UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO HOSPITALAR – MESTRADO PROFISSIONAL - PPGSTEH

AS PRINCIPAIS TENSÕES PSICOLÓGICAS PRESENTES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Decio Tenenbaum

2015

Aos mestres,
elos da transmissão do conhecimento.

Aos pacientes,

razão da nossa dedicação, estudo e pesquisa.

AS PRINCIPAIS TENSÕES PSICOLÓGICAS PRESENTES NA PRÁTICA ASSISTENCIAL HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - Mestrado Profissional do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte dos requisitos de conclusão.

Linha de Pesquisa: As principais tensões psicológicas na prática assistencial hospitalar.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro

2015

Prof.ª Dr.ª Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Prof.ª Dr.ª Karinne Cristinne da Silva Cunha

Prof.ª Dr.ª Carla Maria Pires e Albuquerque Penna

Índice

Agradecimentos 9

Introdução 10

Justificativa 15

Fundamentação teórica 16

A psicanálise no campo assistencial hospitalar 19

A intersubjetividade no campo assistencial hospitalar 23

Termos e conceitos empregados na pesquisa 24

Agressividade 24

Ambivalência 25

Ansiedade/angústia 26

Cisão do ego 28

Complexo de Édipo 29

Contratransferência 29

Doença/sintoma funcional 30

Ego 30

Elaboração 32

Embotamento afetivo 32

Emoção 33

Espaço de segurança 33

Estresse 34

Funcionamento mental 34

Funções materna e paterna 38

Hipocondria 38

Iatropatogenia/iatrogenia 38

Indução iatrogênica 39

Interconsulta 39
Internalização 39
Introversão 40
Libido 40
Luto patológico 42
Mecanismos de defesa do ego 44
Narcisismo 44
Neurose 46
Objeto 46
Projeção 47
Psicose 47
Pulsão 47
Queixas vagas 49
Recusa 49
Regressão 49
Rejeição 50
Relação objetal 51
Repressão/recalque 51
Sexualidade 52
Síndromes de internação, alta e eutanásia 52
Transferência 53
Trauma psicológico 54
Vínculos básicos 54
Metodologia 55
O método 56
O instrumento 57

A produção de dados 58
Análise e discussão dos dados 59
O momento da internação 60
Paulo 60
Severino 64
A comunicação do diagnóstico 65
Pedro 70
Maria de Lourdes 72
Marcia 73
Francisca 74
A preparação para os procedimentos terapêuticos 75
Maria 76
Elvira 79
Helio 81
Madalena 83
O momento da alta hospitalar 84
Solange 85
Nilza 89
Carlos 94
Adoecimento e crise existencial 96
José 98
Mara..... 101
Clara.....108
Joana 115
André 117
Lídia 122

Áurea 123

Sueli 130

A indução iatrogênica 132

Rose 133

Luiza 139

Ana 140

Ester 144

Sandra 149

Marta 153

Os limites assistencial 155

Alessandra 156

Walter 159

Sonia 163

Homenagens 170

Às equipes de plantão em emergências de hospitais públicas 170

Às equipes que trabalham em CTIs de hospitais públicos 171

Às equipes de enfermagem 177

Resultados 178

Programa permanente de capacitação profissional 185

Conclusão 187

Bibliografia 193

Agradecimentos

Quero deixar registrada minha admiração pelos colegas que, por seu profundo interesse e dedicação, orientam gratuitamente o trabalho que é desenvolvido no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (C.M.P.), onde trabalho desde 1997. O C.M.P. conta com estudantes e profissionais de Psicologia e de Medicina, que, sob supervisão, prestam atendimento psicológico regular aos pacientes internados em várias das enfermarias do hospital. O ambulatório ainda é bem modesto. Os psicanalistas no momento em atuação no C.M.P. sob a chefia clínica da psicóloga Rosina Verta Bretas e direção do professor Dr. Abram Eksterman são: Giorgio Trotto, Sergio Costa de Almeida e eu. Atualmente, estão sob minha supervisão as psicólogas Fabiane Von Adamovich, Gloria Regina Barra, Vanessa Andrea Marques Barroso Monteiro, Isabela Medina França Affonso dos Santos Guimarães, o psicólogo Guilherme de Andrade Salgado e a estudante de psicologia Maria Lucia Martelotta Soares.

Minha gratidão às psicólogas Ana Cristina de Souza Teixeira, Marcia Azevedo Vieira, Ana Paula Queiroz Petros e Simonete Damaceno (*in memorium*) pela cooperação e dedicação que sempre tiveram no trabalho de coordenar as ações de campo das equipes por mim supervisionadas no C.M.P. desde que comecei a lá trabalhar; aos professores Dr. José Geraldo Loures Pereira, chefe da 23ª enfermaria, Cirurgia Endócrina, Dr. David R. Azulay, chefe da 29ª enfermaria, Dermatologia, Dr. Gerson Goldwasser, chefe da 3ª enfermaria, Clínica Médica, pelo apoio dado ao trabalho que as equipes de Psicologia Médica sob a minha coordenação e supervisão vem desenvolvendo em suas enfermarias; ao Dr. Homero K. P. Baratta, chefe da 5ª enfermaria, Clínica Médica, e ao Dr. Sérgio Novis, chefe das 24ª e 25ª enfermarias, Neurologia, também do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, pelo apoio dado ao trabalho ambulatorial desenvolvido em seus respectivos Serviços e por mim supervisionado.

Meu reconhecimento à professora e doutora em Enfermagem Nébia Maria Almeida de Figueiredo pela dedicação ao seu trabalho de ensinar seus alunos a cuidar dos pacientes e meu agradecimento pelo acolhimento, disponibilidade e paciência na orientação da minha pesquisa.

A Abram Eksterman, pelos anos de convívio, aprendizado e amizade.

I- Introdução

Meu interesse pelas questões que me levaram a esta pesquisa foi despertado por uma experiência que tive em decorrência de uma peculiaridade da faculdade em que me graduei. Meu treinamento em semiologia médica foi iniciado no Hospital do Engenho de Dentro, mais tarde Hospital Pedro II, depois Centro Psiquiátrico Pedro II e, atualmente, Instituto Municipal Nise da Silveira, um conjunto de prédios de enfermarias que recebeu os pacientes do antigo Hospício Pedro II quando este foi desativado e entregue à Faculdade de Medicina da Universidade Brasil entre as décadas de 1930 e 1940. Na época, o então Hospital Pedro II contava com um bloco para tratamento clínico e cirúrgico dos pacientes internados, onde os estudantes da antiga Escola Médica do Rio de janeiro, da Universidade Gama Filho, iniciavam o treinamento em semiologia médica. Graças à conjugação de doença mental e doença orgânica pude perceber a infinita diversidade de se lidar com sofrimento e doença, a arte de se conseguir colher uma história clínica, a dificuldade de se obter a adesão do paciente ao tratamento, e como é fácil reduzir um ser humano a uma coisa.

Foi lá também que percebi que a experiência de desorganização mental não leva necessariamente a uma psicose, e que a psicose, isto é, a reorganização psicótica diante da vida, só se cristaliza quando no ambiente da pessoa existe uma dinâmica na qual o adoecimento "resolve" as tensões preexistentes e decorrentes da patologia dos vínculos no âmbito familiar, embora crie outras. Só anos mais tarde, já na década de 1980, quando voltei a trabalhar em hospitais gerais, observei um processo semelhante com os sintomas funcionais orgânicos e nas afecções psicossomáticas. Tanto na cristalização das psicoses funcionais quanto na das afecções psicossomáticas encontrei a conjugação entre a patologia dos vínculos básicos, fragilidades funcionais (mentais e/ou orgânicas), estresse (crônico ou agudo) e uma dinâmica estigmatizante que engendra um novo papel para a pessoa: o de ser doente.

Iniciei o curso médico pensando em ser clínico geral, mas o encontro com o sofrimento mental mudou meus planos e me afastou do trabalho com os pacientes somáticos. Fiz o internato no então Hospital Pinel, da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM), a residência médica no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), e, alguns anos depois, a formação psicanalítica na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ), integrante da *International Psychoanalytical Association* (IPA). Como alguns psicanalistas da minha geração, nunca me afastei do trabalho hospitalar. Convivi com a geração que, no Rio de Janeiro, levou a Psicanálise para o hospital psiquiátrico e, ao voltar a trabalhar em hospitais

gerais na década de 1980, tive o privilégio de conviver e aprender com os psicanalistas que, também no Rio de Janeiro, levaram o conhecimento psicanalítico para o hospital geral e deram início ao movimento da Medicina Psicossomática e a prática da Psicologia Médica: Júlio de Mello F°, no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), e Abram Eksterman, com quem continuo trabalhando no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica (CMP) do Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

A assistência à saúde no Brasil passou por momentos decisivos nas décadas de 1970 e 1980. Em 1974 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com a função de centralizar a coordenação da assistência à saúde no longo processo de assunção pelo Estado da responsabilidade pela assistência médica e social da massa trabalhadora. Em 1986, no Rio de Janeiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde estabeleceu as diretrizes da universalização da assistência à saúde e forneceu os subsídios necessários para o Sistema Único de Saúde ser instituído como instrumento para efetivar a "saúde como um direito de todos e dever do Estado", mandamento constitucional de 1988.

Estes eventos imprimiram novos desafios à, já na época, imperiosa necessidade de melhorar a prestação de serviços das instituições públicas de saúde. Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (MS, 2000) – voltado exatamente para a melhora da qualidade dos serviços prestados pelas instituições públicas de saúde. O tema entrou na pauta da XI Conferência Nacional de Saúde, também em 2000. O Humaniza-SUS é a etapa atual deste processo.

Sob a égide da humanização da assistência hospitalar muito se tem escrito sobre a prestação deste serviço, como revela uma simples busca aos principais portais de acesso aos trabalhos científicos brasileiros. Por outro lado, infelizmente, as ações políticas voltadas para o setor têm sido, no mínimo, ambíguas, e revelam que o Estado ainda não se engajou naquilo que vem estimulando. A ambiguidade governamental diante das próprias obrigações tem inviabilizado a efetivação das inúmeras propostas surgidas ao longo destes anos.

Esta pesquisa situa-se dentro do âmbito da humanização da assistência porque foi direcionada para a prática assistencial hospitalar e especificamente dedicada ao exame do encontro clínico com o objetivo de identificar as principais tensões psicológicas aí presentes. Optamos por não incluir nesta pesquisa as tensões psicológicas emergentes nas relações entre profissionais, entre os profissionais e a instituição em que trabalham e entre as instituições que

fazem parte do sistema de saúde da localidade da pesquisa. Assim também apenas apontamos o enredo social e cultural porventura presente nas tensões emergentes nos encontros clínicos. Procedemos dessa forma para podermos investigar melhor o nosso campo de interesse - o estabelecimento e as vicissitudes da intersubjetividade do encontro clínico.

Ao voltar a trabalhar com pacientes somáticos, já como psicanalista, notei que alguns mobilizavam especialmente a equipe de saúde tornando os atendimentos mais complicados, embora não necessariamente devido à gravidade de suas doenças e sim a determinadas situações psicológicas para as quais os profissionais não estavam preparados. Além disso, a falta de consciência da maioria dos profissionais em relação às repercussões que suas atuações têm na vida de seus pacientes me impressionou, e continua me impressionando muito. Quase todos acreditam que o trabalho deles se restringe à aplicação de técnicas adequadas, sejam elas médicas, psicológicas, de enfermagem, nutricionais etc.

Escrever crônicas psicanalíticas sobre a tarefa assistencial (Tenenbaum, 1991; 1992a; 1992b; 1994; 1995) foi a maneira que inicialmente encontrei para ressaltar as profundas experiências humanas presentes no cotidiano do trabalho assistencial, chamar a atenção para o equívoco de limitar a prática assistencial a aplicação de técnicas adequadas desconsiderando a dimensão do encontro intersubjetivo e realçar o valor terapêutico do diálogo clínico.

Comecei a escrevê-las em 1991 para as apresentações de casos clínicos que era convidado a fazer. Com o passar do tempo, elas começaram a aparecer também em periódicos psicanalíticos e eram escritas sob a mobilização de alguma situação assistencial vivida por mim e que sempre acabava ultrapassando as dificuldades pessoais dos envolvidos. Levei um bom tempo, na verdade foram anos de reflexão e estudo, até entender que a própria situação assistencial também deve ser objeto de investigação. Trabalhando com Abram Eksterman aprendi que o principal objeto do trabalho psicológico num hospital não é a psicologia individual, seja do paciente, de membros da equipe de saúde ou de familiares, por mais complicada que algumas delas possam ser, e sim a própria função assistencial. Sem esse ensinamento não é possível entender a dinâmica que governa o campo assistencial e dar o salto necessário para tornar psicoterapêutico todo ato assistencial. Foi nesse ponto que parei de escrever as crônicas para estudar o campo assistencial. Nesse percurso me deparei com a existência de tensões psicológicas relacionadas com situações inerentes ao processo terapêutico concorrendo para o surgimento da iatropatogenia e para a alienação e adoecimento dos profissionais.

Lidar com as tensões psicológicas da vida é um dos maiores desafios da nossa existência. A construção da própria identidade, a busca e a manutenção dos laços afetivos e da realização pessoal bastam para exemplificar. Acrescentando-se os infortúnios, as doenças e a consciência da finitude existencial, não soçobrar torna a vida um grande desafio para o qual temos a ajuda de diferentes produtos culturais: os ensinamentos das diversas religiões e mitologias, as artes cênicas, os escritos filosóficos, a literatura, a ciência... Com a chave da ciência, Freud abriu a porta do diálogo terapêutico; precisamos desenvolvê-lo para adequá-lo a cada paciente.

A assistência hospitalar se tornou uma das atividades mais complexas da atualidade. Em virtude de um conhecimento cada vez mais apurado sobre os diversos fatores que se conjugam na causação das doenças, a equipe de saúde tem sido ampliada com a inclusão de profissionais de diferentes áreas e de técnicos habilitados para o manejo do instrumental necessário à realização dos exames complementares à construção do diagnóstico e ao acompanhamento do tratamento. Por outro lado, o tratamento não raramente envolve os familiares do doente.

Do local para onde os doentes eram encaminhados para receber os cuidados básicos de enfermeiras dedicadas, geralmente religiosas, e a atenção de um único profissional, geralmente imponente, cujos cabedal de conhecimentos sobre a fisiopatologia e arsenal terapêutico eram bastante limitados, e que, provavelmente por essas razões, eram chamados de *Hôtel-Dieu* no idioma francês e Santa Casa da Misericórdia, nos países de língua portuguesa, vemos, atualmente, hospitais com múltiplas clínicas de diferentes especialidades - o hospital geral - só perdendo em complexidade gerencial para os aeroportos. Ambos são locais onde a multiplicidade de tarefas, todas necessárias para que o objetivo seja alcançado, torna o trabalho de todos igualmente especializado e fundamental.

