porque algo insistia na equipe?

Aparentemente, nesse caso, a equipe encontrou um limite dentro de toda a especialidade e protocolos realizados e diante do inesperado era solicitado insistentemente que alguém pudesse dar conta do que a medicina não pôde responder. Em determinados pacientes, parece que o saber médico encontra uma barreira, que vai além de todos os protocolos científicos aplicados, que é causador de angústia. Casos em que não há mais possibilidades terapêuticas que possam levar ao sucesso e a possibilidade da morte são pontos onde a equipe encontra um limite, que por vezes parece difícil de ser ultrapassado. O sujeito aponta para o fracasso e limite da ciência quando se percebe que não há como suturar o sujeito, esse sujeito extrapola as consistências da ciência.

O paciente ou família costuma chamar atenção da equipe médica quando ali eles não puderam ser efetivos e algum abalo se instaurou. Nesse momento, o psicólogo costuma ser bastante demandado como se pudesse dar conta de algo que escapou. Outro ponto importante é como o que é dito pelo paciente gera instabilidade na equipe.

No caso apresentado, quando os familiares falavam de sua esperança na recuperação de Matheus, isso mobilizava a equipe, que acreditava não estar fornecendo as informações com clareza. Nesse ponto, algo pode ser apontado em relação à diferença do que é dito e como isso é escutado pelo outro. Assim como existe uma diferença entre demanda e desejo. O psicanalista vai operar a partir do inconsciente. Ele vai além do que o corpo biológico pode precisar, e somente o analista pode escutar o para além de determinados pedidos dos próprios médicos. O trabalho do analista, portanto, não inclui modelos, mas sim, a inclusão de um furo nos modelos (Darriba, 2012).

O analista sustenta, então, a singularidade do sujeito, que foge aos modelos e protocolos instaurados na instituição hospitalar, por exemplo.

Acrescento mais um caso para ilustrar como a equipe se posicionou diante da impossibilidade de cura, seja pela presença da morte ou pela presença de um doente crônico. Thiago tem doze anos e pelo relato de sua mãe sempre foi uma criança normal. No último mês, começou com um quadro de dores injustificáveis e crises convulsivas, foi levado diversas vezes a emergências e, depois de uma longa convulsão, foi transferido para o Hospital Pedro Ernesto. O paciente chega gravíssimo a UTIP e diversos procedimentos são realizados. Há um grande investimento em termos de interesse no caso, protocolos médicos, discussão sobre o caso e investigação sobre o que havia provocado aquele estado que, no momento, era comatoso. Após a retirada da sedação Thiago não vinha reagindo como esperado, após um longo tempo conseguiu abrir os olhos, mas foi percebido que seu caso era irreversível e estava declarado um estado de coma vegetativo. A partir desse momento em que os procedimentos médicos não deram conta e aquele paciente se tornou crônico, um desinvestimento foi se apresentando. Essa postura é percebida para além dos profissionais, mas também em um funcionamento do hospital quando, por exemplo, aponto para a equipe a dificuldade da mãe em ver uma alergia grave na pele do filho e questiono sobre o que pode ser feito para aliviar. Nesse momento dizem *“ah, paciente assim vai pro final da fila, já conversamos com a mãe”*. A acompanhante principal de Thiago era sua mãe, que desde o início expressava muita fé e acreditava na melhora do seu filho dizendo *“acredito que Thiago vai sair caminhando daqui, acredito em milagre”*. Desde o início a mãe de Thiago tinha dificuldade em permanecer ao lado do filho diante do impacto de um filho muito diferente do que ela conheceu

Em determinado momento, a família de Thiago solicita uma visita de amigos muito próximos e sua mãe acredita que essa visita possa fazer com que Thiago apresente alguma melhora, que ele pudesse falar ao ver amigos, que ele pudesse fazer movimentos. Converso com a equipe sobre a possibilidade dessa visita e eles se interessam e acreditam que possa ser importante para a criança. Ainda nessa reunião conto de possibilidades que tenho experimentado com Thiago, como o piscar de olhos para nos comunicar. Diante da minha fala a equipe apresenta um olhar diferente do que vinha sendo e começa a se perguntar se, em determinado momento, ele estava tentando se comunicar com um piscar de olho mais forte. Talvez diante dessas contribuições, aqueles profissionais puderam acessar que ainda existe um paciente naquele leito e que, mesmo diante de tantas impossibilidades, ainda há o que se fazer. A visita foi realizada e teve um impacto positivo na equipe, mas, ao conversar com a mãe, esta se diz muito *“decepcionada, frustrada... achava que ele faria alguma coisa diferente”*. Esse paciente passou por longa internação e com o passar do tempo tanto a equipe, quanto a mãe do paciente estavam agindo com desesperança. Era difícil para a mãe

seguir vivendo com um filho que sofreu tantas perdas, assim como ela também, que alterou sua rotina para seguir os cuidados com o filho.

Considerações finais

A medicina não fala da morte, senão para afastar e, na conversa com seu paciente, excluir tudo que não compreende o seu próprio discurso (Clavreul, 1978). Quando há uma barreira diante dos procedimentos clínicos da medicina, no geral o médico é defrontado com o lugar de impotência, diante do fatal que a doença e a morte impõem (Jorge, 1978). Talvez por esse motivo, quando algo extrapola ao saber médico, somos constantemente solicitados, mas nem sempre o discurso do analista atende ao que o médico espera como resposta, a fim de um contorno do todo. O discurso do analista se insere onde há falta e, exatamente por esse motivo, diante do que faz circular o desejo.

Referências bibliográficas

- Clavreul, J. (1983) *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Editora brasiliense (Obra original publicada em 1978)
- Darriba, V. (2012). *A psicanálise e o referencial da cientificidade que orienta a terapêutica: fundamentos para o debate na atualidade*. In: Winograd, W. & De Souza, M. (orgs.) *Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico*. pp. 94-95. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Jorge, M. A. C. (1983) *Discurso médico e discurso psicanalítico* In Clavreul, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Editora brasiliense (Obra original publicada em 1978)
- Lacan, J. (1998). *A ciência e a verdade in Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar (obra original publicada em 1966)
- Lacan, J. (2001). *O lugar da psicanálise na medicina* In *Opção Lacaniana- Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*. São Paulo: Eólia (obra original publicada em 1966)

O que a psicanálise pode oferecer nos cuidados com pacientes encefalopatas?Talita Alves Barbosa da Silva^{*}Vivian Nigri^{**}Vinicius Darriba^{***}**Resumo**

A enfermaria de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) oferece um espaço para a escuta de crianças internadas, dentre elas, as crianças encefalopatas, e seus familiares. A partir da discussão de dois casos clínicos de crianças com encefalopatia crônica, atendidos por residentes do curso de especialização em Psicologia Clínica-Institucional, busca-se refletir sobre o papel e o lugar da psicanálise, no Hospital Geral. A clínica psicanalítica vai trabalhar, justamente, com aquilo que a medicina visa excluir por não conseguir tratar, mas que insiste em se fazer presente: a dimensão subjetiva. Dessa forma, há uma aposta na construção de um trabalho que possibilite resgatar a dimensão de sujeito nessas crianças e incluir, no tratamento, uma visão para além do diagnóstico médico.

Palavras-chave: Pediatria; encefalopatia; psicanálise.

Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido a partir de uma reflexão da nossa atuação como residentes de psicologia, orientadas pela psicanálise, na enfermaria de pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Nesse espaço oferecemos uma escuta para as crianças internadas e seus familiares, trabalhando em parceria com os demais profissionais da equipe multiprofissional. Dessa forma, o Programa de Residência em Psicologia Clínica Institucional nos convoca, todo tempo, a pensar sobre o papel e o lugar da psicanálise no Hospital Geral.

Primeiramente, é preciso destacar que a instituição hospitalar é um espaço marcado pela presença e primazia do discurso médico. Diante disso, o médico trabalha em cima de um campo de certezas, onde o enfoque é o paciente com sua doença e a forma de tratá-la. De modo geral, os

^{*}Psicóloga. Residente do segundo ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2017).

^{**}Psicóloga. Residente de primeiro ano do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar do IP-UERJ (2018).