As características pública, privada ou filantrópica, estritamente assistencial ou assistencial-educacional, da instituição hospitalar também são relevantes para configurar o campo assistencial, pois o caráter da atividade-fim da instituição, com a respectiva inserção na política de saúde vigente engendram as fronteiras do campo assistencial e impõem limites à própria atividade.

Em um hospital convive-se diariamente com sofrimento, doença e morte. E esses são apenas os ingredientes provenientes do doente, seus familiares e amigos. A eles devem-se acrescentar os institucionais, oriundos das pressões e dos conflitos institucionais decorrentes de interesses econômicos e políticos e, finalmente, os limites assistenciais determinados pela realidade

econômica e tecnológica do hospital e pelo nível de conhecimento dos profissionais que lá trabalham.

Profissionais diversos, de diferentes esferas socioculturais e com diferentes níveis acadêmicos, trabalham em um hospital geral executando ações específicas, todas voltadas para um único objetivo: o tratamento dos doentes, internados e ambulatoriais. O tratamento dos pacientes internados impõe, em maior grau, tanto a ação coordenada dos diferentes profissionais como mudanças mais radicais na vida dos doentes. A saída do ambiente doméstico e uma relação na qual a experiência de dependência é praticamente inexistente na vida adulta são duas peculiaridades específicas da experiência de internação que contribuem para engendrar um campo psicológico com uma dinâmica específica.

O encontro clínico, como todo espaço de interação humana, engendra tensões psicológicas e sofre pressões de cunho social, econômico, político e cultural. O momento do adoecimento é propício ao exame da interação, que se dá na interioridade de cada doente, entre a capacidade de adaptação exigida pelo adoecimento com as forças motivacionais individuais, relacionadas com as idiossincrasias pessoais, com a história pessoal e com as circunstâncias da vida do doente.

A experiência subjetiva do adoecer, que corresponde às relações de sentido e significado que cada doente constrói nessa interação, por sua vez, quase que invariavelmente impacta os profissionais com quem o doente interage engendrando tensões psicológicas nem sempre conscientes que influenciam o comportamento e a conduta destes profissionais.

Reações emocionais e condutas defensivas, que dificultam a aliança terapêutica, contribuem para a ocorrência da iatropatogenia e para a alienação e adoecimento dos profissionais, em lugar de respostas emocionais e cognitivas adequadas às situações, são ocorrências frequentes nestes momentos.

As questões norteadoras iniciais deste estudo foram:

a) A equipe de saúde é capaz de identificar as tensões psicológicas durante o ato assistencial?
b) Quais são as principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar?
c) Os registros clínicos feitos pelos profissionais podem indicar a presença destas tensões?
d) A identificação destas tensões poderá ser usada na elaboração de um programa de treinamento da equipe assistencial voltado para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout?

e) Como se pode intervir no sentido de ajudar pacientes e profissionais a lidar de modo produtivo com essas tensões?

Com essas questões em mente a coleta de dados foi iniciada com os seguintes objetivos: destacar nos registros clínicos a emergência de tensões psicológicas oriundas do encontro clínico, analisar as ocorrências destas tensões para a elaboração de um programa permanente de capacitação dos profissionais voltado para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout.

Consequentemente, os objetivos que responderão a estas questões são

a) Identificar as principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial hospitalar.
b) Caracterizar as principais tensões psicológicas presentes nesta prática para a construção de um programa de treinamento da equipe assistencial.
c) Testar o programa de capacitação para a prevenção de ações iatrogênicas e de adoecimento da equipe assistencial.

II- Justificativa

O convívio diário com sofrimento, doença e morte, por um lado, pressões e conflitos institucionais frutos de interesses econômicos e políticos, por outro, conjuntamente com limites assistenciais dos profissionais e da instituição, fazem da interação entre pacientes e profissionais de saúde um campo rico em tensões, pessoais, profissionais e grupais. Estas induzem reações emocionais e atitudes que diminuem a aliança terapêutica e contribuem significativamente para a ocorrência da iatropatogenia e para o adoecimento e alienação dos profissionais de saúde.

Como o estabelecimento e o manejo da relação terapêutica têm dependido mais da habilidade pessoal do que do conhecimento especializado, a emergência de tensões psicológicas é não só usual como esperada e observa-se com frequência a ocorrência de reações emocionais que dificultam a aliança terapêutica e induzem a iatropatogenia nos pacientes e o adoecimento da equipe assistencial, em lugar de respostas emocionais e cognitivas adequadas à situação.

Através do exame da irracionalidade emergente no campo assistencial, o propósito desta pesquisa foi a identificação das principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial a pacientes internados, com o objetivo de elaborar um método de abordagem que diminua a

ocorrência da iatropatogenia e um programa de capacitação para prevenir o adoecimento da equipe profissional.

Através do exame dos acompanhamentos psicológicos dos pacientes e familiares e das interconsultas (Luchina, 1977, 1979) pretendemos exemplificar a emergência das tensões psicológicas nos encontros clínicos e retirar desses exemplos considerações mais gerais sobre as tensões psicológicas mais comuns na prática assistencial seguindo as considerações de K. Lewin sobre a relação entre casos individuais e leis gerais (Lewin, 1973).

Esperamos que a identificação das principais tensões psicológicas presentes na prática assistencial possa contribuir para a elaboração de um programa de capacitação dos profissionais de saúde em lidar produtivamente com as tensões psicológicas inerentes ao trabalho assistencial a pacientes internados prevenindo a iatropatogenia e a síndrome de burnout.

Acreditamos que o programa de capacitação apresentado no final do trabalho poderá ser posto em prática nas instituições de saúde e/ou hospitalares e que os resultados deste estudo possam ser discutidos pelas diferentes categorias profissionais envolvidas na assistência á saúde.

III- Fundamentação teórica

Consideramos que o primeiro passo na investigação destas tensões é a delimitação do campo dentro do qual elas se tornam presentes. A noção de campo advém da Física, onde designa a região sob a influência de alguma força (elétrica, magnética, gravitacional etc.) ou agente físico. Foi importada para a Psicologia por Kurt Lewin (1892-1947), psicólogo alemão emigrado para os Estados Unidos da América para fugir do nazismo, que, posicionando-se contrariamente à abordagem até então usual de considerar os eventos psicológicos como produzidos no indivíduo isoladamente, afirmou que "só é possível entender as forças que governam o campo psicológico se incluirmos na representação toda a situação psicológica, que necessariamente inclui a pessoa e o ambiente". Assim, "todo e qualquer evento psicológico depende do estado da pessoa e, ao mesmo tempo, do ambiente, embora a importância relativa de um e de outro seja diferente em diferentes casos" (Lewin, 1973).

Ambiente é um conceito utilizado em diferentes áreas do conhecimento. Na Biologia, o meio ambiente inclui tudo aquilo que afeta diretamente o organismo ou o comportamento de um

ser ou de uma espécie, desde os elementos da natureza até outros seres que vivem no mesmo ambiente; na Sociologia, designa o ambiente cultural dentro do qual as interações sociais, nos níveis individual e grupal acontecem; na Cibernética, por ambiente virtual entende-se a interface entre um usuário e um sistema computacional; finalmente, o ambiente psicológico, que inicialmente estava limitado aos processos subjetivos, atualmente compreende o espaço da interação pessoal, a intersubjetividade.

O conhecimento sobre o ambiente psicológico vem sendo ampliado desde o início do século XX quando Jacob J. Uexküll (1864-1944), biólogo e filósofo de origem alemã, estabeleceu que cada espécie animal vive em um ambiente específico, diferenciando o ambiente físico que existe em torno do indivíduo daquilo que é percebido pelo organismo (Uexküll, 1909). Uexküll foi o primeiro a afirmar que cada espécie vive em seu próprio mundo. E, para designar esse mundo específico composto por tudo que é reconhecido pela espécie, este autor criou inicialmente o termo *umwelt*, mais tarde substituído por *merkwelt* para acentuar a diferença entre o que está em torno (o meio ambiente biológico) do que é perceptível para cada espécie (o ambiente perceptivo).

Se as espécies animais vivem em mundos particulares, criados pelas respectivas capacidades perceptuais, o mundo humano é bastante mais complexo porque na espécie humana esta capacidade recebeu um *upgrade* com o estabelecimento da consciência e com o desenvolvimento da linguagem. Pode-se dizer que, em termos evolutivos, a conjugação da capacidade perceptual com a consciência e a linguagem engendrou, na espécie humana, a criação de uma interface virtual entre o indivíduo e tudo o que existe, interface formada por representações simbólicas da realidade, externa e interna: a mente, cujo estudo esteve inicialmente limitado aos processos de construção da subjetividade, mas atualmente compreende o espaço da interação pessoal, a intersubjetividade.

Consciência é outro conceito empregado em diferentes sentidos. Para a Filosofia, ela é uma capacidade reflexiva; para a Religião, uma capacidade moral; em termos cognitivos, denota estar ciente, possuir uma informação ou um conhecimento; neurologicamente, descreve o grau pleno de funcionamento do sistema nervoso central, cuja amplitude – ou nível de consciência – pode variar desde o estado de coma profundo até o estado de lucidez. Psicologicamente, designa a capacidade de apreender a natureza de uma situação, objetiva ou subjetiva, em toda a sua complexidade, psicológica e existencial, e responder adequadamente a ela. Psicanaliticamente, a consciência corresponde à camada mais externa do aparelho mental, intimamente relacionada com o sistema perceptivo, influenciada pela atenção e cujo acesso, mediado por mecanismos

defensivos e dependente da interação entre os processos cognitivos e afetivos, é necessário para a realização das ações (motoras) específicas (Freud, 1915b, Eksterman, 1987). É, portanto, uma experiência relacional e fruto da integração dos diferentes aspectos da situação (sensoriais, afetivos e cognitivos). Por ampliar o conhecimento da realidade externa e interna, ela é sempre uma experiência transformadora e os mecanismos de defesa (do ego) são os mediadores empregados com a finalidade precípua de impedir a ameaça de desorganização do sistema simbólico inerente a toda mudança e cujo primeiro sinal pode ser a emergência de tensões psicológicas (Tenenbaum, 2010).

José Bleger (1922-1972), psiquiatra e psicanalista argentino, subdivide o campo psicológico em campo ambiental e campo psicológico propriamente dito. O primeiro corresponde à realidade, mas não se limita aos elementos concretos situados no espaço. Abarca também o sentido que tem sua organização e estrutura, em sua unidade e totalidade geradora do contexto dentro do qual se dá a conduta humana. Para Bleger, o campo psicológico propriamente dito corresponde à estrutura ou configuração particular que o campo ambiental tem para cada componente da situação (Bleger, 1977).

E, dentro do campo psicológico propriamente dito, Bleger especifica o campo da consciência como sendo a configuração simbólica que o campo ambiental tem para cada componente. Para este autor, "o campo psicológico não é formado apenas pela conduta de cada indivíduo, mas sim pelo contexto implícito nessas manifestações de conduta: gestos, atitudes, ações, pensamentos e aspirações. Quando o campo psicológico coincide com o campo ambiental o indivíduo ou o grupo atua com sentido de realidade. Caso contrário, há uma dissociação entre os dois campos. Essa dissociação implica na perda do sentido de realidade" e, podemos acrescentar, abre espaço para a penetração na consciência de elementos oriundos do processo primário de pensar (Freud, 1900, 1911a, 1915b). É nesse momento que se pode falar em impregnação irracional do campo da consciência.

Utilizando-se do teorema de W.I Thomas que estabelece que "se o homem define situações como reais, elas são reais em suas consequências", Bleger pode afirmar que o ser humano se comporta de acordo com a estrutura do seu campo psicológico, interagindo de acordo com o significado que dá às situações vividas (Bleger, 1977).

Segundo Lalande (1993), tensão "é o esforço interno que dá a toda coisa a coerência de sua natureza". Na psicologia, tensão designa o esforço relacionado à realização de certas funções mentais como uma nova síntese, uma forte concentração e um número grande de atos de

consciência. Para Bleger, a tensão psicológica é um dos elementos do campo psicológico, como também do organismo. É uma qualidade do campo, que pode ou não ser percebida (Bleger, 1977).

Em termos psicanalíticos, a tensão psicológica surge quando o caminho do impulso ou estímulo para a consciência está impedido ou quando uma experiência não pode ser integrada à estrutura simbólica. Estas situações ocorrem quando há algum tipo de conflito entre as instâncias mentais, ego, id e superego, ou entre o ego e a realidade.

III.1- A Psicanálise e o campo assistencial hospitalar

A Psicanálise teve o mérito, entre outros, de trazer para o campo da pesquisa clínica o exame da irracionalidade. Freud a examinou não apenas nos doentes mentais, como pode ser acompanhado nos casos clínicos que apresentou (Breuer & Freud, 1893-95; Freud, 1886, 1892, 1893, 1909a, 1909b, 1911b, 1915a, 1918, 1920b, 1923a), mas também nas doenças orgânicas (Freud, 1910), na vida cotidiana (Freud, 1901) e na própria cultura (Freud, 1930). Alguns de seus discípulos, munidos da disposição de ampliar o conhecimento sobre a relação corpo-mente, foram para o hospital e iniciaram o que hoje se conhece como Medicina Psicossomática e Psicologia Médica. Mas, a complexidade atual da prática assistencial exige conhecimentos de outras áreas, principalmente da Antropologia Médica (as formas do adoecer humano), da Sociologia Médica (as formas de organização da assistência à saúde), da Psicologia do Desenvolvimento (as crises, evolutivas e acidentais, do desenvolvimento humano e suas relações com o adoecimento), da Filosofia (o ser doente e seu estar-no-mundo) e da Neurociência (as contribuições para a psiconeurofisiologia).

Franz Alexander (1891-1964), médico psicanalista nascido em Budapeste, Peter Sífneos (1920-2008), médico psicanalista nascido grego e Pierre Marty (1918-1993), médico psicanalista francês, lideraram as pesquisas psicanalíticas sobre a relação corpo-mente; Michael Balint (1896-1970), médico psicanalista nascido em Budapeste e radicado em Londres, deu início à capacitação psicológica e psicodinâmica dos profissionais da saúde (Balint, 1994); Isaac Luchina (1977, 1979), médico psicanalista argentino, desenvolveu a interconsulta, o diálogo clínico para a troca de conhecimentos entre os diferentes profissionais que têm um paciente em comum.