^{***}Professor adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Docente e supervisor do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional- Modalidade Residência Hospitalar (IP-UERJ).

médicos adotam uma posição científica diante do adoecer do paciente, encarando-o como um objeto de estudo e intervenção. Assim, é importante assinalar como a subjetividade do paciente internado é secundária, sendo, prioritário à equipe, o diagnóstico e a sua possibilidade de cura.

Atualmente a enfermaria de pediatria contém dezesseis leitos para pacientes com os mais diversos diagnósticos. Porém vale destacar que, dentre eles, um em específico prevalece nessa enfermaria: crianças portadoras de encefalopatia crônica. Neste ano cerca de dez crianças encefalopatas já passaram por esse espaço, sendo que cinco ainda permanecem internadas. Essa estatística se deve, não só ao fato do HUPE ser um hospital especializado e de referência no Rio de Janeiro, mas também pelo avanço tecnológico, com técnicas e equipamentos sofisticados que possibilitam a essas crianças viverem por mais tempo.

A encefalopatia é o termo utilizado para definir qualquer doença difusa cerebral com alteração de sua estrutura ou de sua função. A encefalopatia não progressiva na infância é consequência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós natal, que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional, acarretando em um comprometimento motor (Santos & Brito, 2014). Portanto, são crianças que não falam, não se locomovem, ficam restritas ao leito e que, como ressaltam os médicos, “não interagem”. Além disso, é uma doença sem perspectiva de cura. Há ainda a encefalopatia progressiva, em que o prognóstico representa uma piora do quadro de forma evolutiva até a morte.

De acordo com o médico e psicanalista Jean Clavreul (1983), é possível observar o hospital como um lugar por excelência de operação da Ordem Médica. Dessa forma, os médicos são funcionários e executantes dessa Ordem. Esse conceito introduzido pelo autor demonstra um caráter que chamou de totalitário do discurso médico, onde afirma que “Ninguém pode pretender sair indene de sua relação com a medicina, quer seja médico, doente ou futuro doente” (Clavreul, 1983, p. 67).

Um ponto a ser discutido é que se trata de uma enfermaria de um hospital universitário, que tem como característica fundamental ser uma fonte de ensino para seus alunos. Na perspectiva do ensino, torna-se interessante apresentar aos internos e residentes a maior diversidade de patologias e condições clínicas, oferecendo-lhes uma formação mais abrangente. Por isso, é comum escutar nesse ambiente que as crianças encefalopatas limitam a possibilidade de aprendizado dos alunos, visto que são muitas com esse mesmo diagnóstico e que ficam estabilizadas dentro desse quadro e que não há nada de novo a se fazer para além de manter os cuidados básicos.

O discurso médico está completamente ligado e articulado ao discurso dominante, que instaura a ordem (tanto jurídica quanto normativa) das coisas. Ele não é um discurso sobre o homem, mas sim sobre a doença. E, neste sentido, podemos dizer que o homem só passa a interessar ao médico na medida em que ele é o terreno onde a doença evolui (Clavreul, 1983).

Diante desse número de crianças internadas na enfermaria, uma questão se fez presente: O que a psicanálise pode oferecer nos cuidados com essas pacientes? Em supervisão discutimos sobre importância de se aproximar desses casos sem saber de antemão como seria essa experiência. Assim, fomos convocadas a observar os impactos de nossa presença junto com essas pacientes e recolher os efeitos produzidos. Para isso, faremos um recorte de dois casos de crianças com encefalopatias, cujos nomes fictícios serão: Ana Paula, de 8 anos, e Helena, de 7 anos

A equipe médica costuma utilizar os termos: “moradoras”, “pacientes crônicas” e “as encefalopatas”, quando se remetem a elas durante as visitas médicas. Isso ilustra como o olhar da medicina reduz essas crianças aos seus diagnósticos. A própria evolução médica nos prontuários dessas pacientes sempre começa descrevendo-as como “pacientes com encefalopatia sem interação com o examinador”. Observamos que para a equipe aquele corpo presente no leito representa um grande mistério e corresponde a um não saber o que fazer diante daquele sujeito internado.

Casos Clínicos

Ana Paula, nos atendimentos iniciais, estava sem acompanhante no leito. A família a visitava com frequência durante a semana e tinham a expectativa de aguardar um *homecare* de 24 horas. Mas, na maior parte do tempo da enfermaria, quando não estava submetida a nenhum procedimento médico ou da enfermagem, a paciente encontrava-se sozinha. Em um desses momentos, resolvi me aproximar, me apresentar a ela e permanecer um tempo ali presente, segurando a sua mão.

Em alguns atendimentos à Ana Paula, me aventurei a colocar a música e ver o que poderia surgir ao ratificar a importância de oferecer algo a essa paciente. Já tinha ouvido falar de uma residente que a acompanhou anteriormente e percebeu uma alteração da frequência cardíaca de Ana Paula, no monitor, dependendo do ritmo da música.

Durante esses atendimentos o que mais me chamou atenção foi a reação de uma residente de enfermagem que fazia o procedimento de cateterismo enquanto eu colocava música. Ela disse a seguinte frase: “Esse procedimento parece ser algo doloroso para Ana, ouvindo música me deixa mais tranquila e acredito que a ajude também” (sic). A residente prosseguiu dizendo que percebe que a criança faz uma expressão de dor e trava as pernas no momento em que introduz o cateter pela uretra.

Nos atendimentos realizados com a mãe, esta mencionava que em casa colocava música para a filha e que ela gostava muito. A mãe acredita que sua filha ainda pode escutar e que percebe isso quando fala com ela ou quando coloca uma música. Contou que já viu o monitor alterar os batimentos cardíacos enquanto a filha ouvia uma canção bastante agitada. A partir disso, é

importante destacar como colocar a música foi oferecer algo novo para aquele atendimento, levando em consideração algo que já estava estabelecido de antes nessa relação mãe e filha, que, desde casa, já escutavam juntas essas mesmas melodias.

A mãe solicitou que também levasse livros para os atendimentos com Ana Paula, afirmando que a filha gosta de ouvir histórias e que fica bem concentrada. Mesmo na ausência da mãe comecei a levar uma história diferente para ler nos dias em que estava na enfermaria. Era interessante que, muitas vezes, a paciente estava sonolenta e, ao começar a leitura do livro, ficava com os olhos bem abertos. Nesses momentos a mãe sempre indicava: “olha como ela está gostando”. Assim, acredito que a importância do trabalho com essa mãe é poder dar lugar a essa interpretação feita por ela. Já com a Ana Paula, o valor desse trabalho é caracterizado em oferecer uma presença.

Em um dos atendimentos, um voluntário de um projeto de leitura para crianças internadas estava na enfermaria e observou minha leitura para Ana Paula junto com a mãe. Ele se aproximou do leito e escolheu um livro para ler também naquele espaço. Após a leitura, a mãe mostrou que havia lágrimas escorrendo dos olhos da filha. Diante disso, nos pegamos numa reflexão se essas expressões como lágrimas são um efeito considerável para a medicina ou se para eles é algo comum, uma vez que nada impede que uma criança com doença crônica produza uma lágrima do olho.

Em uma das visitas médicas, apostei em mencionar o episódio da lágrima e muitos da equipe alegam que acreditam que Ana esboça algumas reações impressionantes. O médico chefe lembra que essa paciente, na presença do pai, que vem uma vez por semana, na enfermaria, costuma chorar. Uma residente médica inclusive apontou que, quando olha para Ana Paula, enxerga uma criança presa dentro de um corpo.

A família de Ana Paula, em setembro, conseguiu a liberação de um *homecare* de 24 horas e a criança já retornou para casa junto da sua mãe e suas duas irmãs.

A segunda paciente de que vamos tratar é Helena que também permanecia sozinha no hospital. Porém, esta não recebia visitas da família desde que comecei a acompanhar o caso, em março de 2017. Segundo relatos da equipe, a mãe no começo da internação vinha visitá-la, mas após algum tempo disse que não tinha mais condições de poder cuidar dela. Essa posição da mãe foi vista pela equipe como um desinvestimento diante da situação clínica da filha.

Helena foi cuidada durante anos por uma avó paterna. Mas esta faleceu e, posteriormente, a criança foi recebida por seu pai e sua tia. Nesse período passou por muitas internações, devido a infecções e más condições de higiene, o que fez a equipe questionar esse cuidado pela família.

Antes da atual internação, houve uma determinação do judiciário que a encaminhou para um abrigo. No entanto, após 15 dias, precisou retornar ao hospital por conta de uma nova infecção e essa instituição disse que não conseguiria mais cuidar e ser responsável por Helena.

Nos atendimentos, também me interessei em lhe contar histórias e lhe cantar músicas. Para alguns da equipe, essa prática era vista com alguma estranheza, uma vez que, acreditavam que ela não poderia compreender. Mesmo assim, insisti em me fazer presente e a observar.

Helena já havia passado por traqueostomia (intervenção cirúrgica que consiste na abertura de um orifício na traqueia e na colocação de uma cânula a fim de facilitar a passagem do ar e a respiração). Essa cânula acumula muita secreção e a criança precisa ser aspirada. Quando Helena não parecia bem, estava com mais secreção de uma cor diferente e efetuando mais tremores do que habitualmente. Nessas ocasiões dizia a ela que percebia algo diferente e que iria reportar a equipe. Em algumas situações me diziam que haviam percebido uma piora clínica. Outras vezes, alguns profissionais afirmavam que Helena é assim mesmo, produz muita secreção. Minha aposta, contudo, ao relatar a situação que percebia, era a de sustentar a palavra de Helena que se produzia em seu corpo. A partir dessa fala, então, alguns profissionais respondiam que iriam aspirá-la naquele momento.

De forma geral, muitos da equipe se mostravam cuidadosos com Helena. Ao presenciar alguns procedimentos, como aspiração e dieta alimentar via gastrostomia (formação cirúrgica de fistula gástrica para introdução de alimentos), contava à criança o que estava acontecendo para situá-la sobre qual procedimento estava sendo realizado e por quem. Nessas situações notava que algumas enfermeiras conversavam com ela.

Percebia também suas expressões faciais. Um desses momentos foi quando precisou extrair um dente e notei algumas expressões que me pareceram sugerir choro. Quando comentei com a equipe de odontologia sobre algumas dessas percepções, percebi que tais expressões não eram vistas como possibilidade de resposta de um sujeito, uma vez que entendiam uma impossibilidade de um retorno dessa natureza, pelo quadro de encefalopatia crônica da paciente.

Até hoje, Helena permanece internada na enfermaria sem expectativas de alta. Está há três anos e dois meses no hospital. A criança é candidata ao processo de adoção e discute-se em processo judicial a possibilidade do pai de cuidar. Já a mãe abriu mão desse direito.

Considerações finais

É importante destacar que mergulhar nesses atendimentos com crianças portadoras de encefalopatias foi um desafio enorme e, muitas vezes, provocou vários questionamentos sobre a clínica com essas pacientes e o próprio trabalho com a equipe. Percebemos que não existe uma fórmula pronta ou receita que nos ensine como deve ser a nossa prática. Diferentemente da equipe médica que possui um discurso sustentado por protocolos e regras, o analista é convocado em cada atendimento a criar um trabalho possível, sustentado pela ética do desejo.

A psicanálise se faz presente em um local marcado pela tragédia, morte, angústia e sofrimento humano. A clínica vai trabalhar justamente com aquilo que a medicina visa excluir por não conseguir tratar, mas que está ali insistindo em se fazer presente.

Dessa forma, há uma aposta de construção de algum trabalho possível junto com essas pacientes no instante em que se direciona para elas e resgata a própria dimensão de sujeito nessas crianças e não as encara como um objeto ou o próprio diagnóstico de encefalopatia. Há uma criança que está presente e, por mais que não fale, isso não impede que nós, profissionais, nos endereçemos a essas pacientes e possamos nos ocupar delas de alguma maneira que as inclua.

No entanto, não há certezas sobre até que ponto algo é percebido por elas, mas existe uma aposta no sujeito, sem a qual não se torna possível realizar um trabalho. Assim, a psicanálise fura o discurso científico da medicina ao colocar em xeque aquilo que é encarado como uma verdade inquestionável e provocar uma abertura para aquilo que não é previsível.

Pode-se destacar que, na construção desse trabalho, e cuidado com essas pacientes, percebemos, como equipe, que poderia ser interessante não só a Helena, como também para as outras crianças encefalopatas ainda internadas na enfermaria, a possibilidade de concessão de cadeiras anatômicas. Através dessas cadeiras, poderíamos levá-las a um espaço além do leito, como, por exemplo, a varanda da pediatria, a fim de promover outras percepções e experiências a essas crianças e também seus familiares.

Acreditamos também que temos visto outros efeitos do nosso trabalho. Recentemente, a enfermaria de pediatria voltou com a proposta de retomar a reunião multiprofissional, que procura levantar alguns temas e casos sobre os quais a equipe julga relevante discutir e trocar em grupo. O primeiro tema levantado foi exatamente a discussão sobre as pacientes encefalopatas. Sem sombras de dúvidas, isso marca um passo importante dentro dessa enfermaria, e, portanto, legitima nossa atuação ao fazer circular através da palavra sobre as crianças encefalopatas internadas na pediatria.

Referências bibliográficas

- Clavreul, J. (1983). *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Santos, L. C. dos, & Britto, M. M. C. de. (2014). Funções executivas em crianças com paralisia cerebral: relato de casa. *Revista Psicopedagogia*, 31 (95), 178-187.

Vivências de uma prática em UTI pediátrica: efeitos do tempo e da morte sobre a família e a equipe.

Gabriela Guimarães*

Vinícius Darriba**

Andrea Albuquerque***

Resumo

A proposta a seguir consiste em um trabalho de articulação teórica a partir do atendimento de dois casos de crianças internadas que ocorreram simultaneamente no ambiente de terapia intensiva e que suscitaram questões referentes ao modo de funcionamento desse setor, bem como discussões relacionadas à forma como as mães que frequentam esse ambiente são vistas pela equipe. A dedicação exclusiva dessas mães e as dificuldades impostas na conciliação da vida fora do ambiente de internação, situações presentes principalmente em longas internações, atuaram como ideias centrais do texto e disparadoras para que esse trabalho fosse construído. Os silenciamentos produzidos não só no meio familiar da criança que adoece como também entre membros da equipe pela proximidade do contato com a morte tiveram destaque especial na presente construção.

Palavras-chave: Residência; Psicologia; Pediatria; Terapia intensiva; Morte; Psicanálise.

Introdução

A elaboração deste trabalho se deu a partir da experiência de inserção no setor da pediatria, mais especificamente na UTI pediátrica, vivência esta que foi iniciada em março deste ano. Este breve estudo pretende investigar à luz teórica da psicanálise quais os efeitos dessa prática em uma equipe multiprofissional de saber predominantemente médico, na condução de um trabalho nesse setor pelos residentes de psicologia. Considerar o impacto da morte dos internados na referida unidade e as consequências desse tipo de evento para a equipe, bem como o lugar de verdade que a ciência ocupa nesses ambientes e, que atua, muitas das vezes, no sentido de dificultar o acolhimento de outras verdades, como as da família que acompanha o paciente enfermo, por exemplo, também foram objetivos desse trabalho. Dois estudos de caso também serão relatados, a partir de falas importantes recolhidas de duas famílias que estiveram durante esse período acompanhando duas crianças na unidade. Uma delas tendo vindo a falecer.

* Psicóloga. Residente do primeiro 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.

*** Preceptora da enfermagem de pediatria.

O impacto da morte sob o sujeito, ainda que em uma equipe de saúde que teoricamente esteja em contato com essa realidade diariamente em um ambiente de terapia intensiva não pode ser preterido e, não só isso, mas essa morte também gerará resistências específicas para cada um dos membros dessa equipe. Fato este que pode ser observado inclusive pelo simples silenciamento produzido diante da mesma, seja no momento em que a morte ocorre ou depois, ao lidar com aquilo que surge de mais avassalador do Real presente em um ambiente hospitalar, a própria finitude, seja ela da ordem dos recursos ou da impossibilidade de uma cura.