O primeiro partiu das observações freudianas sobre a ocorrência de sintomas orgânicos funcionais na vigência de conflitos psicológicos inconscientes e fundou o movimento que ficou

conhecido como a escola psicossomática de Chicago, que se caracterizou pela pesquisa sobre o papel dos processos simbólicos na patogenia psicossomática. Com o objetivo de encontrar conflitos específicos para cada doença orgânica foram estudadas exaustivamente sete doenças que, por isso, acabaram conhecidas como as doenças psicossomáticas por excelência: asma brônquica, colite ulcerativa, doença de Graves, hipertensão essencial, úlcera péptica, artrite reumatoide e neurodermatite (Alexander, 1933, 1950; Alexander & Selesnick, 1968). Teve vários e inúmeros seguidores em diferentes países, que desenvolveram essa pesquisa ao extremo, gerando a pesquisa hermenêutica dos sintomas orgânicos que caracterizou essa etapa do conhecimento psicossomático. Foi a época da transcrição psicológica dos sintomas orgânicos (escola psicossomática de Chicago) e da construção dos perfis psicológicos (Dunbar, 1954) propícios ao adoecimento orgânico.

Duas décadas depois, Peter Sifneos, já professor de Harvard, cunhou o termo alexitimia (Sifneos, 1973; Sifneos & Nehemiah, 1983) para designar a dificuldade de expressar sentimentos, um tipo de embotamento afetivo que ele julgou ser característico dos pacientes orgânicos. Nessa mesma época, Pierre Marty desenvolveu uma pesquisa dirigida para um tipo específico de funcionamento mental, o pensamento operatório (Marty & Múzan, 1983), que ele julgava ser específico dos pacientes orgânicos: o pensamento operatório, caracterizado pelo predomínio do lado prático da vida decorrente de uma pobreza imaginativa, isto é, simbólica. Essa pesquisa criou o movimento conhecido como a escola psicossomática de Paris. Esses dois pesquisadores, de maneira independente, entenderam o fenômeno psicossomático da mesma forma que Freud entendeu as neuroses atuais, a segunda linha de pesquisa presente no texto freudiano de 1910. Sifneos e Marty afirmaram que a patogenia psicossomática estaria relacionada com falhas no processo de simbolização e que as doenças psicossomáticas corresponderiam a extravasamentos no corpo, somatizações, de experiências psicológicas não devidamente elaboradas, seja por dificuldade em expressar e designar sentimentos (a alexitimia de Sifneos) ou por pobreza simbólica (o pensamento operatório de Marty). Anos antes, Otto Fenichel (1897-1946), médico psicanalista nascido em Viena e radicado em Los Angeles, havia criado o conceito de organoneurose para descrever o mesmo tipo de situação clínica (Fenichel, 1966).

A terceira vertente da pesquisa sobre a relação corpo-mente está associada às descobertas de Hans Selye (1907-1982), médico vienense radicado em Montreal, sobre as etapas iniciais dos processos mórbidos, que culminaram no conceito de Síndrome Geral de Adaptação, popularizada como estresse (Selye, 1965). Esta descoberta teve enorme impacto sobre o

conhecimento dos processos de adoecimento, que sofreu uma ampliação ainda maior com a constatação subsequente de que experiências psicológicas também podem funcionar como agentes estressores, desencadeando a Síndrome Geral de Adaptação com todas as suas repercussões orgânicas.

Na década de 1970, no Rio de Janeiro, Abram Eksterman, médico e psicanalista, diretor do Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (CMP), desenvolvendo o trabalho iniciado por Danilo Perestrello (1916-1989), também médico e psicanalista, um dos pioneiros da Medicina Psicossomática no Brasil, no mesmo hospital, observou que o estresse tem a mesma função para o funcionamento orgânico que a ansiedade e a angústia desempenham no funcionamento mental: todos funcionam como reações de alarme para o desencadeamento dos respectivos sistemas de defesa, o biológico e o psicológico. E o adoecimento, físico ou mental, se dá quando as defesas acionadas não respondem adequadamente à situação, levando ao rompimento da homeostase do organismo nas vulnerabilidades de cada pessoa, no *locus minori resistentiae* (Adler apud Freud, 1910). A partir deste ponto, duas linhas de pesquisa sobre a patogenia psicossomática foram iniciadas no CMP, nas quais me engajei na década de 1990: uma, mais geral, sobre os efeitos do estresse psicológico crônico no desenvolvimento de doenças orgânicas e outra, mais específica, a respeito do papel das patologias dos vínculos no desenvolvimento de certas doenças somáticas.

A necessária capacitação dos profissionais de saúde para a utilização desses novos conhecimentos foi iniciada por Michael Balint, que, em 1949, criou uma atividade grupal com médicos voltada para a discussão da tarefa assistencial, que ficou conhecida como "grupo Balint" (Balint, 1994; Luchina, 1982, Missenard, 1994). A partir dos casos em que os próprios profissionais encontravam dificuldades em conduzir o processo terapêutico, Balint usava o conhecimento psicanalítico sobre a psicodinâmica das relações interpessoais com o objetivo de utilizar a relação médico-paciente como recurso terapêutico. Pouco mais tarde, ao se perceber o potencial pedagógico, essa atividade passou a ser realizada, inclusive no Brasil, com todos os profissionais e estudantes da área da Saúde. A Psicologia Médica, disciplina do ensino médico dedicada ao estudo das relações assistenciais com o objetivo de capacitar os profissionais para o adequado manejo dos elementos psicodinâmicos presentes no campo assistencial e assim melhorar a qualidade terapêutica da relação assistencial, além de prevenir a iatropatogenia e a síndrome de Burnout, é um dos frutos dessa experiência original de Balint (Eksterman, 1992; Ribeiro et cols., 2010). Desde a graduação investia-se na capacitação profissional no sentido da

individualização de cada tratamento, uma medicina da pessoa e não da doença (Perestrello, 1996), como estratégia para os desafios da prática assistencial.

Nesta época, o campo assistencial hospitalar era comandado pelos médicos e, a pesquisa psicológica, pelos médicos psicanalistas. Três fenômenos interligados mudaram o campo assistencial: a chegada dos psicólogos, a diversificação de orientações psicoterápicas e a pulverização da formação psicanalítica. Atualmente, a Psicologia Hospitalar abarca as ações psicológicas que são executadas nos hospitais sob as mais diversas orientações.

Textos mais recentes revelam que esse tema vem sendo trabalhado em uma nova perspectiva: a da construção de tecnologias a serem empregadas para a humanização da assistência em uma prática orientada por protocolos retirados de evidências científicas. Neles entende-se que a assistência precisa ser humanizada, mas, paradoxalmente, propõe-se que isso será alcançado com o desenvolvimento de tecnologias e protocolos.

Essa nova perspectiva indica que o estabelecimento e o manejo terapêutico da relação assistencial deixaram de ser uma habilidade pessoal a ser desenvolvida na formação profissional e continuada por toda a vida. Embora ainda se escreva sobre a importância do estabelecimento do vínculo para a qualidade da relação assistencial, este é pensado a partir do comportamento dos profissionais e a relação assistencial é trabalhada sob a ótica de uma relação trabalhador-usuário (Mehry & Franco, 2003, p. 04). Perdeu-se a dimensão do encontro intersubjetivo que engendra uma dinâmica própria e única. Os conhecimentos oriundos da Psicologia Social, da Psicologia Comportamental e da Psicanálise são tratados como recursos para a produção de tecnologias relacionais voltadas para a instrumentalização da relação assistencial. O risco assinalado por Japiassu (1977) há quase quarenta anos sobre a utilização da Psicologia como uma tecnologia está se tornando um fato, pois observa-se uma crescente desconsideração pelo caráter eminentemente individual e criativo, intersubjetivo, que propicia a qualidade terapêutica de uma relação assistencial.

Sem a devida consideração pela intersubjetividade, a avaliação da relação assistencial fica limitada a indicadores relacionados com a observância das regras sociais de convivência, com elementos do desempenho da cidadania e com elementos da relação entre prestadores de serviço e consumidores onde, dos primeiros, espera-se um relacionamento dentro das respectivas regras éticas e deontológicas e de convivência e, na outra ponta, incentiva-se uma maior participação dos “usuários” no tratamento e o pleno exercício dos direitos assegurados pela legislação

específica, como pode ser observado em Barra, et. Cols, 2006; Coelho e Jorge, 2009; Martins e Albuquerque, 2007; Mehry, 2000; 2003; Moreira, 2010 e em Salles, 2010.

Inquestionavelmente, a qualidade terapêutica da relação assistencial passa pelo estabelecimento de uma relação intersubjetiva, pelo desenvolvimento científico do profissional e pela existência das necessárias condições (*setting*) para o digno exercício da tarefa assistencial (acesso fácil, conforto, isto é, mobiliário completo, iluminação e ventilação, além de privacidade e tempo (!), pois em menos de 30 a 40 minutos não é possível se estabelecer esse tipo de relação com cada doente e executar os procedimentos necessários à situação).

III.2- A intersubjetividade no campo assistencial hospitalar

O campo dentro do qual se dá a assistência à saúde, o campo assistencial, se organiza a partir de uma situação específica: dar e receber tratamento. E, nesse sentido, apresenta características psicológicas gerais e psicodinâmicas específicas a cada processo terapêutico.

Eksterman (Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica, 2013, Eksterman, 1968; 1975; 1980; 1986a; 1986b; 1992), define o campo assistencial como o espaço virtual formado a partir da interação entre todas as pessoas envolvidas, direta e indiretamente, com a efetivação da assistência. Interação que se dá entre aqueles que, por imperativos profissionais (éticos e sociais), estão coagidos a intervir no sentido de aliviar ou curar e aquele que, por imperativo do sofrimento e da doença, está coagido a receber ajuda. Todos lidam constantemente com sofrimento e ameaça de morte.

Ainda dentro das características psicológicas gerais, essa interação acima referida se dá em três planos conjugados: o pessoal, o psicológico e o profissional. No plano pessoal, ela é regida pelos valores culturais (preceitos éticos, morais e estéticos, preconceitos e preferências e ambições pessoais) e históricos (quantidade e qualidades das experiências vividas: sucessos, fracassos, realizações, frustrações, perdas, decepções etc.) dos envolvidos. Em sendo uma relação de ajuda, pois mesmo havendo algum tipo de pagamento e possíveis interesses pecuniários de qualquer um dos componentes da relação, no plano psicológico a interação é assim vivida e invariavelmente desencadeia reações e defesas às situações de dependência, sofrimento e de ameaça de morte. E, no plano profissional, como toda relação técnica, ela está ancorada no desenvolvimento cognitivo e sujeita aos limites profissionais e institucionais. Ao se cristalizarem em cada situação assistencial, essas características gerais engendram uma dinâmica específica a cada encontro profissional-paciente.

A compreensão dessa dinâmica se dá a partir dos parâmetros simbólicos dentro dos quais a experiência intersubjetiva é representada induzindo as ações específicas, que para os fins desta pesquisa serão qualificadas como terapêuticas ou iatropatogênicas. O campo psicodinâmico exige uma técnica própria de investigação que inclua os dados inconscientes dos envolvidos (Baranger, 1969). A entrevista não estruturada é o melhor instrumento para este fim. Ao favorecer a expressão do paciente, possibilita a emergência das produções do processo primário de pensar (Freud, 1900, 1911a, 1915b), mais próximo dos esquemas biológicos (id) e culturais individuais criados na ontogênese (superego), permitindo o acompanhamento dos processos adaptativos individuais, a construção e o exame da intersubjetividade do encontro assistencial.

III.3- Termos e conceitos empregados na pesquisa

Agressividade

A repressão da hostilidade foi reconhecida desde o início da pesquisa psicanalítica. Freud apresentou dois casos clínicos, "O Pequeno Hans" (Freud, 1909a) e o "Homem dos Ratos" (Freud, 1909b), nos quais o reconhecimento da existência de desejos hostis inconscientes e reprimidos teve um papel central na compreensão do quadro clínico desses pacientes. O passo seguinte no estudo da agressividade humana foi dado com a formulação do conceito de ambivalência no artigo "A Dinâmica da Transferência" (Freud, 1912).

Alfred Adler, psicanalista húngaro (1870-1937) radicado em Viena e um dos quatro membros do seleto grupo inicial que se reunia com Freud, propôs, em uma destas reuniões em 1908[1], a existência de uma pulsão agressiva independente e com papel fundamental na constituição das neuroses, o que, inicialmente, não foi aceito por Freud. Até a reformulação de suas concepções sobre a organização pulsional desencadeada pela introdução da pulsão de morte (Freud, 1920a), Freud não admitia a ideia de uma pulsão de agressão independente da libido.

Até 1920 a agressividade humana era objeto de consideração psicanalítica a partir do par sadismo/masoquismo, entendido como expressões da satisfação libidinal ligada ao sofrimento. As modificações decorrentes da introdução do conceito de pulsão de morte e seus desdobramentos teóricos posteriores, principalmente a partir dos estudos desenvolvidos por Melanie Klein psicanalista austríaca radicada em Londres (1882-1960), acabaram levando a

[1] Posteriormente publicada com o título de "A pulsão agressiva na vida e na neurose"

uma superposição dos conceitos de agressividade, hostilidade e destrutividade, o que gerou enorme controvérsia sobre o tema.

Enquanto os kleineanos propõem que a agressividade seja uma pulsão inata, primordialmente hostil e destrutiva para com o objeto para o qual é dirigida, os kohutianos (discípulos de Heinz Kohut [1913-1981], psicanalista, fundador da Psicologia Psicanalítica do *Self*) defendem que "a agressividade é inicialmente uma função, um esforço ativo, não hostil, a serviço do domínio e da adaptação, só assumindo qualidades hostis e destrutivas em reação à frustração e ao conflito" (Moore & Fine, 1992). Por outro lado, John Bowlby, psicanalista inglês, (1907-1990), ao acompanhar por muitos anos crianças que tiveram problemas no estabelecimento dos vínculos básicos, constatou que a agressividade também se expressa nas tentativas de manutenção de relações fundamentais e demonstrou a íntima relação entre a agressividade e as experiências de perda e separação (Bowlby, 1990, 1993a, 1993b). Em trabalho anterior tentei mostrar o papel da agressividade (diferentemente da destrutividade) na construção do eu (Tenenbaum, 1992).

A distinção entre agressividade, hostilidade e destrutividade, assim como o manejo das respectivas manifestações clínicas varia conforme a compreensão teórica de cada autor. É sempre problemático e iatrogênico lidar como se toda expressão da agressividade fosse um equivalente da destrutividade. A observação das relações humanas mostra que a agressividade está presente na vida cotidiana, como, por exemplo, nas afirmações do eu, nas demarcações de território e nas atitudes defensivas. O uso psicológico da agressividade, que caracteriza a destrutividade, também está presente em nosso convívio, nos momentos em que agimos e/ou reagimos destrutivamente às mais diversas situações da vida.

Por tudo isso, há que se proceder à diferenciação entre a disposição psicológica para o desencadeamento de condutas destrutivas e a agressividade, impulso biológico presente em todas as espécies e ligado à sobrevivência/adaptação.