Torna-se crucial pensar na especificidade da UTI quando comparada a outros espaços como a enfermaria de pediatria, por exemplo, que pressupõe alguma estabilidade do quadro clínico, porém ambos os espaços pertencentes ao mesmo setor. A monitorização intensiva, gravidade e experiência de confinamento, os diferenciam. Aspectos estes que impactam tanto familiares quanto pacientes e equipe. Segundo relata Monteiro (2017):

Nessa unidade convivem os dois lados distintos: de um lado, a mais alta tecnologia para tratar doentes críticos com possibilidades de recuperação; do outro, a doença que, às vezes, não pode ser combatida, levando à morte. O medo e a ameaça de morte iminente são constantes e colocam pacientes, familiares e profissionais diante de emoções e conflitos que emergem dos limites do adoecer e da certeza da finitude humana. (p. 27-28).

Outra especificidade também se impõe nesse campo de trabalho, ao lidar com a criança enferma e sua família, constantemente, até pela impossibilidade do contato direto com a criança que se encontra em ventilação mecânica, por exemplo, depara-se com a expectativa dos pais ou da mãe (figura bastante presente nesse tipo de espaço) em relação àquele filho, bem como as dificuldades de enfrentar o quadro clínico da doença, especialmente quando se trata de alguma enfermidade do tipo crônica. A família frequentemente oscila entre um desejo de intimidade e um impulso de afastar-se emocionalmente da criança que se encontra enferma, seja pelo trabalho de reelaboração dessas expectativas ou pelas dificuldades que o próprio cenário da UTI impõe à família.

A Mãe sempre presente

A fim de ilustrar melhor essa dificuldade cita-se o caso de um paciente que escolhi chamar de João, um bebê que deu entrada no setor de pediatria pela UTI aos dois meses de idade. O mesmo encontrava-se com pneumonia e a falta de recursos no hospital anterior fez que sua transferência para o Pedro Ernesto fosse rapidamente realizada. Ao chegar à UTI a equipe logo observa algo

diferente em João que além da cor da pele mais acizentada possuía também dificuldade de reação aos antibióticos utilizados, o que poderia apontar para uma doença auto-imune. João consegue ser extubado e a mãe, que possuía 19 anos na época fica feliz ao ver o filho respirando novamente sem a ajuda de aparelhos e João é transferido na companhia da mãe para a enfermaria algumas semanas depois do quadro ter se estabilizado.

Durante a primeira entrevista com a mãe, a mesma fala que não havia sido uma gravidez planejada, mas que amava muito o seu filho, que ele era tudo para ela e que só se ele estivesse bem que ela ficaria bem, consequentemente. João “É sua vida”, nas palavras da mesma e por não ter tido alguém que se dedicasse a ela em sua infância, uma vez que a mãe a havia abandonado, queria poder dar tudo ao seu filho e que sua presença seria constante desde então. Durante essa transferência para a enfermaria a equipe estava em paralelo tentando realizar os exames que fechariam o diagnóstico de João, uma vez que o baço e o fígado aumentados não se relacionavam com a pneumonia e da parte respiratória João já estaria estável.

A mãe foi acompanhada durante todo esse período de internação desde a sua entrada pela mesma residente e foi possível observar, portanto, o quanto se apresentava cansada e ao mesmo tempo irritada ao longo deste período por não haverem fechado ainda à época o diagnóstico de seu filho. A mesma chegou a ficar cerca de dois meses mais com o filho internado após resolução do quadro respiratório, para saber de que tipo de doença se tratava, e a equipe de psicologia em questão chegou a ser acionada algumas vezes para realizar atendimento a esta mãe visto que dizia que seu filho não possuía síndrome nenhuma e que para ela o mesmo era perfeito. A demanda da equipe para estes atendimentos era de que a mãe não estava entendendo a gravidade do quadro e que insistia em dizer que o filho não possuía nada, porém, segundo a mãe, enquanto o mesmo não tivesse um diagnóstico fechado, não era possível dizer que ele teria síndrome alguma. A fala em questão fez eco ao que diz Lacan no texto *A Ciência e a Verdade* (1998) e que é tão notadamente observado em ambiente hospitalar, no qual impera o discurso médico e científico, discursos que vêm ocupar o lugar de verdade absoluta acerca do caso, mas que ignoram uma verdade que não está posta em termos científicos, mas sim como dado clínico de verdade existente a partir de uma relação mãe-filho, que não comportava ou sequer, suportava a idéia de uma doença que estivesse “entre” esses dois.

Destacam-se nessa relação alguns elementos como a dificuldade da mãe em questão de separar-se da criança e que foi vista pela equipe como sinônimo de dedicação e amor sem limites, mas essa leitura não levava em conta, frequentemente, o sofrimento da mãe em estar naquele local e o tempo que estava como acompanhante do filho sem qualquer possibilidade de troca, dado que vinha de outra cidade e o marido não podia fazer essa função com ela. Observa-se também o quanto que encarnar essa figura da “mãe sempre presente” começava a trazer certas dificuldades para a

relação dos dois, visto que a mãe precisava dar entrada em documentos importantes do filho para ter acesso à benefícios que afetariam a elegibilidade para o transplante, mas como não conseguia separar-se dele, todo esse processo foi atrasado e a equipe só pode ter acesso à isso quando se deu conta da dificuldade da mãe em sair da beira do leito para a retirada de seu próprio documento de identidade. A falta de mediação do pai ou de um terceiro nesse aspecto afetou bastante a relação mãe-filho, fato este bem observado por Lacan (1966) em *Notas sobre a criança*:

A distância entre a identificação com o ideal do Eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai) deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o objeto da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto (p. 369).

A Mãe e suas dificuldades no ambiente de Terapia intensiva

O outro caso, também atendido na enfermaria na mesma época, que fala não necessariamente de um desejo de intimidade com a criança, como era o caso da mãe de João, mas de um afastamento da parte da mãe imposto por uma questão financeira, dado que esta precisava trabalhar para continuar sustentando sua casa e os outros filhos, mas que foi vivido pela criança em questão com intenso sofrimento. A criança, que será aqui chamada de Gustavo sofria de um acometimento renal severo que em meados desse ano a fez ter que vir ao hospital dialisar com uma certa frequência, a equipe observou desde o início uma mudança no comportamento de Gustavo desde que ele deu entrada na UTIP devido ao fato de ter começado a ficar mais agressivo com a equipe e estar pedindo à época recorrentemente a presença da mãe. Começaram a haver também alterações na pressão arterial de Gustavo que a própria equipe sinalizou como sendo um fator emocional importante que poderia agravar o quadro. Gustavo chegou a ter que ser contido fisicamente duas vezes, pois ameaçava tirar os acessos e a monitorização e por mais que os membros da equipe tentassem algum tipo de contato com ele no sentido de acalmá-lo, bem como outros membros da família que estiveram presentes era a figura da mãe por quem Gustavo frequentemente chamava.

Durante entrevista com a mãe a mesma falava de um medo do filho ficar em cima de uma cama de hospital e morar com outras crianças lá, a angústia pelo filho estar em um ambiente hospitalar e dialisando era uma fala recorrente durante os atendimentos e pode ter sido além do trabalho, um dos fatores que influenciou sua inconstância no ambiente de terapia intensiva. O que fica quando a mãe sai? Seria essa uma das perguntas que Gustavo protagonizava quando fazia esse apelo à mesma? No intuito de tentar responder essa pergunta fez-se necessário pensar no próprio

jogo de *Fort Da*, descrito por Freud, em que a criança procura inscrever essa ausência da mãe a partir de uma brincadeira que faz metáfora para essa experiência. Acerca do jogo e da produção de prazer quando o objeto retorna, nesse caso, a mãe: “Isso constitui prova convincente de que, mesmo sob a dominância do princípio de prazer, há maneiras e meios suficientes para tornar o que em si mesmo é desagradável num tema a ser rememorado e elaborado na mente” (FREUD, 1920, p.28). No entanto, se o jogo, de certa forma, faz apelo a essa ausência e constitui-se como forma de simbolizar a falta, quando essa simbolização não se faz possível o que restaria então? A pulsão de morte entra justamente para tentar dar sentido a essa falha desestruturante que se repete e que o próprio ambiente da UTI no caso de Gustavo veio a reforçar pelo confinamento, assujeitamento e invasão do corpo.

A própria evolução da doença de Gustavo foi catastrófica no sentido orgânico e fez que não só a família, mas especialmente a mãe tivessem se deparado com esse Real do ambiente hospitalar em termos de finitude, esgotamento de recursos e impossibilidade de cura. Ao chegar ao final de uma semana específica em meados de julho Gustavo começa a chamar a mãe com ainda mais intensidade e a dizer, na presença de médicos que tentavam acalmá-lo no momento, “*Me ajudem, eu vou morrer... eu vou morrer!*”. Durante o final de semana Gustavo teve uma complicação clínica antecedida por um estado de agitação intensa, segundo episódio semelhante ao relatado anteriormente, seguido de falta de respostas a estímulo. A fim de compreender melhor aqueles sinais foi realizada uma tomografia, que localizou por fim, um derrame cerebral importante. Após isso foi realizada uma abordagem cirúrgica para minimizar os danos, porém sem sucesso e o caso foi configurado a partir de então como um caso de morte encefálica com posterior falecimento da criança.

Considerações finais

A intenção de relatar esses dois casos era, justamente, a de desmistificar a presença da mãe no ambiente hospitalar considerando também todos os fatores adversos e também hostis do ambiente em relação à sua presença no setor de terapia intensiva da pediatria, especialmente pela vivência de morte de outras crianças, vizinhas de leito, muitas das vezes que são assistidas por essas mães. A possibilidade de frequentarem esse espaço acaba sendo vivida por elas como mandato seja da ordem subjetiva das mesmas, como foi o caso da mãe de João, ou de uma cobrança externa vinda da equipe. O direito ao acompanhante da criança é direito da criança, porém não uma obrigação caso essa mãe não possa estar presente e nosso papel enquanto psicólogos, muitas das vezes, é o de mediar esse mandato frente à equipe e de considerar o tipo de sofrimento que frequentar esse ambiente diariamente implica, seja para familiares ou para profissionais de saúde. Se no caso de

Gustavo, por exemplo, fazer essa metáfora em relação à ausência da mãe não foi possível, diante de um quadro real de impossibilidade da mesma para frequentar esse local diariamente, em que nossa presença poderia colaborar nesse sentido? Talvez, um exemplo disso seja a forma como esse encerramento de atendimento se deu com a família: Após a morte de Gustavo o resultado da evolução do quadro, em princípio, não ficou claro para a família e especialmente para a mãe, pois por mais que explicações tenham sido dadas ao longo desse período toda a evolução da doença ocorreu de forma muito abrupta sem necessariamente acompanhar o tempo lógico de cada um dos envolvidos. Nesse sentido, foi proposta uma reunião com a equipe mediada pela psicologia dois meses após o falecimento de Gustavo que pôde esclarecer melhor algumas dúvidas e minimizar o sofrimento dessa mãe, que saiu desse encontro ainda com questões, mas que não diziam respeito mais tanto a cronicidade da doença, mas ao que essa mãe, em especial faria com a ausência desse filho. Resposta esta que nem a psicanálise e nem a equipe médica poderia oferecer à mesma, mas que diante de um acolhimento dessa ordem pôde servir de disparadora para outras perguntas, e uma delas em especial: O que fazer com a falta?

Referências bibliográficas

- Freud, S. Além do Princípio do Prazer (1920). In Além do princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920-1922). *Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, 1996. p. 11-75.
- Lacan, J. A Ciência e a Verdade (1965-1966). In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 869-892.
- Lacan, J. Notas sobre a criança (1969). In *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 369-370.
- Monteiro, M. C. Entre a vida e a morte: O setting da terapia intensiva. In *A morte e o morrer em UTI*. Curitiba: Appris, 2017. p. 25-60.

Diagnóstico e tratamento no hospital: entre psicanálise e medicinaAngélica Bastos^{*}**Resumo**

O presente trabalho tem por objetivo analisar as relações entre diagnóstico e tratamento no contexto hospitalar, em especial, na perspectiva da psicanálise aplicada à terapêutica, a ser distinguida da psicanálise pura. Considerando os discursos em ação na instituição de saúde, será abordada a demanda de diagnóstico e a oferta da experiência de fala por parte do clínico. Dois breves fragmentos clínicos serão apresentados a fim de situar o debate.

Os Programas de Residência Multiprofissional e os Programas em Residência em ^{**}Psicologia tanto se apresentam numerosos e independentes em uma mesma instituição - porém restritos a um serviço ou hospital específico (Saúde da Mulher, Saúde Mental, por exemplo) - quanto constituem programas maiores, onde cada residente circula pelos vários e variados setores e serviços de um mesmo hospital geral. Em ambos os casos, a psicanálise pode ser convocada ao diagnóstico e ao tratamento. Não se trata, entretanto, de psicanálise pura ou psicanálise em extensão, ou seja, daquela que leva à produção de um analista.

Assim como não há psicanálise aplicada à arte, também não existe aplicação da psicanálise à saúde, à saúde mental, à clínica hospitalar, sendo que a única psicanálise aplicada admitida por Lacan é a psicanálise aplicada à terapêutica. Ela permite circunscrever a prática no hospital e na clínica-escola da universidade, para mencionar os dois enquadres institucionais a partir dos quais posso me pronunciar.

Vamos preferir, então, a expressão psicanálise aplicada à terapêutica, em detrimento da psicanálise em extensão, que seria algo mais amplo, projetando a psicanálise na Escola e no laço social em geral, de forma que não implicaria necessariamente o diagnóstico e o tratamento. Por exemplo, o ensino da psicanálise seria uma extensão. Embora não tenha sido a de Freud, sabemos

^{**}Psicanalista. Professora do Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP)

que ele não somente a admitiu, como também delineou a formação acadêmica que interessava ao psicanalista.

O discurso do mestre distribui a população por meio de significantes: criança, adolescente, idoso, mas também anorético, hiperativo, autista, ou ainda mulher ou homem, que são significantes e, por isso, não sabemos bem o que significam. Por repousarem na instituição fundamental que é a linguagem e na estrutura de discurso do laço social, as instituições se organizam a partir destes significantes, tanto em suas relações com as demais instituições quanto em seu interior, nos serviços e setores que a compõem. Além de repartir a população, o discurso dominante no laço social visa também distribuir a satisfação paradoxal que chamamos de gozo, fixando sua repartição sem resto, sem o resto que lhe é necessário, intrínseco. Procura-se, assim, distribuí-lo segundo normas burocráticas, ideais higienistas, na direção da uniformização.

Pela experiência de sua própria análise e dos tratamentos que dirige, o psicanalista sabe que essa distribuição do gozo livre de uma parcela residual não se efetiva, por mais que significantes de referência, saberes científicos e pseudocientíficos em ação no hospital, sejam mobilizados para domesticar o gozo e dominar sua quota rebelde. Isso significa que é próprio ao gozo conter uma parcela que se insurge e que escapa à regulação. O sintoma constitui um signo desse gozo insurgente, não o único possível, mas um indomesticável que pode irromper também em crises de angústia, passagens ao ato, etc.

Entendidos como experiência de fala, diagnóstico e tratamento não podem prescindir da tomada decidida e livre da palavra, mas também não pode dispensar, conforme colocou Lacan para o psicanalista, a política do inconsciente ou ainda, como se diz hoje, a política do sintoma. Essa política está implicada na prática do diagnóstico sob transferência e no tratamento. Fazer uma experiência de palavra implica seguir os caminhos discursivos, mudar de lugar discursivo, ainda que seja para descobrir que estes caminhos não são aleatórios, que não se trata do exercício da liberdade na escolha das palavras com as quais nos dizemos, mas sim que somos efeito dos caminhos trilhados. Essa tomada da palavra, sem a qual não há diagnóstico ou tratamento possível, assume no hospital a dimensão de uma oferta em situações de desamparo, de dor física, de trauma, de angústia, de urgência e, assim, é comum que efeitos terapêuticos surjam antes que um diagnóstico se defina.

Portanto, embora o termo diagnóstico preceda o termo tratamento, envolvendo ordem e conexão, não podemos sustentar que seja primeiro o diagnóstico, cronologicamente falando, e em seguida o tratamento. São interdependentes, mas estão sujeitos a um descompasso, pois muitas vezes somos chamados a tratar uma crise, um estado afetivo, uma queixa, sem que o diagnóstico possa ser estabelecido de imediato. Por essa razão, àquele que faz a oferta, às vezes antes que uma

queixa ou demanda se esboce, cabe uma política quanto ao que oferece e quanto às condições sob as quais essa oferta é viável e consequente.