Ambivalência

Designa a presença simultânea de tendências, atitudes ou sentimentos opostos para com outra pessoa, coisa ou situação. Ela é mais facilmente identificada em certas afecções (psicoses e neuroses obsessivas) e em certos estados afetivos especiais, como o ciúme e o luto.

O termo foi criado por Eugène Bleuler, psiquiatra suíço (1857-1939), diretor do Hospital Burghölzl (1888-1927), no qual trabalharam como assistentes alguns dos mais importantes

psiquiatras e psicanalistas da época, dentre eles Karl Abraham, Carl Gustav Jung, Eugène Minkowski e Ludwing Binswanger, e importante interlocutor de Freud, com quem manteve correspondência e foi co-diretor do *Jahrbuch fur psychoanalytische und psychopathologische*, revista criada por Freud em 1908. Bleuler publicou, em 1911, o trabalho intitulado "Dementia praecox ou o grupo das esquizofrenias", no qual desenvolveu a ideia de que a demência precoce descrita por Emil Kraepelin, psiquiatra alemão (1856-1926), não constituía uma única doença e sim um conjunto de afecções com traços comuns, sendo o principal a cisão da mente: esquizofrenia, literalmente mente dividida.

O conceito foi incorporado à Psicanálise por Freud, que o utilizou, inicialmente, para falar dos pares opostos das pulsões componentes: atividade/passividade, sadismo/masoquismo, exibicionismo/escopofilia. Mais tarde, usou-o também para falar da existência simultânea da transferência positiva e negativa e também o empregou no bojo de sua concepção dualística das pulsões: sexualidade/autoconservação; Eros/Tanatos.

Karl Abraham, psicanalista alemão (1877-1925), autor de importantes trabalhos nos quais utilizou o conhecimento psicanalítico na compreensão do fenômeno psicótico, desenvolveu esse conceito como uma categoria que permitiria especificar o tipo de relação objetal de acordo com cada etapa do desenvolvimento libidinal. Assim, para este autor haveria uma fase pré-ambivalente (oral primitiva); a ambivalência surgiria na fase oral-sádica e depois a pessoa desenvolveria a capacidade de poupar seu objeto e de salvá-lo da própria destrutividade. Por fim, a ambivalência seria superada na fase genital, por ele considerada pós-ambivalente. Ao contrário de K. Abraham, Melanie Klein considerava a ambivalência como um dos elementos fundamentais do funcionamento mental, presente desde seus primórdios.

Em seu sentido mais geral, a ambivalência é universal já que a afeição geralmente é complicada pela hostilidade e muitas relações hostis são temperadas pela afeição. Quando a força dos sentimentos opostos aumenta ao ponto da ação se tornar inevitável e, ao mesmo tempo, inaceitável, a ambivalência é reprimida e assim apenas o polo afetivo consegue alcançar a consciência. A hostilidade é reprimida com mais frequência, mas a afeição também pode sofrer esta vicissitude. A percepção adequada do componente reprimido e sua comunicação ao paciente costumam ter efeito terapêutico, diminuindo a ambivalência.

Ansiedade/angústia

Na psicopatologia, estes termos são empregados para designar estados afetivos penosos,

caracterizados pela expectativa de alguma ameaça que se revela indeterminada e imprecisa, e diante da qual o indivíduo se julga indefeso. Alguns autores as diferenciam a partir de seus corolários: a expressão da ansiedade é restrita à esfera mental (aflição, inquietação, ânsia etc.) enquanto que a angústia se expressa através de sintomas corporais (opressão no peito, dor no peito, falta de ar etc.).

Ansiedade e angústia são os sinais básicos de sofrimento mental. Enquanto que a angústia tende a imobilizar o paciente, a ansiedade está sempre acompanhada de algum grau de inquietação, o que torna o paciente praticamente incapaz de ficar parado/deitado porque o movimento é a forma primitiva e mais comum de eliminação da ansiedade. Se o paciente for, estiver ou se sentir impedido de descarregá-la pelo movimento corporal a ansiedade tende a aumentar.

São descritos três tipos de ansiedade/angústia: a existencial, a neurótica e a psicótica. A Psicanálise tem se detido no estudo da angústia neurótica (relacionada com as experiências de separação, perda e castração) e psicótica (relacionada com experiências de desorganização do ego como a despersonalização, desrealização e a perseguição).

Os estudos das etapas primitivas do desenvolvimento e de seus respectivos vínculos afetivos permitiram importantes avanços no conhecimento da ansiedade/angústia. Melanie Klein desenvolveu estudos sobre a ansiedade/angústia de aniquilamento; W. R. Bion estudou a ansiedade/angústia psicótica; Donald Winnicott, René Spitz, Eric Erikson, Margareth Mahler pesquisaram as ansiedades presentes no processo de separação-individuação e John Bowlby, estudando o vínculo de apego, correlacionou o surgimento da ansiedade/angústia à ameaça de perda do objeto dentro de uma relação de apego inseguro.

Alguns tipos de ansiedade/angústia estudados pela Psicanálise:

- Ansiedade/angústia sinal: reação em menor escala da ansiedade/angústia vivida primitivamente em alguma situação traumática e que o ego utiliza nas situações de perigo para desencadear os mecanismos defensivos e assim evitar que ele seja submerso pelo afluxo de excitações.

- Ansiedade/angústia real: é aquela desencadeada diante de uma ameaça real para a pessoa, em contraste com as ansiedades/angústias neurótica e psicótica, desencadeadas por ameaças virtuais.

- Ansiedade/angústia automática: é aquela desencadeada nas situações de perigo externo e/ou interno.

- Ansiedade/angústia de aniquilamento ou de morte: ansiedade primitiva, relacionada com experiências de destruição do self.

- Ansiedade/angústia de castração: típica da fase fálica do desenvolvimento psicossexual, é aquela que surge quando a ameaça é vivida como sendo dirigida diretamente ao pênis ou a algum equivalente simbólico.

- Ansiedade/angústia de separação: para alguns autores ela é inerente ao processo de separação–individuação enquanto que para outros ela denuncia uma relação diádica insegura.

- Ansiedade/angústia edípica: desencadeada nas situações inconscientemente relacionadas com o complexo de Édipo.

- Ansiedade/angústia paranoide ou persecutória: desencadeada pela ameaça de ser atacado por alguma(s) pessoa (a), vivida como perseguidor(es).

- Ansiedade/angústia depressiva: desencadeada pela experiência subjetiva de se ter destruído o objeto amado.

- Ansiedade hipocondríaca: desencadeada pelo sentimento, às vezes pela certeza, de se ter alguma doença grave e incurável em um cenário no qual o interior do corpo é vivido como um objeto persecutório.

- Ansiedade fóbica: desencadeada quando a pessoa se sente aterrorizada diante de um objeto, animal, pessoa ou situação.

Cisão, clivagem ou divisão do ego

Termo utilizado por Freud para designar um mecanismo de defesa do ego que se caracteriza pela coexistência de duas concepções diferentes sobre um aspecto da realidade, interior ou exterior. Uma leva em conta o aspecto da realidade em questão enquanto que a outra o nega, colocando em seu lugar um desejo relacionado com o aspecto da realidade em pauta. Não raramente, este tipo de cisão acarreta uma paralisia frente à realidade em pauta. O uso freudiano deste conceito foi elaborado nos artigos "Fetichismo" (Freud, 1927a), "Esboço da Psicanálise" (Freud, 1940a) e "A Clivagem do Ego no Processo de Defesa" (Freud, 1940b).

O conhecimento acerca de cisões no funcionamento mental é anterior a Freud. Dentre seus contemporâneos, Pierre Marie Felix Janet, filósofo e médico francês (1859-1947), Josef Breuer, importante médico vienense que patrocinou o inicio da carreira médica de Freud e com ele

desenvolveu estudos sobre a histeria (1842-1925) e Eugène Bleuer (1857-1939) já haviam notado a existência desse fenômeno. O primeiro considerava que na origem da histeria havia a presença de ideias fixas que provocariam uma dissociação da consciência; o segundo, atribuía os fenômenos histéricos à dissociação da consciência provocada por reminiscências e o último, considerava que a cisão da mente fazia parte da etiopatogenia das esquizofrenias.

Complexo de Édipo

Conjunto de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta na relação com os pais. Apresenta-se em duas formas: a positiva, expressa através da conjugação da hostilidade em relação ao genitor do mesmo sexo, vivido como rival, com o desejo amoroso-sexual, muitas vezes com uma conotação de posse, em relação ao genitor de sexo oposto; e a forma negativa, que se expressa através do amor pelo genitor do mesmo sexo e ódio ciumento em relação ao genitor do sexo oposto. Estas duas formas são encontradas em graus variáveis na chamada forma completa do Complexo de Édipo e engendram uma rede de identificações e culpas que desempenham um papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação da vida afetiva do ser humano.

A entrada da criança na trama edípica se dá entre os três e os quatro anos e institui um novo tipo de relação, a triangular, ao lado da pré-existente, dual ou diádica.

Contratransferência

A experiência transferencial vivida na relação terapêutica pode desencadear, no terapeuta, um conjunto de sentimentos e atitudes inconscientes relacionados com suas próprias situações históricas. É, portanto, um fenômeno análogo ao da transferência.

Atualmente, alguns autores incluem nesta designação todas as reações emocionais vividas pelo terapeuta na relação terapêutica, especialmente aquelas que interferem no trabalho terapêutico.

Seus efeitos no processo terapêutico dependerão de como o terapeuta a manejar. Se sua ocorrência for objeto de autoanálise, os efeitos serão positivos, pois ampliará o conhecimento do terapeuta sobre de si próprio e aumentará a compreensão sobre o paciente. Se, por outro lado, o terapeuta desconhecê-la, os efeitos serão negativos, pois a sua capacidade empática diminuirá e atitudes antiterapêuticas, por vezes iatrogênicas, poderão acontecer.

A ocorrência de fenômenos contratransferenciais aponta para a existência de pontos cegos, aspectos desconhecidos pelo terapeuta sobre a própria personalidade e a própria história.

Doença/sintoma funcional

Adjetivação utilizada para caracterizar a doença, geralmente crônica, cujos sintomas correspondem a alterações no funcionamento do órgão, do aparelho ou do sistema, sem nenhuma alteração anatômica. Sintomas e doenças funcionais estão relacionados com o estresse e com as fragilidades orgânicas individuais.

Dentre as pessoas que procuram tratamento médico, 15 a 20% são portadoras de doenças funcionais. Além disso, toda doença orgânica costuma ser acompanhada de sintomas funcionais relacionados ao estresse desencadeado pelo próprio adoecimento.

Ego

Em primeiro lugar, é preciso fazer a distinção entre eu e ego, apesar de vários autores usarem esses conceitos indistintamente. James Strachey, responsável pela tradução dos textos freudianos para o idioma inglês, influenciado por Ernest Jones, traduziu o *ich* utilizado por Freud por ego para designar a instância mental responsável, basicamente, pela compatibilização entre o mundo interno e a realidade, pelo acesso à motilidade e pelo acesso à consciência (Freud, 1923b). Apesar de haver esta e outras discussões semânticas em relação à tradução dos textos freudianos, não há como se negar que a experiência existencial é diferente da experiência mental. Alguns quadros psicopatológicos se caracterizam exatamente pelo isolamento destas duas experiências e pelo predomínio da experiência mental sobre a existencial. Com isso, algumas pessoas passam a vida conjecturando sobre seus problemas, com ou sem ajuda psicoterapêutica, sem nunca conseguirem começar a viver, como parece ter sido o caso de Seguéi Constantinovitch Pankejeff, o "Homem dos Lobos" (Obholzer, 1993), que fez psicanálise por sessenta anos (iniciou o processo aos vinte e três anos com Freud) sem que isso modificasse minimamente a inserção dele na vida.

O ego é um sistema virtual que operacionaliza o funcionamento integrado dos diversos sistemas (mnêmicos, volitivos, identificatórios, sensoriais, perceptivos, cognitivos, afetivos etc.) e programas mentais (de aproximação da realidade e de interação ambiental em seus diferentes níveis de relacionamento: íntimo, pessoal e social), tornando possível a transformação dos fatos

vividos (sejam impulsos, desejos, situações reais, situações imaginadas e etc.) em experiências existenciais. Seu funcionamento é em grande medida inconsciente (Tenenbaum, 2010). Ele é o campo onde se joga o conflito, ele sofre as consequências do conflito, os quais podem se expressar também no corpo.

Embora seja um termo frequentemente presente desde os primeiros trabalhos psicanalíticos de Freud, só tomou o sentido de uma estrutura mental que funciona em constante relação com as reivindicações do id, com os imperativos do superego e com as exigências da realidade, tendo importante função nos processos adaptativos e de interação ambiental, com a publicação do artigo "O Ego e o Id" (Freud, 1923b).

Para a Psicanálise, o ser humano nasce num estado de indiferenciação psíquica e o desenvolvimento do ego não é o resultado de uma diferenciação progressiva e "natural" entre mundo interno e mundo externo. A diferenciação do id em ego e superego decorre do contato com o mundo externo, é lenta e influenciada tanto por fatores constitucionais quanto ambientais.

O ego desenvolve seus próprios mecanismos de defesa para manter a funcionalidade ou competência ao lidar com as demandas internas e as exigências externas sem se desorganizar. As experiências humanas que demandam um maior grau de funcionalidade ou competência egóica, sendo, portanto as que envolvem um maior risco de desorganização mental são a perda, a rejeição e a realização (pessoal, cultural ou biológica) porque a primeira significa um rompimento diádico; a segunda corresponde a uma experiência da perda de uma relação significativa com a pessoa presente instalando uma contradição e um paradoxo na mente e a terceira desencadeia uma ampliação ou uma mudança nos sistemas constituintes do ego e do eu (Tenenbaum, 2010).

A experiência de aniquilamento do ego foi descrita, inicialmente, no "Caso Schreber" (Freud, 1911b) e corresponde ao grau extremo da desorganização mental. O aniquilamento do ego pode ser decorrente da invasão do id ou da sobreposição do superego. Por outro lado, a incompetência egóica não implica, necessariamente, em desorganização mental, mas na impossibilidade de integrar experiências vividas à estrutura simbólica da mente (Tenenbaum, 2010).

Elaboração

Na Psicanálise, designa o trabalho psicológico de integração das experiências vividas ao mundo mental. É um processo lento e trabalhoso, que tem por objetivo a inserção de qualquer novo conhecimento (sobre si mesmo, sobre outra pessoa ou sobre algum aspecto da vida), oriundo de qualquer tipo de experiência (subjetiva ou objetiva, real ou imaginária). É um processo sempre transformador e é um aspecto decisivo de qualquer tratamento.