Do ponto de vista do inconsciente, o diagnóstico sob transferência implica a dinâmica desta, não correspondendo a um momento, mas a um processo. Por isso, ocorre que o tratamento se inicie ao mesmo tempo que o diagnóstico e eventualmente assistamos a efeitos, especialmente terapêuticos, que se antecipam ao diagnóstico, tanto na psicanálise pura quanto na psicanálise aplicada à terapêutica.

O sofrimento constitui a relação que se estabelece com o gozo, o qual tende a se expressar no sintoma, nas crises de angústia, nos surtos psicóticos. Entre psicanálise e medicina, há um deslocamento quanto ao sofrimento, pois este não se esgota em si mesmo, tampouco é pura manifestação da doença, mas encerra um dizer. Na experiência de fala em que se sustentam diagnóstico e tratamento, trata-se de dar lugar a esse dizer, praxis que supõe condições.

Enquanto o século XX assistiu à afirmação do capitalismo conjugado à democracia, desde o pós-guerra, passando pela crise da União Soviética, agora testemunhamos, conforme coloca o pensador Achille Mbembe (2013/2018), um desemaranhar entre o capitalismo neoliberal e a democracia, desemaranhar que se traduz na ascensão de movimentos e partidos de extrema-direita. A aliança entre capitalismo e ciência historicamente intensificou os efeitos de segregação que a globalização acarreta e cujas consequências o clínico recolhe de forma cotidiana, já o desimbricamento entre capitalismo e democracia, agora em estado de tensão recíproca, faria recrudescer ainda mais os processos de segregação.

No texto de referência do evento, Lacan (1966/1985) vincula a democratização do ensino da psicanálise à própria definição de democracia, à democracia *tout court*, mas aventa outras concepções de democracia, incluindo a que o futuro nos reservaria. Será que o futuro, com sua espécie desconhecida de democracia chegou? Trata-se ainda de democracia?

Esse mesmo pesquisador, Mbembe, evoca a massa de sujeitos excluídos do processo produtivo e do mercado de consumo, massa que fica à deriva, engrossando correntes migratórias de um continente a outro, de um país a outro. No caso brasileiro, especial mas não exclusivamente, fluxos migratórios de uma região a outra do país.

Essa conjuntura não deixa de ter consequências na instituição pública de saúde, à medida que tanto os sujeitos excluídos quanto os que sofrem o efeito mais direto dos objetos da tecno-ciência, são sujeitos para os quais as identificações ou bem estão relegadas a um segundo plano, às vezes inoperantes, ou bem na dependência desses mesmos objetos de gozo: consumidor disso ou daquilo, adepto de um *modus vivendi* ou de outro. Isso faz deles falantes à procura de mais do que uma identificação, de uma identidade.

A escolha feliz do texto de referência para o Fórum - Psicanálise e Medicina, de Lacan, - é uma oportunidade para considerarmos a demanda, e em especial, a demanda de diagnóstico. Que o paciente demande ser reconhecido em sua condição de doente, que sua doença seja autenticada, sabemos, assume a forma de uma demanda muito particular, que não é a de tratamento: a de diagnóstico, que não se limita ao diagnóstico do estado ou doença que suscitaram os cuidados médicos ou a internação, mas também uma demanda ao psicólogo, ao psicanalista: “diagnostique-me”. Uma demanda de algo que recubra o resto deixado pelas identificações, que forneça uma nova ou que se transforme em uma identidade, com o potencial de totalização que estas possuem.

Sob estes significantes: mulher, adolescente, idoso, psicótico, a escuta clínica visa o sujeito, no sentido em que o inconsciente o determina, o que implica que aquilo que se demanda – um nome para seu mal-estar, livrar-se do estado de angústia, da dor psíquica, de um sintoma, não corresponda ao que se quer. Lacan dá um exemplo de uma pessoa que o procura acompanhado de sua mãe, após postergar por muito tempo a busca de tratamento. Reconhecida a urgência de tratamento, o analista oferece um horário rapidamente e, então, revela-se que o paciente não estava disponível, não aceitando a sessão demandada.

As demandas dirigidas ao clínico no hospital se articulam em momentos de crise, muitas vezes uma crise que se segue ao trauma. Podemos considerar que a crise indica um momento de ruptura, uma descontinuidade na vida do sujeito, com eventual desinserção nos laços que mantém. A crise nem sempre é suscitada pelo trauma entendido como encontro com o real, como efração que, em Freud, lemos como *Schreck*, terror, na medida em que este se distingue da angústia. Na crise, precedida ou não pelo trauma, já estamos às voltas com a angústia. Portanto, a demanda de diagnóstico se faz em um estado de angústia. Na demanda de diagnóstico, seja ela do sujeito, seja ela a do próprio serviço, equipe ou instituição, o que testemunhamos?

Na demanda de diagnóstico, despontam para o clínico recursos inéditos na subjetivação do corpo, circunstâncias inusitadas de desencadear a psicose, de estabilizá-la, mas também formas inauditas de *sinthomatizar*, de amar ou de ser-para-o-sexo (para mencionar os trans), de crescer e envelhecer. Será que deveríamos daí concluir que já não se sofre como antigamente? Ou que nos dias de hoje a crise pode assumir não importa que forma, o que equivale a dizer que tudo é possível?

A julgar pelo que a escuta dos pacientes nos indica, nem uma coisa nem outra. Não diria que hoje não se adoecer mais e não se sofre mais como antigamente e também não diria que tudo ou qualquer coisa é possível.

Tal como se fazem escutar pelo clínico, as formas de sofrimento são bastante cambiáveis. Elas exibem tanto diversidade nos modos de eclosão das crises quanto variedade nas respostas sintomáticas, que não poderiam ser suficientemente repertoriadas. Sobretudo, elas atestam que "a

estrutura é o real que vem à luz na linguagem" (Lacan, 1972/2003, p. 477), real que admite a contingência, mais do que o novo que é provisório, efêmero e, em nossos dias, tem duração cada vez menor.

Nos aspectos atuais do sofrimento, dessa relação com o gozo que chamamos sofrimento - pois nem toda relação com o gozo é sofrimento - não se trata, portanto, de uma evidência ou de uma presença que fale por si mesma. É necessário, portanto, que suas apresentações sejam acolhidas antes como enigma no dizer, do que como fato, para que o diagnóstico alcance o estatuto de uma hipótese. Elevar o diagnóstico ao estatuto de hipótese implica não apenas dar-lhe um caráter conjectural e portanto revogável, retificável, mas sobretudo não cristalizar o sujeito do inconsciente nos significantes do discurso, que se prestam a identificações, sejam eles o da medicina, o da saúde, mas tampouco cristalizá-lo nos significantes da clínica psicanalítica: a psicose, a neurose, o autismo.

Nesse sentido, para que o sujeito possa se dizer, nomear seu gozo, é importante que o diagnóstico não tome a dianteira, não recubra com identidade a falha e o resto inerentes às identificações que, mal ou bem, o sujeito já traz em muitos casos.

É próprio do discurso psicanalítico não se tomar pela verdade. Freud reservou ao futuro decidir se a teoria que elaborara acerca da paranoia continha mais delírio do que ele gostaria de reconhecer ou se o delírio de Schreber encerrava mais verdade do que na época seria possível aceitar. As ficções que o delírio e a fantasia engendram na neurose e na psicose possuem um denominador comum: uma perda incontornável e exigência de posicionamento subjetivo, envolvendo crença, não necessariamente certeza. É preciso crer em alguma coisa, coisa bem diferente da certeza. A crença não se confunde com a falsidade do juízo ou o erro. O delírio repousa, por conseguinte, na própria constituição do saber, tanto o saber do paciente quanto o do clínico. É nessa perspectiva que se deve considerar a loucura, não apenas como loucura enquadrada enquanto doença mental desde o nascimento da psiquiatria moderna. A loucura concerne "a qualquer uma das fases pelas quais se realiza mais ou menos, em cada destino, o desenvolvimento dialético do ser humano ..." (Lacan, 1948/1998, p. 173).