Por vezes, o processo de elaboração se inicia a partir de uma compreensão ou de uma percepção interna que por ventura ocorra de modo claro e imediato (insight) sobre algum aspecto pessoal novo ou que até então estava sendo mantido dissociado da vida mental através de um mecanismo de defesa do ego. O insight, que é sempre uma vivência perturbadora, pode se dar a partir de sonhos, leituras, atos falhos, reflexões pessoais e nas relações pessoais.

A experiência não elaborada (e, por esta razão, traumática) se mantém fora dos processos associativos e, de forma inconsciente, passa a se apresentar à mente sempre que for estimulada por alguma situação atual, interna ou externa, gerando os processos de repetição chamados por Freud de compulsão à repetição. A transferência é um exemplo deste tipo de repetição.

Embotamento afetivo

Mecanismo de defesa do ego caracterizado pela retração emocional. O empobrecimento afetivo foi observado inicialmente em pacientes psicóticos, marcadamente na esquizofrenia, onde, por vezes, observa-se o grau extremo de embotamento de toda sensibilidade afetiva, chegando a atingir toda a linguagem corporal (a mímica, a postura, a atitude e os gestos).

O embotamento afetivo pode se apresentar em diferentes níveis e é observado em diferentes tipos de pacientes. Pode variar da incapacidade de perceber determinado sentimento relacionado com uma experiência até a abolição de toda a afetividade, e não é específico de nenhum tipo de doença. É um mecanismo de defesa comum em pessoas que vivenciaram tragédias ou experiências traumáticas muito intensas.

Peter Sifneos cunhou o termo alexitimia (a = não; lexis = palavra; thymós = emoção) para designar a dificuldade de expressar sentimentos que ele observou em pacientes psicossomáticos. Nessa mesma linha de estudo, Pierre Marty observou um tipo de funcionamento mental pobre em fantasia também nesses pacientes, que chamou de pensamento operatório.

Emoção

Na formulação de Abram Eksterman sobre o processo que conduz, no ser humano, a necessidade biológica ao encontro do objeto, a emoção é a etapa intermediária da transformação do afeto em sentimento. A emoção seria resultante da conjugação de uma carga afetiva com a representação, no caminho da necessidade biológica em direção à consciência para a ação específica que irá realizar o desejo quando o objeto for encontrado. Nessa formulação, o sentimento corresponde à consciência de uma emoção dentro de uma relação.

O ser humano nasce com três sensações básicas que, dentro de uma relação diádica, são desdobradas na gama de emoções e sentimentos humanos:

Sensações básicas (biológico)	Emoções básicas (Início da vida de relação)	Sentimentos básicos (vida de relação)
Susto (apreensão)	Medo (de)	Culpa (de)
Conforto (relaxamento)	Satisfação (com)	Amor (a)
Desconforto (contenção)	Raiva (de)	Ódio (de)

Espaço de segurança

Conceito proposto por Konrad Lorenz (Lorenz, 1995) e desenvolvido pela Etologia no estudo dos fundamentos do comportamento animal. Corresponde à área dentro da qual o nível de estresse é mínimo, possibilitando a realização das quatro funções biológicas básicas: comer, evacuar, dormir e procriar. É também o espaço dentro do qual as transformações adaptativas podem acontecer. Sua perda é um forte elemento estressor para o organismo.

Cada espécie constrói e mantém esse espaço de uma maneira. Nos seres humanos ele é predominantemente, mas não exclusivamente, psicológico, construído e mantido a partir dos vínculos afetivos construídos nas relações significativas. Apenas dentro de um espaço de segurança é que as experiências diádicas e edípicas são capazes de organizar, respectivamente, a

experiência emocional do recém-nascido e as bases da identidade de gênero e do trânsito social em seus espaços íntimo, pessoal e social. O objeto transicional de Winnicott é um elemento do espaço de segurança.

Embora ele seja predominantemente psicológico nos humanos, dificuldades na realização das necessidades básicas também são observadas nos afastamentos geográficos do espaço de segurança, mesmo se transitórios, como, por exemplo, nas viagens, quando são comumente observadas alterações no funcionamento intestinal, insônia e alterações digestivas. Alterações no funcionamento sexual, embora menos frequentes, também podem ser observadas.

A criação e a manutenção da relação terapêutica como um espaço de segurança é fundamental para a estruturação do vínculo terapêutico e é o que possibilita a ocorrência de transformações psicológicas.

Estresse

Termo introduzido por Hans Selye (médico nascido em Viena, 1907, e falecido em Montreal, 1982) para designar o estado biológico que se manifesta quando há uma ameaça ao organismo.

Selye designou como síndrome de adaptação geral (SAG) o conjunto de alterações induzidas em um sistema biológico por um agente estressor. A SAG é constituída por três fases: a reação de alarme, a fase de resistência ou de adaptação e a fase de exaustão. Atualmente, sabe-se que uma gama muito ampla de eventos, desde a invasão do organismo por um microrganismo a um trauma psicológico, pode funcionar como agente estressor.

A relação entre os mecanismos envolvidos na síndrome de adaptação geral (SAG) e o desenvolvimento das doenças é um importante capítulo no estudo da patogenia, isto é, dos mecanismos pelos quais se desenvolvem as doenças. Por interferir no funcionamento da SAG, seja mantendo-a por longo período levando o organismo à exaustão de suas defesas ou impedindo seu desenvolvimento, experiências mentais agindo como agentes estressores podem, indiretamente, levar ao desenvolvimento de doenças orgânicas.

Funcionamento mental: a mente, suas instâncias e a psicodinâmica

Para a Psicanálise, o funcionamento mental decorre da articulação entre três sistemas representacionais, que se estruturam no convívio humano a partir de componentes filogenéticos

e constitucionais: o id, o superego e o ego. Os atos e as ações humanas resultam da articulação dinâmica dessas instâncias e o sofrimento mental está relacionado com a possibilidade de integração entre as motivações humanas, os valores pessoais, as regras sociais nas quais a pessoa está inserida e a qualidade do convívio humano que a pessoa desfruta.

Já em seus estudos iniciais, Freud observou que a mente funciona em dois registros simultâneos e interdependentes: o consciente e o inconsciente. No texto "A Interpretação dos Sonhos" Freud descreveu o *modus operandi* desses dois sistemas: o processo primário de pensar e o processo secundário de pensar (Freud, 1900). Enquanto aquele é inato, este é construído no processo da ontogênese. Ambos funcionam concomitantemente, não são oponentes, embora possam existir problemas na interação entre eles. O processo primário de pensar está em ação o tempo inteiro, enquanto que o outro não funciona em determinadas situações, fisiológicas e patológicas. O acesso à consciência é restrito ao processo secundário de pensar, embora aconteçam situações nas quais o processo primário de pensar invade diretamente a consciência, e essa situação é sempre ameaçadora para a integridade do ego. O processo secundário de pensar costuma assumir o comando a partir do final da adolescência.

O processo primário de pensar rege o funcionamento do inconsciente. É uma linguagem predominantemente imagística, que utiliza os mecanismos de deslocamento (utilização de uma representação mais distante de um conteúdo ideativo impedido de ter acesso à consciência, no lugar de outra, mais próxima desse conteúdo e ligada à primeira pelo processo associativo) e condensação (uma imagem ou um símbolo pode ser criado ou utilizado para representar diversos outros). Nele não há negação, dúvida e nenhum grau de incerteza, além de completa indiferença perante a realidade. Sendo governado pelo princípio do prazer, sua tendência é investir as representações ligadas às experiências de satisfação naquilo que chamamos de desejo, e a experiência mental transmitida por ele é a de realização do seu conteúdo, a famosa realização de desejo. O processo secundário de pensar rege o funcionamento do pré-consciente e do consciente; é uma linguagem predominantemente verbal, regida pelos processos lógicos (não aceita contradições, está inserida no tempo e no espaço e de acordo com o principio de identidade), e governada pelo princípio de realidade.

A observação clínica levou à compreensão de que as formas de expressão do sofrimento mental estão intimamente relacionadas com a capacidade de se ter consciência, de si mesmo e/ou da situação vivida, e a função de todos os mecanismos de defesa é uma só: a manutenção de determinada representação de si mesmo, configuração construída de acordo com as experiências vividas, as possibilidades individuais e as necessidades biológicas e psicológicas

de cada um. Os conteúdos mentais com acesso direto à consciência formam o material pré-consciente, que precisa apenas que a atenção seja a ele dirigida para alcançar a consciência; aqueles que só conseguem ter acesso à consciência quando se vinculam a algum conteúdo pré-consciente formam o material inconsciente (conteúdos herdados filogeneticamente e outros inatos) e aqueles que estão impedidos de terem acesso à consciência formam o material inconsciente reprimido. Embora sem acesso à consciência, o material reprimido continua a exercer efeitos sobre a consciência, portanto sobre a pessoa, a partir de substitutos encontrados através dos mecanismos de deslocamento e condensação. A irrupção de material inconsciente diretamente na consciência tem sempre um efeito desorganizador da mente.

A consciência foi inicialmente estudada a partir do seu polo mais externo, o sistema perceptivo-consciente, que recebe informações tanto do mundo externo quanto do mundo interno e possui as seguintes características segundo Freud: nele não fica nenhum tipo de registro, possui uma quantidade de energia móvel, é governada pela atenção, que é fundamental para que algum conteúdo atinja a consciência, os estímulos externos que a ele chegam funcionam como base para o teste de realidade e seus conteúdos são regidos pelos mecanismos específicos do processo secundário de pensar: pensamento lógico sob a forma de linguagem verbal.

Do ponto de vista neurológico, a consciência compreende todos os graus de ativação do sistema nervoso central, desde o grau máximo, a lucidez de consciência, até o grau mínimo, o coma profundo. Do ponto de vista psicológico, designa a capacidade humana de tornar-se ciente de si (identidade) e de seu meio (consciência ética e ecológica) (Tenenbaum, 2010). É a consciência que engendra a psicodinâmica.

Em relação direta com o acesso à consciência, a noção de censura esteve presente desde o início dos estudos de Freud sobre a dinâmica mental, e sempre associada à internalização das normas e regras sociais. Na primeira tópica, essencialmente descritiva, ela foi localizada entre os sistemas inconsciente e pré-consciente e entre este e o perceptivo-consciente. Na formulação estrutural, conhecida como segunda tópica, essa função foi absorvida pelo superego, instância que se constituiria a partir das identificações com pais e seus substitutos simbólicos, com os ideais coletivos (ideal do ego) e a introjeção da interdição. Ao longo da vida, o superego é ampliado através de novas introjeções que acabam por construir o arcabouço das exigências sociais da pessoa (educação, religião e moralidade). O superego exerce a função de censor do ego e, clinicamente, se expressa através da culpabilidade inconsciente e da necessidade de castigo.

Por outro lado, o id é a instância que representa o polo pulsional da vida mental, de limites não muito nítidos com o biológico e constituído pelos conteúdos filogenéticos, herdados e inatos, e pelo material reprimido. O id não equivale ao inconsciente porque tanto o ego quanto o superego têm funções que são inconscientes, seu funcionamento é regido pelo princípio do prazer e seu *modus operandi* é o processo primário de pensar.

Administrando as demandas pulsionais do id, os imperativos sociais introjetados no superego e as exigências da realidade, encontra-se o ego, com a sua importante função nos processos adaptativos e de interação ambiental.

Pierre Marie Felix Janet (professor de filosofia e médico, nascido em Paris, 1859-1947), Josef Breuer (médico, nascido em Viena, 1842-1925) e Eugene Bleuler (médico nascido em Zurique, 1857-1939), contemporâneos de Freud, foram três importantes estudiosos sobre o funcionamento mental que, de maneira independente, relacionaram os sintomas psicopatológicos com a consciência. Todos partiram da observação de dissociações da consciência nos doentes, mas é a concepção psicodinâmica de Freud também, formulada a partir da observação do mesmo fenômeno de dissociação mental, que até hoje melhor explica o funcionamento mental, normal e patológico. A psicodinâmica freudiana examina os fenômenos mentais na perspectiva da composição entre as forças motivacionais, muitas delas inconscientes, os valores pessoais e as regras sociais, tendo no conflito seu elemento essencial.

Freud considerava o conflito como um fenômeno inevitável da dinâmica mental: conflitos pulsionais, conflitos entre instâncias mentais, conflitos da pessoa com ela mesma, com sua imagem, com seus desejos, com seus objetos (externos e internos), com a sociedade e com a cultura. A teoria estrutural, a formação de compromisso e a compulsão à repetição são conceitos importantes para a compreensão da psicodinâmica.

A observação clínica tem mostrado que o conflito não é o único elemento complicador da dinâmica mental. Inúmeros autores já falam que as carências afetivas e cognitivas podem ser tão patogênicas quanto certos conflitos e a pesquisa sobre os estados mentais relacionados com as carências psicológicas que podem advir de falhas nas relações humanas significativas tem aumentado significativamente (Tenenbaum, 2010). Pesquisas realizadas no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro no campo da interação humana, que incluem a constituição e as patologias dos vínculos, o efeito terapêutico ou patogênico de certas relações, inclusive a relação terapêutica, fenômenos de contágio psicológico e de comunicação não verbal, levaram Abram Eksterman a propor que

é a busca de sentido e de significados que caracterizam a psicodinâmica e a mente é um epifenômeno decorrente da conjugação entre as características do cérebro humano e o tipo de comunicação humana, um sistema virtual que não está em uma pessoa, mas que se organiza entre as pessoas, na interação humana: "a mente não está em, está entre" (Eksterman, 2006).

Funções materna e paterna

Conjunto de funções psicológicas relacionadas com a estruturação e o desenvolvimento da mente. A função materna está relacionada com o desdobramento das emoções básicas e com o estabelecimento do vínculo diádico através do qual se dá o desenvolvimento do sentimento de segurança e da capacidade de se viver as situações de dependência e confiança, as bases do amor, enquanto que a função paterna estabelece as diretrizes norteadoras das relações e papéis sociais. Agindo conjuntamente, ambas fomentam o sentimento de segurança nos espaços subjetivo e objetivo (Tenenbaum, 2014).

Hipocondria

Doença mental caracterizada pela crença persistente na existência de uma determinada doença física, geralmente grave e progressiva, ou de diferentes doenças que se alternam, ainda que os exames laboratoriais e as consultas com vários médicos assegurem a inexistência de alterações orgânicas que justifiquem a sintomatologia.

Iatropatogenia/iatrogenia

Designa as alterações mórbidas decorrentes da própria ação terapêutica e (do grego: iatrós = medicina; páthos = doença; génos = origem; ía = qualidade). A forma reduzida, iatrogenia, é utilizada com mais frequência.

A observação de que a própria atividade assistencial pode, eventualmente, ter consequências prejudiciais ao paciente vem de longa data e, em seu início, estava relacionada exclusivamente com a atividade médica. Com a ampliação da atividade assistencial, atualmente o termo designa as alterações mórbidas decorrentes da ação de qualquer membro da equipe de saúde.