A loucura seria uma virtualidade inerente ao ser do homem. Por isso, Lacan (idem) a ela atrelou toda compreensão do humano que podemos alcançar. Por fim, concluiu que "todo mundo (se se pode usar semelhante expressão) é louco, isto é, delirante" (Lacan, 2017). Com a expressão irônica "clínica universal do delírio", Jacques-Alain Miller resumiu as implicações dessa formulação para a prática psicanalítica. Este 'todos', o 'todo mundo', não comporta universalização; conforme, aliás, sugere o próprio Lacan. Assim, adjetivo 'universal' qualifica a clínica, não o delírio.

A loucura e o delírio que nos interessam fazem objeção a que a vida seja um sonho no sentido de, entre psicanálise e medicina, incorrermos em idealismo ou relativismo; ao invés de nos resguardar o sono, ela desperta para um real no cerne da experiência. Esse real não se traduz em abertura infinita de possibilidades, mas em encontro com o impossível.

A loucura em sentido amplo, não é, entretanto, qualquer uma, uma vez que a escuta analítica procura nela destacar um modo singular de gozo. A pertinência e o alcance da clínica estrutural e do diagnóstico diferencial não são eliminados, mas redimensionados a cada vez, a cada caso. O autismo, por exemplo, que atesta o trabalho que a criança é capaz de realizar com os objetos em um autotratamento ou em parceria com o analista, serve-nos não como uma referência diagnóstica, mas como um guia que permite deslocar a clínica de tratamentos preconizados pelo Outro para as saídas singulares que cada um, criança, adolescente ou idoso é suscetível de encontrar. O tratamento possível das psicoses, por sua vez, relança a psicanálise aplicada à terapêutica em uma clínica das invenções únicas, modestas ou complexas, que vêm enfrentar a desconexão do sujeito ou enganchá-lo no Outro.

Ao falar dos caminhos alternativos, preferíveis, ao conflito neurótico e ao impasse da psicose, Freud menciona as soluções encontradas na loucura de cada um, nas incoerências, excentricidades, bizarrices. A nós, não caberia erradicar, mas propiciar as saídas sempre únicas que dão um destino à satisfação.

No centro do debate sobre o mal-estar na cultura, sobre o problema da satisfação, Freud (1930/1974) situou a felicidade como tributo que se paga no laço civilizatório. O programa do princípio do prazer comanda o propósito da vida, quer esta busque a felicidade em uma meta positiva de sentimentos de prazer, quer privilegie a meta negativa de evitar sofrimento e desprazer. Se, por um lado, o princípio do prazer, entendido como uma tendência, regula o funcionamento psíquico, por outro, este programa encontra-se "em desacordo com o mundo inteiro, tanto com o macrocosmo quanto com o microcosmo" (Freud, 1930/1974, p. 94-95), não contando com a possibilidade de realizar-se.

O sofrimento proveniente dos relacionamentos humanos revela-se tanto ou mais penoso do que aqueles que resultam da fragilidade do corpo e das forças do mundo externo que se exercem de forma avassaladora, mas nunca prescindem do corpo, pois é com a corporeidade que contamos para estar diante dos outros, especialmente nos serviços de saúde. Não dá para fazer economia do corpo, por isso gostaria de ir da demanda ao gozo do corpo. Os relacionamentos humanos, sejam eles intrafamiliares, amorosos ou transferenciais repousam no laço com o Outro, de modo que o sofrimento aí produzido não se reduz a uma experiência interior, na esfera íntima de uma subjetividade isolada, mas traduz-se, conforme sabemos, em culpabilidade devida à instância do supereu e à pulsão de morte que entrelaçam a vida psíquica e o Outro. Institui-se, assim, um

programa de gozo que o processo civilizatório (da civilização ou das civilizações) põe em marcha com a mediação do supereu.

"Sem dúvida a análise segue sendo a experiência que voltou a dar o máximo de importância à função fecunda do desejo com tal" (Lacan, 1959-1960/1988, p. 12). O desejo também ocupa um espaço entre-dois: o espaço entre o fracasso do programa do princípio do prazer e o programa de gozo além do princípio do prazer, expresso no imperativo superegóico. Só que os programas do princípio do prazer e do gozo não são os únicos fatores a excluir a felicidade, pois os circuitos do desejo supõem renúncia a ela.

O programa do desejo corresponde àquele que o analista visa promover. Compete à experiência da análise a busca de uma modificação, mediante o programa do desejo, no programa de gozo, isto é, na economia da satisfação envolvida no sofrimento, formulado ou não em sintoma.

Dois fragmentos para encerrar.

Um paciente de uma enfermaria suscita a preocupação do staff no pós-cirúrgico. Recusa-se a comer, sem explicação. Antes da cirurgia, sua conduta, seu prontuário, sua história recolhida junto aos parentes não apresentavam quaisquer sinais de recusa alimentar. Surge a suspeita de anorexia. Tentativas de aproximação empreendidas por auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicóloga, médico, de nada adiantam, permanecendo o paciente bastante calado. Assumindo uma estratégia de não dedicar atenção alguma à alimentação, refeições e perda de peso, a residente dispõe-se a escutá-lo. Após alguns encontros, o paciente, menos arredo, começa a falar de seus perseguidores para, finalmente, revelar a certeza de que estaria sendo envenenado ao longo da internação.

Outra paciente em estado extremamente grave começa a contar sua vida à residente. Um câncer terminal, em metástases múltiplas, provoca muita dor. Ela fala de uma existência difícil, com muito sofrimento, enormes dificuldades materiais, familiares e amorosas. Chega à conclusão de que já passou por situações tão ou mais duras que a doença e a morte iminente. Demanda que o tratamento – que de fato eram cuidados paliativos – fossem reduzidos ao mínimo, para estar viva quando morresse.

Referências bibliográficas

- Freud, S. (1930) O Mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. vol. XXI. Rio de Janeiro, Imago, 1974. p. 73-1971.
- Lacan, J. (1946) Formulações sobre a causalidade psíquica. In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro, Imago, 1998. p. 173. p. 152-194.
- Lacan, J. (1959-1960) *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.

- Lacan, J. (1966) Psychoanálisis y medicina. In: Lacan, J. *Intervenciones y textos*. Buenos Aires, Manantial, 1985. p. 86-99.
- Lacan, J. (1972) O Aturdido. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003. p.448-497.
- Lacan, J. (1979) Transfert à Saint Denis? Lacan pour Vincennes!. *Ornicar?*, nº 17-18, p. 278, 1979. Disponível em <http://aejcnp.free.fr/lacan/1978-10-22.htm>. Acessado em 15/10/2017.
- Mbembe, A. (2013). *Crítica da razão negra*. Antígona, 2018.

A psicologia hospitalar e o cuidado no processo de adoecer

Victória Gomes de Menezes*

Lucas de Souza Amorim**

Camila Motta Gomes***

Kelly Camargo Jesus de Souza****

Cristiane Ferreira Esch*****

Resumo

O projeto de assistência psicológica oferecido no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), especificamente junto ao Serviço de Cirurgia Cardíaca e Unidade Cardiointensiva, permite aos alunos da graduação do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) ter contato com a teoria e prática da Psicologia Hospitalar. Desse modo, o estágio oportuniza ao aluno o contato com a rotina de um hospital, com os diversos profissionais na área da saúde e o acompanhamento de pacientes e familiares, através de uma atuação vinculada à equipe multidisciplinar de saúde. O processo de adoecer é um momento extremamente delicado na vida do paciente, trazendo várias demandas como medos, angústias e dúvidas. O psicólogo hospitalar tem um olhar para além do adoecimento do corpo, tendo como objetivo oferecer apoio e suporte psicológico através do acolhimento do paciente e, se necessário, de seus familiares, os quais também são atravessados pelos medos e mudanças gerados por esse processo. Os estagiários acompanham as residentes de psicologia em atendimentos psicológicos durante o período de internação, tanto nas unidades de cuidado intensivo aos pacientes cardiopatas, especificamente o CTI cardíaco e a Unidade Cardiointensiva, quanto ambulatorialmente, nos grupos de psicologia do Programa de Reabilitação Cardíaca. O atendimento se estende ainda aos familiares do paciente. É de fundamental importância a troca constante de informações com os demais profissionais que assistem e cuidam do paciente. O atendimento psicológico em grupo oferecido como parte do Programa de Reabilitação Cardíaca objetiva a criação de um espaço de troca de experiências entre os pacientes, durante esse processo de adaptação a um novo estilo de vida. A equipe de psicologia

* Graduanda em Psicologia pelo IP-UERJ, 8º período em 2018/2. Estagiária bolsista pelo programa de Estágio Interno Complementar do CETREINA.