As situações que induzem a iatrogenia são: a elaboração da experiência infantil dentro do campo terapêutico; quando a história do doente é mal compreendida pelos membros da equipe

de saúde; existência de necessidades masoquistas do doente; uma composição sado-masoquista equipe-paciente; reação terapêutica negativa e a utilização da ação assistencial para objetivos mórbidos inconscientes. Os conflitos institucionais também são importantes indutores de iatrogenia (Eksterman, 1968).

Indução iatrogênica

Situação clínica na qual o paciente inconscientemente ou não, induz sentimentos, comportamentos e atitudes na equipe assistencial prejudiciais ao tratamento. Como escreveu Eksterman (1986a):

> *O doente chamado somático nem sempre pretende, ao buscar ajuda médica, aliviar ou curar seus males. Ao contrário, levado por impulsos mórbidos suicidas inconscientes, procura no médico auxílio para uma eutanásia parcial ou total. Muitas vezes o consegue. São induções iatrogênicas, comuns na prática clínica e cirúrgica.*

Interconsulta

Termo criado por Isaac Luchina, psicanalista argentino dedicado à assistência integral ao paciente orgânico, para designar um tipo de diálogo entre profissionais que difere da costumeira consulta que um profissional faz a um colega em busca de informações, de ajuda em relação a algum item específico ou para complementação diagnóstica.

A interconsulta se caracteriza por ser um diálogo entre profissionais de áreas diferentes, especificamente entre psicólogos e médicos, portanto, com diferentes linguagens técnicas, enfoques específicos quanto aos critérios de saúde, modelos de ação, objetivos, priorizações e interpretações dos dados em relação ao estar doente e ao curar. O objetivo da interconsulta é sempre integrar os elementos psicodinâmicos aos modelos oferecidos pela Medicina (Luchina, 1977, 1979).

Internalização

Processo inconsciente através do qual o outro ou qualidades dele passam a fazer parte do mundo mental de uma pessoa. Ocorre através de toda a vida, é parte importante no processo de

aprendizagem, assim como no desenvolvimento dos traços do caráter e nos processos adaptativos e defensivos. Ela pode se dar de três maneiras diferentes: por incorporação, por introjeção e por identificação.

Incorporação é o processo mais primitivo de internalização, é característico do modo de relação da fase oral da libido, mas não exclusivo deste período. Constitui o protótipo corporal da introjeção e da identificação e caracteriza o começo da vida de relação (Laplanche & Pontalis, 1976).

Introjeção foi um termo criado por Sandór Ferenczi (psicanalista húngaro, 1873-1933) para especificar o processo inconsciente através do qual o outro ou qualidades dele passam a fazer parte do espaço mental de uma pessoa em contraposição à projeção, que é um mecanismo inconsciente através do qual o ego expulsa conteúdos que se tornaram desagradáveis. Está intimamente relacionada com a incorporação oral: enquanto a incorporação é um processo relacionado com o interior do corpo, a introjeção está relacionada com a mente e suas instâncias (Laplanche & Pontalis, 1976).

Identificação é o processo através do qual uma pessoa assimila um aspecto ou uma qualidade de outra pessoa. É o processo mais avançado de internalização, no qual já existe uma diferenciação com o outro. Freud diferenciou ainda uma forma inicial e direta de internalização, que chamou de identificação primária, e que ocorre antes da diferenciação entre o eu e o objeto (Laplanche & Pontalis, 1976).

Introversão

Termo criado por Carl G. Jung, psiquiatra suíço (1875-1961), e adotado por Freud para designar o retraimento da libido. Jung o empregava de uma maneira generalizada, enquanto que Freud diferenciava dois tipos de retraimento da libido: dos objetos externos para os objetos internos (neurose) e dos objetos externos para o ego (psicose).

Libido

A teoria da libido constitui uma das teorias centrais da Psicanálise e deve ser entendida dentro do estudo psicanalítico das motivações e do desenvolvimento humano, ambos em articulação com os conceitos psicanalíticos de pulsão e sexualidade.

O termo libido, que provém do latim e significa desejo, ânsia, na Psicanálise corresponde à energia mental das pulsões sexuais que é investida nos objetos externos, nas representações mentais e nas estruturas mentais. A partir da ampliação feita por Carl G. Jung, hoje em dia ela é erroneamente entendida por alguns como sendo a energia psíquica em geral.

Dentro do enquadre motivacional, a libido seria o substrato energético das forças de ligação, impulsionadoras de todas as relações e de tudo o que é construtivo, em contraste com a pulsão de morte, substrato das forças de disjunção, impulsionadora da destrutividade.

A teoria da libido descreve o desenvolvimento psicossexual através das vicissitudes de seu substrato energético, a libido. Assim sendo, na perspectiva do desenvolvimento libidinal, é suposto que no início da vida o interesse e os estímulos se restrinjam às necessidades corporais relacionadas apenas à sobrevivência. Apoiando-se nestas necessidades destaca-se, então, uma forma específica de interesse, denominada por Freud de libido, que vai se ligar, inicialmente, a determinadas regiões corporais, chamadas de zonas erógenas, a partir das quais a libido vai se organizar dando origem às diferentes fases libidinais, que não são etapas cronológicas, mas sucessivas formas de organização da relação do novo ser com seu ambiente.

Baseando-se no primeiro tipo de relação que o ser humano estabelece, a primeira fase libidinal a se constituir é a oral, na qual predominam os estímulos relacionados à mucosa oral e a maneira da pessoa se relacionar é, predominantemente, por incorporação do objeto. A satisfação libidinal da fase oral pode ser dividida em duas etapas relacionadas ao tipo de incorporação do objeto: a oral precoce, ligada à sucção, e a oral-sádica, ligada ao surgimento dos dentes e na qual a incorporação se associa à destruição do objeto gerando ansiedades persecutórias de ser comido e devorado.

Em seguida, ao redor da aquisição do controle do esfíncter anal, constitui-se a fase anal, caracterizada por uma relação que oscila entre a retenção e a eliminação do objeto. O desenvolvimento do controle e domínio muscular necessários para o controle esfincteriano acaba configurando um tipo de relação objetal que conjuga a pulsão sádica com a pulsão sexual e constitui a polaridade atividade/passividade. A fase anal também está dividida em duas etapas: a anal-expulsiva, na qual predomina a pulsão sádica relacionada à destruição do objeto, e a anal-retentiva, na qual predomina o desejo de prender, reter e dominar o objeto (Abraham, 1970).

A etapa subsequente, a fase fálica, vinculada aos estímulos genitais, irá se constituir ao redor da descoberta da diferença anatômica entre os sexos, no auge da trama edípica, e se caracteriza por relações nas quais predominam questões de poder e força. Organiza relações nas

quais polariza a oposição fálico/castrado com as ansiedades relacionadas ao complexo de castração.

Não mais sob o primado do falo, a fase genital se constitui ao redor da puberdade, a partir do reconhecimento das diferenças e se caracteriza pela procura do objeto externo.

As fases oral, anal e fálica têm como objeto o próprio corpo e por isso são também chamadas de autoeróticas. Em 1914, Freud propôs a existência de uma etapa narcísica durante o autoerotismo, na qual as diversas pulsões começam a se integrar dando origem à ideia de corpo e ao desenvolvimento do ego. A partir de então, libido do ego ou narcísica seria aquela cota de energia da pulsão sexual investida no ego e nas representações do si mesmo e a libido objetal, aquela alocada nas representações mentais do objeto externo (Freud, 1914).

Luto patológico

É o estado mental decorrente da interrupção ou do impedimento do processo de luto normal. Caracteriza-se pela cronificação da sensação de perda e de todos os seus acompanhamentos.

O luto é o processo mental destinado à instalação de uma perda na mente desencadeado em diferentes situações, tais como a morte ou perda de um ser amado ou de uma abstração equivalente (a pátria, a liberdade, um ideal etc.). Também podem ocorrer manifestações de luto em outros tipos de perdas de menor magnitude, como por exemplo, em separações familiares, conjugais, de amigos, perda de um objeto de estimação ou de algum tipo de lembrança de valor emocional, ao mudar-se de casa e de país.

A parte perceptível do luto se caracteriza, inicialmente, pela repetida rememoração da perda, sempre acompanhada do sentimento de tristeza e de choro, após o que a pessoa acaba se consolando. Com a evolução do processo, passam a ser rememoradas outras cenas, agradáveis e desagradáveis, nem sempre seguidas de tristeza e choro, mas sempre com a consolação final.

O luto é um processo de duração variável, porém sempre lento, longo e acompanhado de graus variáveis de falta de interesse pelo mundo exterior, tristeza e seus corolários, que vão diminuindo conforme o processo avança. O processo vai gradualmente se extinguindo com desaparecimento da tristeza e do choro, instalação da consolação e volta do interesse pelo mundo exterior. No final, com a quebra definitiva da ligação afetiva, a pessoa, a situação ou o objeto perdido passam a ser apenas uma lembrança, o sentimento de tristeza desaparece e a vida afetiva retoma seu curso.

Quando há uma incapacidade de integração da perda e de suas consequências transformadoras, o processo normal descrito acima é interrompido através da identificação do enlutado com a pessoa morta. Existem várias formas e gradações na apresentação clínica do luto patológico, mas todas relacionadas com a depressão e tendo na melancolia a forma extrema.

Em sua abordagem sobre essa condição patológica, Freud estudou o processo de identificação do enlutado com o morto e chegou à conclusão que, para tal identificação ocorrer, a condição necessária é ter sido estabelecida pelo enlutado uma relação narcísica com o objeto perdido. Isto querendo dizer que o vínculo teve a qualidade específica de ter sido fundamental para a integridade psicológica do enlutado. Como toda relação narcísica se caracteriza pela ambivalência cujo componente hostil é reprimido, Freud atribuiu à hostilidade para com a pessoa perdida o papel central na transformação do luto normal em patológico (Freud, 1917).

Grande estudiosa da hostilidade presente nas relações interpessoais desde a primeira infância, e dos sentimentos de culpa e perseguição desencadeados por ela, Melanie Klein acentuou o papel etiológico da hostilidade na etiologia do luto patológico e relacionou os processos de luto havidos na primeira infância com a ocorrência de luto patológico em adultos (Klein, 1991, 1996).

John Bowlby acompanhou o desenvolvimento de crianças que passaram pela experiência de perda em várias situações, em diferentes épocas da infância e em grupos familiares com distintas características psicodinâmicas. Contrariando as concepções kleineanas, ele não encontrou nenhuma evidência do papel etiológico da hostilidade no desenvolvimento posterior do luto patológico e nada que justificasse a restrição do período de vulnerabilidade às experiências de perda ao primeiro ano de vida. Sua observação clínica foi no sentido de que a perda de uma pessoa amada sempre desencadeia um forte desejo de reunião, um sentimento de raiva (de intensidade variável) pela partida e, no final, a um certo grau de desapego. Este tipo de perda, para este autor, sempre dá origem não só à ansiedade de separação e ao pesar, como também a processos de luto nos quais a agressão tem a função de reunião. Bowlby considera que o luto patológico decorre apenas da interferência de processos defensivos desencadeados pela incapacidade do ego integrar a experiência, geralmente em pessoas que encontraram dificuldades no estabelecimento do vínculo de apego (Bowlby, 1990, 1993a, 1993b).

Mecanismos de defesa do ego

Operações mentais inconscientes e destinadas a impedir que determinados conteúdos mentais alcancem a consciência.

Seguindo as primeiras tentativas freudianas de estabelecer uma nosografia psicanalítica, alguns autores contemporâneos tentaram relacionar a estruturação das diferentes patologias mentais com mecanismos defensivos específicos, muito embora a observação clínica mostre apenas algum tipo de predominância, nunca a exclusividade defensiva, para cada tipo de patologia.

Na prática clínica lidamos sempre com o seguinte paradoxo: a atividade defensiva se organiza no sentido de manter a integridade do ego, mas a ação da defesa impõe sempre algum nível de limitação à funcionalidade do ego.

Tipos de mecanismo de defesa do ego: clivagem, controle onipotente, conversão, defesa maníaca, deslocamento do afeto, embotamento afetivo, foraclusão ou forclusão, formação reativa, idealização, identificação com o agressor, identificação projetiva, introjeção, isolamento do afeto, negação, projeção, racionalização, recusa (*verleugnung*), regressão, rejeição (*verwerfung*), repressão (*verdrängung*) ou recalque, somatização e sublimação (Laplanche & Pontalis, 1976).

Narcisismo

De uma maneira geral, este termo descreve o amor que se tem pela imagem de si mesmo. O uso científico do termo começou com Henry-Havelock Ellis, médico inglês (1859-1939), que em sua obra de sete volumes publicada entre 1897 e 1928 "Studies in the Psychology of Sex" foi o primeiro a usar o mito de Narciso para descrever uma perversão autoerótica masculina. Freud também o utilizou nesse sentido ao falar do amor homossexual em um acréscimo feito em 1910 ao seu artigo de 1905 "Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade" (Freud, 1905). Ao explicar a escolha de objeto nos homossexuais, escreveu: "... [os homossexuais] tomam-se a si mesmos como objeto sexual; partem do narcisismo e procuram jovens que se pareçam com eles, e a quem possam amar como a mãe os amou".

A partir de então o termo sofreu várias ampliações na obra de Freud: no "Caso Schreber" (Freud, 1911b) Freud distinguiu narcisismo primário e narcisismo secundário referindo-se ao primeiro como a fase da evolução psicossexual intermediária entre o autoerotismo e o amor

objetal. No artigo dedicado especialmente a esse tema (Freud, 1914), o conceito de narcisismo como uma das etapas da evolução da libido foi formalmente introduzido na teoria da sexualidade: enquanto que, no autoerotismo, as pulsões sexuais se satisfazem de forma anárquica, independentemente uma das outras, no narcisismo, é o ego em sua totalidade que é tomado como objeto de investimento libidinal constituindo assim, e pela primeira vez, uma unidade. O investimento libidinal nos objetos externos corresponde à etapa subsequente ao narcisismo.

Essa nova teorização teve amplas consequências nas concepções psicanalíticas sobre a formação do ego e sobre o movimento de desligamento, da realidade e das pessoas, que está presente em todo adoecimento.

Assim, em uma perspectiva genética, é o investimento libidinal no ego, chamado por Freud de narcisismo primário, que o constitui como uma unidade psíquica, coincidindo com a constituição do esquema corporal.

Na perspectiva intersubjetiva, Lacan relacionou este primeiro momento de formação do ego como a experiência narcísica fundamental. Em seu texto de 1949 "Le stade de mirroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révéllée dans l'expérience psychanalytique", o ego se define por uma identificação com a imagem do outro. O narcisismo seria, deste ponto de vista, a internalização de uma relação (estágio do espelho);

O retraimento narcísico (narcisismo secundário) é uma condição do sofrimento humano e se apresenta em diversos níveis. No adoecimento físico, qualquer dor, por menor que seja, é capaz de desviar uma cota variável do nosso interesse pelo mundo que nos cerca. Nos pacientes somáticos, esse retraimento pode variar de uma maior sensibilidade a tudo que os cerca até às situações de aparente inacessibilidade quando o paciente, fechando-se em si mesmo, se esconde debaixo das cobertas, não quer conversar, não se interessa pelo que está lhe acontecendo.

No adoecimento mental, inúmeras são as pessoas que apresentam um conceito inflado de si mesmos e, contraditoriamente, uma significativa necessidade de receberem homenagens; nas relações interpessoais são autorreferentes e têm uma grande necessidade de serem admirados; sentem-se com direito a tudo e têm fantasias de onisciência, de onipotência e de perfeição, seus objetos são sempre idealizados e o estado de espírito varia da exaltação, quando a inflação de sua autoestima é apoiada por alguma circunstância da vida, à depressão, raiva ou ao ódio quando a autoestima é danificada; são muito sensíveis às frustrações e dificuldades da vida, as quais são vividas como verdadeiras feridas em sua autoestima. Como este tipo de retração da

libido para o ego implica sempre em algum nível de desligamento da realidade, os pacientes que apresentam estas características são chamados de narcísicos, *borderlines* ou fronteiriços (entre a neurose e a psicose).

Assim como a inflação do ego não deve ser confundida com o amor próprio, o retraimento dos pacientes somáticos não deve ser entendido na perspectiva da liberdade de opção.

Neurose

É definida pela Psicanálise como uma doença de origem psicológica, cujos sintomas expressam conflitos intrapsíquicos com raízes biográficas. O palco desses conflitos é o ego.

Objeto

Esse termo, que na linguagem comum designa tudo aquilo que se coloca em nosso caminho e que pode ser percebido pelos nossos sentidos, passou a ser empregado por diferentes áreas do conhecimento para designar o elemento sobre o qual se desenvolve um determinado estudo. Assim é o objeto matemático, o objeto filosófico, o objeto jurídico etc. Na Psicanálise, este conceito é utilizado em três perspectivas diferentes: do desejo (vida pulsional), da intersubjetividade (vida relacional) e da cognição (da percepção e do conhecimento). Na primeira, "ele é aquilo através do que a pulsão pode atingir seu alvo" (Freud, 1915c), podendo ser um objeto total ou parcial, um objeto real ou da fantasia. Na segunda, ele é o outro da relação interpessoal e na terceira, ele é o que existe independentemente do desejo e das opiniões das pessoas.

- Objeto total: uma pessoa

- Objeto parcial: uma parte, uma característica, um atributo de uma pessoa ou do corpo de uma pessoa. Por vezes uma pessoa pode ser tomada como objeto parcial.

- Objeto externo ou real: é o objeto da percepção.

- Objeto interno ou da fantasia: estrutura intrapsíquica formada a partir dos processos de internalização presentes nas relações humanas. Como figuras caleidoscópicas, são estruturas representacionais operacionais que se configuram conforme as circunstâncias psicodinâmicas individuais. Portanto, não correspondem diretamente às pessoas a que se referem.

Projeção

É um mecanismo de defesa do ego através do qual a pessoa, inconscientemente, expulsa de si e localiza no exterior (em pessoas ou coisas) aspectos psicológicos seus: qualidades, defeitos, sentimentos, desejos e até mesmo objetos internos que ela não aceita ter em si.

Projeção e introjeção têm um papel fundamental na constituição da separação entre o sujeito e o objeto (mundo exterior): "... [a pessoa] assume no seu ego os objetos que se lhe apresentam na medida em que são fonte de prazer, introjeta-os (segundo expressão de Ferenczi) e, por outro lado, expulsa de si o que no seu próprio íntimo é ocasião de desprazer (mecanismo de projeção)" (Freud, 1915c).

É um mecanismo defensivo primitivo e seu uso excessivo implica em um importante empobrecimento e enfraquecimento do ego.

Psicose

Esse termo designa uma gama de doenças mentais, algumas funcionais, outras desencadeadas por alterações orgânicas, todas apresentando algum nível de desorganização mental. As de origem orgânica cursam com alterações do nível da consciência (neurologicamente falando), sendo as demais alterações do funcionamento mental em grande medida decorrentes dessa alteração. As psicoses funcionais, isto é, aquelas sem causas orgânicas conhecidas, cursam com preservação da lucidez da consciência e se caracterizam essencialmente por dois tipos de desorganização mental: a que atinge principalmente os processos afetivos com alterações do estado do humor e a que atinge principalmente os processos cognitivos. Ambas têm amplas repercussões na interação da pessoa com a realidade.

Do ponto de vista psicanalítico, o fenômeno psicótico fundamental é o aniquilamento do ego (Freud, 1911b), que pode se dever à invasão do id ou à sobreposição do superego (Tenenbaum, 2010).

Pulsão (*Trieb)*

O estudo a respeito das motivações do comportamento humano, assim como a hipótese de que ele é acionado por forças que tem sua origem no interior do organismo é bastante antiga. Estas forças, de origem biológica, que atuam com finalidades precisas gerando comportamentos fixos, só modificáveis pela seleção natural, eram conhecidas como instintos.

Como no ser humano praticamente inexistem comportamentos biologicamente fixados e o estímulo endossomático precisa adquirir uma representação mental para alcançar a consciência e assim ser realizado, Freud sentiu necessidade de nomear uma força diferente da instintual. A pulsão se define como um processo dinâmico, limite entre o somático e o psíquico, que empurra o organismo para um alvo. É constituída por um representante ideativo (expressão psíquica das excitações endossomáticas) e pelo representante afetivo ou quota de afeto, o componente energético (somático) da força pulsional. Ainda segundo Freud, cada pulsão tem sua própria fonte em alguma excitação corporal, tem sua meta, que é suprimir o estado de tensão existente na fonte pulsional e tem um objeto através do qual esta meta é atingida.

A teoria das pulsões teve uma longa evolução na obra de Freud. O quadro final ficou formado por dois grupos pulsionais antagônicos: as pulsões de vida ou Eros, constituídas pelas pulsões do ego (autoconservação) e as pulsões sexuais, e a pulsão de morte ou Tanatos.

As pulsões de autoconservação são aquelas ligadas às funções corporais relacionadas com a conservação da vida. As pulsões sexuais surgem destacando-se das de autoconservação, nas quais se apoiam no início. A sexualidade é composta por vários tipos de pulsões, cada uma ligada a uma determinada fonte, chamadas pulsões parciais. Elas, em sua maior parte, se apresentam formando pares opostos (escopofilia/exibicionismo; sadismo/masoquismo etc.) e se expressam conjuntamente, embora um dos componentes possa predominar. As pulsões parciais se diferenciam de acordo com suas fontes (oral, anal, fálica e genital) e suas metas (ver, dominar, posse, conhecer etc.).

Qualquer parte do corpo é susceptível de se tornar sede de uma excitação de tipo sexual (zona erógena), embora existam áreas predestinadas devido às suas ligações com as funções de autopreservação (a oral, a anal e a fálica). Algumas pulsões parciais, como a escopofilia, o sadismo, o exibicionismo e a pulsão de conhecer, independem de zonas erógenas.

Pulsão de morte (Tanatos) é um conceito que foi formulado por Freud como instrumento para a compreensão de algumas situações clínicas, como a reação terapêutica negativa e a destrutividade presente nas relações humanas. Essa pulsão, que estaria em contraposição às pulsões de vida (Eros), voltada inicialmente para o interior do organismo, é secundariamente dirigida para o exterior, se manifestando, então, sob a forma de pulsão agressiva ou destrutiva (Laplanche & Pontalis, 1976; Tenenbaum, 1992c).

Queixas vagas

A presença de queixas vagas em qualquer quadro clínico corresponde à existência de algum tipo de desconforto existencial em pessoas com pouca capacidade de discriminação, de origem cognitiva ou emocional. Assim como a dor física precisa da integridade do esquema corporal para ser adequadamente localizada pelo paciente, a dor existencial necessita da funcionalidade do ego para ser adequadamente descrita pelo paciente.

Recusa (*verleugnung*)

Mecanismo de defesa do ego trabalhado por Freud nos artigos: "A organização genital infantil: uma interpolação à teoria da sexualidade" (Freud, 1923c), "Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos" (Freud, 1925a), "Fetichismo" (Freud, 1927a) e "A divisão do ego no processo de defesa" (Freud, 1940b).

Ele é empregado principalmente na percepção da realidade, interna ou externa: diante de uma realidade ameaçadora para a integridade da representação de si mesmo, o ego pode se defender através de uma cisão interna (clivagem) que impede a integração dos significados relacionados a determinada percepção da realidade. Assim, a realidade é percebida, mas seu significado não. Nos dois primeiros artigos acima citados, Freud ressaltou que essa maneira de lidar com a realidade é habitual na infância e estrutura o mundo do faz-de-conta, mas no adulto estaria próxima da psicose.

Este conceito deve ser pensado em articulação com outros dois: repressão e rejeição. Enquanto que a repressão (*verdrängung*) está relacionada a estímulos pulsionais (amorosos e agressivos), a recusa (*verleugnung*) e a rejeição (*verwerfung*) são utilizadas pra lidar com percepções da realidade, interna e externa.

Regressão

Mecanismo de defesa do ego através do qual ocorre um retorno a um funcionamento mental anterior.

De acordo com Freud, a regressão pode ser tópica, formal ou temporal. A primeira é aquela caracterizada pelo caminhar do estímulo em direção oposta ao usual, como, por exemplo, nos sonhos, nas alucinações e na memória, o pensamento caminha em direção ao polo perceptivo ao invés de progredir ao polo motor para a realização da ação específica. Na segunda, as formas

mais antigas de expressão e de comportamento voltam a predominar e, na terceira, formas anteriores de satisfação libidinal, objetos anteriores ou formas anteriores de organização egóica são retomados.

A regressão é um fenômeno muito observado na clínica e ocorre em diferentes graus de intensidade, conforme a situação do funcionamento do ego. Está presente na fadiga, no sono, em todos os estados de diminuição do grau de lucidez da consciência, em todos os casos de doença orgânica e em todos os estados de sofrimento físico e mental.

Rejeição *(verwerfung)*

Mecanismo de defesa do ego descrito por Freud no âmbito dos seus estudos sobre o fenômeno psicótico. O conceito surgiu em 1894, no artigo "As Neuropsicoses de Defesa" (Freud, 1894), para designar um mecanismo diferente da repressão (*verdrängung)*:

> *Existe uma defesa muito mais eficaz que consiste em o ego rejeitar (verwirft) a ideia incompatível com o respectivo afeto e se comportar como se a ideia nunca tivesse ocorrido* (Freud, 1894).

Assim, enquanto na repressão (*verdrängung*) algo perde, temporariamente ou não, o sentido, na rejeição esse algo deixa de existir, resultando um vazio mental que será preenchido pelo delírio e/ou alucinação. Ainda nesse artigo, Freud explica que o fato psicótico se deve a que a rejeição da ideia e do afeto necessariamente se acompanha da rejeição do "pedaço de realidade" concernente a essa experiência. Freud também empregou este conceito na descrição do tratamento do "Homem dos Lobos" (Freud, 1918).

Como dito anteriormente, os mecanismos de recusa e rejeição também estão relacionados a experiências que ameaçam a integridade da representação de si mesmo. A rejeição da experiência abre a possibilidade dela ser reformulada de acordo com necessidades pulsionais, pois o vazio simbólico decorrente permite a entrada do processo primário diretamente na consciência. O preço é a entrada no mundo psicótico. A rejeição, portanto, está relacionada sempre a uma experiência que, ultrapassando a capacidade egóica, engendra algum nível de ruptura do ego. Tanto o delírio e quanto a alucinação sempre trazem sempre algo da experiência que foi rejeitada (Tenenbaum, 2010).

Relação objetal

Designa um vasto campo de estudo em franca evolução na Psicanálise e que engloba o relacionamento da pessoa com seus objetos, sejam parciais ou totais, internos (da fantasia) ou externos (reais); a escolha objetal (narcísica ou anaclítica), o tipo de relação estabelecida com o objeto (oral, anal, fálica, genital, melancólica etc) e a dinâmica da interação intersubjetiva.

Se, no início da Psicanálise, o objeto era apenas o meio através do qual a pulsão atingia a satisfação, atualmente estamos caminhando na direção de uma psicologia bipessoal dentro do campo da intersubjetividade.

Repressão ou recalque (*verdrängung*)

Freud empregou este termo em dois sentidos: em seu sentido específico, designa um mecanismo defensivo inconsciente através do qual um conteúdo mental é impedido de ter acesso à consciência; em um sentido mais vago, ele foi algumas vezes utilizado como sinônimo de defesa.

As traduções de *verdrängung* por repressão ou recalque alimentam um duplo equívoco. O primeiro é a confusão entre o mecanismo (inconsciente) de defesa do ego e a contenção social exercida pelos pais e pelas demais figuras de autoridade, como pode ser acompanhado no relato sobre o atendimento de Áurea a seguir. O segundo, que os franceses tentaram solucionar mudando a tradução para recalque, diz respeito à compreensão do conceito freudiano. A inconsciência psicológica provocada por esse mecanismo de defesa é conseguida pela separação entre os componentes cognitivo e afetivo da realidade subjetiva e não por algum tipo de pressão psicológica como os termos repressão e recalque sugerem.

O estudo sobre o processo pelo qual um conteúdo mental fica privado de ter acesso à consciência está presente desde os primeiros trabalhos de Freud. Seu artigo sobre as afasias (Freud, 1891) foi seu primeiro estudo sobre as vicissitudes das representações mentais, base para inúmeros trabalhos posteriores, o que é reconhecido por ele próprio em seu artigo "O Mecanismo Psíquico do Esquecimento" (Freud, 1898). Neste artigo Freud diz que o esquecimento psicológico em tudo é semelhante ao que ocorre nas afasias motoras, exceto pela ausência de lesão neurológica. Indubitavelmente, repressão designa uma afasia psicológica.

Na histeria, o objeto da repressão é predominantemente a libido; na neurose obsessiva, é a morte; na fobia, tanto pode ser a libido quanto a agressividade. Nas psicoses, os mecanismos

defensivos utilizados fundamentalmente são a rejeição (*verwerfung*) e a recusa (*verleugnung*) da realidade (interior ou exterior).

Sexualidade

Este conceito, na Psicanálise, engloba o conjunto de excitações (orgânicas e mentais), fantasias e atividades presentes desde a infância e voltadas para o desenvolvimento da identidade, da experiência afetiva e do relacionamento humano em geral.