**Graduando em Psicologia pelo IP-UERJ, 5º período em 2018/2.

***Graduanda em Psicologia pelo IP-UERJ, 7º período em 2018/2.

****Graduanda em Psicologia pelo IP-UERJ, 8º período em 2018/2.

*****Psicóloga da UERJ. Preceptora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Hospitalar - Modalidade Residência - na Clínica Especializada em Cirurgia Cardíaca e Unidade Cardiointensiva e supervisora de estágio em Psicologia Hospitalar e Gestalt-Terapia. Coordenadora do Projeto de Extensão "Começar de Novo: assistência psicológica junto à Reabilitação Cardíaca do Serviço de Cirurgia Cardíaca do HUPE sob uma perspectiva gestáltica" e do Projeto de Estágio Interno Complementar "Psicologia e Cirurgia Cardíaca: capacitação em Psicologia Hospitalar".

se reúne semanalmente, para um encontro de supervisão e discussão de textos junto à orientadora do projeto. Os atendimentos no leito e grupos de psicologia funcionam como dispositivos de acolhimento, proporcionando um cuidado diferenciado que valoriza a subjetividade do paciente, contribuindo para diferentes possibilidades de vivenciar o processo de adoecimento e convivência com as mudanças trazidas pela doença em sua nova rotina. É de extrema importância a contribuição da atuação da psicologia no cuidado dos pacientes, proporcionando um espaço de escuta que possibilite a expressão de aspectos emocionais, suscitados pela situação de doença e hospitalização. Com este trabalho, percebe-se que ao proporcionar um ambiente acolhedor e humanizado, pode-se melhorar a qualidade de vida dos pacientes internados. Ademais, a presença da psicologia na equipe multidisciplinar enriquece e amplia a discussão e a atuação da própria equipe, trazendo um olhar mais atento aos processos internos dos pacientes e, portanto, um olhar integral para a pessoa que está sob os cuidados da equipe de saúde. Os projetos da psicologia mencionados neste trabalho são vinculados ao CETREINA e ao Depext da UERJ.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Cardiologia; Reabilitação.

**Atendimento psicológico a gestantes de alto risco no Núcleo Perinatal do Hospital
Universitário Pedro Ernesto**

Lillian Lopes Rodrigues da Silva*

Ester Susan Guggenheim**

Resumo

As gestações que apresentam problemas, no início ou no decorrer, para a mãe e/ou para o bebê, são chamadas de gestações de alto risco. Estas intercorrências experienciadas na gravidez requerem internação para cuidados e tratamento. Os casos mais recorrentes das usuárias gestantes de alto risco no Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto correspondem a: trombose venosa profunda, lúpus, sífilis, HIV, hipertensão arterial, diabetes gestacional, gravidez ectópica, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAF), entre outros. No pré-natal do Núcleo Perinatal as gestantes são acompanhadas desde a descoberta da gestação pela equipe médica e de enfermagem. O objetivo do serviço de psicologia do Núcleo Perinatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto, que é referência em atendimento a saúde de gestantes que precisam de cuidados terciários, é realizar atendimento às gestantes de alto risco, no sentido de lhes proporcionar um ambiente no qual se sintam à vontade para expressar suas angústias relacionadas à maternidade ou não, concomitantemente minimizando os efeitos estressores da internação. Durante a internação das gestantes de alto risco, o setting de trabalho se difere quanto ao atendimento ambulatorial, pois o atendimento da psicologia também é realizado no leito, onde outros profissionais se aproximam para realizar procedimentos nas pacientes, os quartos são compartilhados por duas ou três pacientes. É um setting de trabalho comum no ambiente de internação hospitalar. O serviço realizado de modo interdisciplinar faz-se imprescindível na atenção integral à saúde da gestante, visando atendê-las numa perspectiva global. Os atendimentos psicológicos podem ser realizados individualmente no ambulatório de pré-natal de alto risco ou na enfermaria da maternidade, podendo ser uma demanda da equipe — que indica algum sofrimento psíquico da paciente — ou demanda espontânea da própria paciente. E por meio destes, busca-se ouvir a respeito do estado geral da gestante, da internação, seus sentimentos a respeito da gravidez e de seu momento de vida presente. É abordada, ainda, a rede de apoio familiar da paciente, reforçando a importância de suporte à gestante. Devido às mudanças físicas, psicológicas e sociais que transformam a mulher na gestação de alto risco, que é permeada por expectativas e fantasias em relação a essa fase, é de suma importância a existência de um espaço de fala, para que a mulher possa elaborar, expressar os sentimentos advindos da

* Graduada em Psicologia pelo IP-UERJ.

** Preceptora do Núcleo Perinatal do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional – Modalidade Residência Hospitalar. IP – UERJ (2018).

gravidez de risco, pois é através da fala que a mulher expõe e consegue ouvir o que diz e, posteriormente, elaborar. O trabalho do serviço de psicologia na instituição hospitalar possibilita que se crie um ambiente facilitador de fala e escuta, que proporciona a elaboração e reflexão de uma possível crise inerente à maternidade de alto risco, intensificada pela internação. Desta forma, a gestante sente-se acolhida no ambiente hospitalar, sendo informada sobre seu estado de saúde, juntamente ao do bebê, possibilitando o tratamento de forma integrada aos sentimentos advindos da gravidez de alto risco.

Palavras-chave: psicanálise; Núcleo Perinatal, gravidez de alto risco.

Referências bibliográficas

Caldas, D. B., Silva, A. L. R., Böing, E., Crepaldi, M. A. & Custódio, Z. A. O. (2013). Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 66-87. Recuperado em 04 de setembro de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005&lng=pt&tlng=pt.

Pinheiro, A. M. (2019). *A maternidade e a escuta de um ideal: a construção da singularidade feminina*. Monografia de Especialização em Psicologia Clínica-Institucional (pp. 7-9), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Estágio curricular Psicanálise com "Idosos": Entrevistas Preliminares e escuta de "idosos" no Núcleo de Atenção ao Idoso

Thaís Duarte*

Tamiris Freitas**

Glória Maria Castilho***

Resumo

Este trabalho se situa a partir da experiência clínica no estágio curricular Psicanálise com “Idosos”. Entrevistas Preliminares consiste no tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita. As funções desse tempo de trabalho permitem que o analista escute se o caso é ou não apropriado ao método analítico e formule uma hipótese de diagnóstico diferencial, principalmente entre neurose e psicose, conferindo direção ao tratamento. Dentre as questões recorrentes na clínica com “idosos”, cabe destacar o sentimento de luto e tristeza própria de perdas significativas e concomitantes. Além disso, possibilita que a queixa trazida constitua um sintoma analítico para que o sujeito dividido se localize sob transferência. Promover o contato de alunos da graduação com a psicanálise com “idosos” no SPA/UERJ. Possibilitar o enriquecimento teórico-clínico a partir das trocas, em supervisão, com os residentes do NAI, aproximando o estudante da dinâmica clínica e institucional. 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. Segundo orientação freudiana, na prática psicanalítica pesquisa e tratamento coincidem até certo ponto, daí é preciso tempo e trabalho para que efeitos sejam recolhidos. Há questões que se apresentam de forma recorrente na velhice e necessitam de direção. O tempo de entrevistas é importante para que a tristeza não seja rapidamente tomada como depressão, sendo possível que se abra uma via de trabalho de luto. A despeito dessas questões características, envelhecer está relacionado à maneira como se viveu. Aspectos sobre o idoso (categoria histórico-socialmente construída) não correspondem a questões singulares de um “idoso”. A escuta de orientação psicanalítica abre espaço para que um “idoso” localize suas questões de forma singular.

Palavras-chave: psicanálise; entrevistas preliminares; estágio curricular no NAI.

* Graduanda Psicologia UERJ.

** Graduanda Psicologia UERJ.

*** Psicanalista. Doutora pelo PPGTP/UFRJ. 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/UnATI/UERJ. Coordenadora da Área de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso/NAI/UnATI/UERJ.