Primeira via de acesso[2] ao funcionamento mental utilizada por Freud, seu estudo, pela Psicanálise nunca foi confundido com o do comportamento sexual. O conhecimento sobre a sexualidade humana foi enormemente ampliado com a exposição da sexualidade infantil, estudada por Freud como um desenvolvimento de início muito precoce e constituído por fases que se sucedem, mas que não se esgotam e perduram por toda a vida através dos traços de personalidade individuais. E, neste sentido, a sexualidade infantil confunde-se com o desenvolvimento libidinal.

Por sua vez, o desenvolvimento da libido não pode ser desvinculado das formas de funcionamento mental engendradas por cada uma de suas etapas, que acabam por influir na escolha objetal e constituir as diferentes, e cada vez mais complexas, formas de relacionamento humano.

Síndromes de internação, de alta e de eutanásia

Como assinalado anteriormente, o tratamento dos pacientes internados impõe, em maior grau, tanto a ação coordenada de diferentes profissionais como mudanças mais radicais na vida dos doentes. A saída do ambiente doméstico e uma relação na qual a experiência de dependência é praticamente inexistente na vida adulta são duas peculiaridades específicas da experiência de internação que contribuem para engendrar um campo psicológico com uma dinâmica específica. Abram Eksterman descreveu estas três síndromes, que correspondem a condições psicodinâmicas específicas, frequentemente presentes no tratamento de pacientes somáticos.

[2] Outros acessos utilizados posteriormente foram: a agressividade, o conjunto de valores morais, a religião e a própria cultura.

A síndrome de internação designa uma condição psicodinâmica derivada dos vínculos emocionais que o doente estabelece com os membros da equipe de saúde, altamente impregnados por pautas de conduta regressivas análogas aos fenômenos transferenciais, e que podem induzir reações também regressivas nos membros da equipe propiciadoras de erros de avaliação, negligência, julgamentos equivocados e todas as formas de iatrogenia (Eksterman, 1986a).

A síndrome de alta, como Eksterman a define,

> *... constitui um episódio mórbido do processo clínico bem caracterizado, e que ocorre a partir do momento em que é anunciada a separação médico-paciente. Os vínculos emocionais regressivos que não podem ser abruptamente desfeitos fazem falhar as adaptações súbitas exigidas no momento da alta. Como consequência, o doente piora ou nova enfermidade se instala, seja na área somática, mental ou social. Exemplo são os pacientes peregrinos, visitantes crônicos de ambulatórios, vítimas da busca incessante de seus protetores arcaicos* (Eksterman, 1986a).

A síndrome de eutanásia designa uma frequente condição psicodinâmica no tratamento de pacientes somáticos que se caracteriza pela presença de impulsos mórbidos suicidas e induções iatrogênicas, ambos inconscientes, que podem transformar o médico no agente de uma eutanásia parcial ou total (Eksterman, 1986a).

Transferência

Processo que se instala nas relações interpessoais de maneira inconsciente e que se caracteriza pela interferência de elementos afetivos provenientes de pautas pretéritas não adequadamente elaboradas. Por não ser uma ocorrência aleatória, a transferência depende da presença, na relação interpessoal atual, de elementos que favoreçam a sua instalação.

Ela é um fenômeno psicológico geral, não sendo específica de nenhum tipo de relação. É um fenômeno regressivo, portanto, sua ocorrência denota incapacidade em lidar com a situação atual, e se apresenta em duas formas: a transferência positiva, predominantemente amorosa, e a transferência negativa, predominantemente agressiva e hostil.

No tratamento psicanalítico, ela é o campo onde se desenvolve o processo terapêutico, pois é sua instalação, suas modalidades, sua interpretação e sua elaboração caracterizam esse tipo de tratamento. Na Psicologia Médica, o conhecimento acerca deste fenômeno e sua compreensão

quando ele ocorre são fundamentais para o adequado manejo da relação terapêutica, pois a transferência costuma ser um dos elementos mais frequentes na impregnação irracional do campo assistencial.

Trauma psicológico

Trauma é todo e qualquer acontecimento patogênico; traumatismo é a consequência desse acontecimento.

As noções de trauma e de traumatismo são de uso antigo na Medicina e sempre estiveram associadas a acontecimentos externos e reais. A ocorrência de trauma psicológico está intimamente relacionada com a capacidade de o ego elaborar a situação vivida. Além das situações que ameaçam a integridade física e psicológica, estágios precoces do desenvolvimento mental, fatores constitucionais, estados regressivos, falhas no desenvolvimento do ego e fixações da libido são circunstâncias subjetivas que afetam a funcionalidade egóica, favorecendo a ocorrência de traumas psicológicos.

A fragilidade egóica que decorre dessas situações pode ser circunstancial (estágios precoces do desenvolvimento, fadiga, enfermidade, situação conflitiva etc.) ou permanente (falhas no desenvolvimento, doença orgânica crônica ou mental) e sempre interfere na capacidade de elaboração das experiências vividas.

Não é raro a pessoa relacionar, *a posteriori*, a experiência traumática a algum um elemento do próprio mundo fantasmático ainda não devidamente elaborado, mas que não apresenta nenhuma relação direta com a situação traumática.

O trauma pode desencadear o uso de defesas patológicas e até a desorganização do próprio ego.

Vínculos básicos

As relações humanas se constituem a partir dos vínculos construídos entre as pessoas ou a partir dos interesses que as unem. Vínculo é uma experiência afetiva e é o elemento psicológico que caracteriza e especifica a relação (Tenenbaum, 2014).

Ao estudar as relações interpessoais, sob a denominação de que "relações objetais", a Psicanálise encontrou a existência de diferentes tipos de vínculos: diádico, de apego, simbiótico,

fusional, de conhecimento, de raiva, de amor, de segurança. Alguns autores, como Wilfred R. Bion (Bion, 1988) e Enrique Pichon Rivière (Pichon Rivière, 2000), desenvolveram teorias próprias sobre os vínculos existentes nas relações interpessoais.

Objeto de estudo da Psicanálise, os vínculos básicos começaram a ser estudados a partir de observações sobre as relações que se estabelecem entre os pais e seu bebê. Melanie Klein foi a precursora do estudo da relação do bebê com sua mãe e Jacques Lacan iniciou o estudo sobre o papel psicológico do pai no desenvolvimento psicológico dos filhos. A partir destes estudos foram formuladas as atribuições psicológicas relativas a cada um dos genitores, conhecidas com os nomes de função materna e função paterna, dentro das quais os vínculos básicos, diádico e edípico, são estabelecidos (Tenenbaum, 2014).

Os vínculos básicos são fundamentais para que as situações de dependência e de confiança sejam estabelecidas e vivenciadas para o adequado desenvolvimento do sentimento de segurança e, no processo de separação-individuação, para a construção da identidade e do traquejo social. As patologias desses vínculos iniciais estão relacionadas com os problemas no desenvolvimento da personalidade e com a ocorrência de fenômenos psicossomáticos e psicóticos.

IV- Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com uso da observação não participante através de entrevistas não estruturadas e na qual os dados coletados foram analisados pelo método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (1992, 2002) e utilizando-se preferentemente, mas não exclusivamente, a hermenêutica psicanalítica.

Foi realizada em um hospital filantrópico, assistencial-educacional, de grande porte (220 leitos), no Rio de Janeiro, que recebe pacientes com patologias diversas, clínicas e cirúrgicas, para tratamento em regime ambulatorial e de internação.

Os sujeitos da pesquisa foram trinta pacientes internados em diferentes enfermarias do hospital que possuíam equipes de Psicologia Médica, formadas por psicólogos e psicólogas em treinamento no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica deste hospital, prestando atendimento psicológico de rotina coordenados e supervisionados pelo pesquisador, os respectivos assistentes e familiares. As equipes de médicos e de enfermeiros de duas das

enfermarias selecionadas para a pesquisa participaram de reuniões quinzenais para a discussão da tarefa assistencial na forma de Grupos Balint (1994) com modificações que serão explicitadas na proposta de treinamento permanente mais adiante.

O projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética em Pesquisa-UNIRIO-CONEP em 27 de junho de 2014 e está registrado sob o n° 23559513.7.0000.5285.

IV.1- O método

Utilizou-se o método qualitativo por ser o mais adequado para o exame do "objeto saúde-doença-atenção", além de ter "trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais" (Deslandes & Assis, 2002, p. 195 ss), pois, na tradição da Medicina Social e da Saúde Coletiva, "o processo saúde-doença assume um sentido ampliado de híbrido biológico-social" (Minayo, 2002, p. 83).

O método hermenêutico-dialético foi escolhido para análise dos dados coletados exatamente por ser apropriado para o exame da intersubjetividade, pois foi criado para "a subjetivação do objeto e objetivação do sujeito" (Minayo, 2002, p. 83). Além disso, este método utiliza dois instrumentos afins com a investigação e compreensão dos dados coletados: a hermenêutica e a dialética. A hermenêutica possibilita "a compreensão do sentido da comunicação entre os seres humanos partindo da linguagem como terreno comum de realização da intersubjetividade e do entendimento" (Minayo, 2002, p. 97) e a dialética "introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação" (Minayo, 2002, p.101).

Para o exame do campo psicodinâmico da interação entre o profissional e o paciente utilizamos preferentemente, mas não exclusivamente, a hermenêutica psicanalítica, empregando o conhecimento sobre a psicodinâmica das expressões corporais, das relações assistenciais e das relações sociais relacionadas ao campo terapêutico (Eksterman, 1968). Mas, esta não é uma pesquisa psicanalítica por duas razões: não se pratica a psicanálise com pacientes somáticos internados e, embora fundamental para a compreensão do campo psicodinâmico da assistência hospitalar, a hermenêutica psicanalítica não é suficiente para a compreensão de todas as dimensões do adoecer. Os conhecimentos oriundos da Antropologia Médica (as formas do adoecer humano), da Sociologia Médica (as formas de organização da assistência à saúde), da Psicologia do desenvolvimento (as crises, evolutivas e acidentais, do desenvolvimento humano e suas relações com o adoecimento) e dos processos cognitivos, da Filosofia (o ser doente e seu

estar-no-mundo), da Neurociência (as contribuições para a psiconeurofisiologia) e, logicamente, da Medicina se fazem necessários.

IV.2- O instrumento

Para os fins da pesquisa fez-se um recorte do campo assistencial e nos dedicamos ao exame das tensões emergentes no campo psicodinâmico das relações assistenciais que se constitui a partir do encontro bipessoal entre o profissional e o paciente e para o qual utilizamos preferentemente, mas não exclusivamente, a hermenêutica psicanalítica para a análise dos dados obtidos na pesquisa e para a compreensão da psicodinâmica das expressões corporais, das relações assistenciais e das relações sociais relacionadas ao campo terapêutico (Eksterman, 1968).

Precisávamos de um instrumento que possibilitasse, no exame da interação entre o profissional e o paciente, identificar as principais tensões psicológicas do campo assistencial, evitar a iatropatogenia, o adoecimento ou a alienação do profissional e, assim, contribuir para a otimização do tratamento para o qual o paciente foi internado.

O instrumento utilizado para a produção dos dados foi um tipo específico de entrevista não estruturada, aberta, na qual constam os elementos a seguir, conforme estabelecido na História da Pessoa (Eksterman in Perestrello, 1996).

1. Entrevista inicial, em cuja condução procurou-se seguir cada tema aberto pelo paciente, sempre no sentido de estimulá-lo a se expressar e com o objetivo de formular um diagnóstico situacional psicodinâmico. As perguntas mais diretas foram formuladas apenas quando o esclarecimento de algum ponto se mostrou imprescindível.
   - Elementos da História da Pessoa:
     - A biografia resumida do doente, como ele a vivenciou e a relatou.
     - As circunstâncias de vida nas quais sobreveio a enfermidade atual e anteriores.
     - A maneira como o paciente se relaciona com o entrevistador(a).

2. Entrevistas subsequentes: entrevistas abertas a partir do questionamento sobre o estado em que o paciente se encontra no momento da entrevista, realizadas como parte do acompanhamento psicológico do paciente durante a internação e utilizadas para diminuir as

tensões emergentes no encontro clínico, elaborar experiências existenciais emergentes, estimular o desenvolvimento do ego e organizar a relação terapêutica (Eksterman, aulas de Psicologia Médica disponível em www.medicinapsicossomatica.com.br).

As entrevistas com pacientes foram sempre individuais e parte do acompanhamento psicológico que é ministrado rotineiramente duas vezes por semana a todos os pacientes internados nas enfermarias escolhidas para a pesquisa. Algumas entrevistas com membros da equipe da enfermaria e com os familiares de pacientes internados foram individuais e outras grupais, e também fazem parte da rotina de funcionamento dessas enfermarias, sendo realizadas por interesse do terapeuta/pesquisador ou por solicitação dos familiares ou de membros da equipe assistencial.

Sempre houve a assinatura de um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) específico para pacientes e familiares e outro para os membros das esquipes assistenciais. Não houve gravação e a redação das entrevistas foi feita imediatamente depois, pois é sabido que tanto a gravação quanto a redação feita concomitantemente com a entrevista interferem negativamente nesse tipo de entrevista psicológica que não se destina a coleta de dados objetivos e sim à expressão do entrevistado.

IV.3- A produção de dados

A- Após cada entrevista, um texto retratando o encontro que acabou de acontecer é redigido nomeando-se ficticiamente o paciente.

B- Em reunião semanal (supervisão), o profissional-assistente procede à leitura do material clínico acrescido das impressões pessoais do encontro com o paciente. O objetivo da reunião é identificar, no texto e no relato dos profissionais, as tensões emergentes no campo psicodinâmico das relações assistenciais.

C- Uma vez identificada a principal tensão presente no atendimento, hipóteses quanto às motivações da mesma são estabelecidas levando-se em conta o relato do atendimento, o conhecimento sobre a história de vida e as circunstâncias do momento de cada paciente. Nas situações clínicas em que emergiu mais de um tipo de tensão psicológica optamos por priorizar aquela que implicava mais riscos para o tratamento do paciente, posto que o objetivo dos atendimentos psicológicos sempre foi a otimização do tratamento clínico de acordo com os princípios da Psicologia Médica expostos por Eksterman (1986a).

D- Estabelecimento de possíveis estratégias clínicas para a dissipação da principal tensão encontrada levando-se em conta as seguintes possibilidades: acompanhamento psicológico do paciente focado no diagnóstico situacional psicodinâmico, acompanhamento de familiares e interconsultas (Luchina, 1977, 1979) com membros da equipe assistencial.

E- Formulação de possíveis intervenções pedagógicas para a organização do programa de treinamento continuado para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout proposto no terceiro objetivo deste estudo.

V- **Análise e discussão dos dados**

Participaram do estudo trinta pacientes, que foram acompanhados desde a internação até a alta hospitalar, e equipes profissionais (médicos e enfermeiros) de duas enfermarias. Vale destacar que alguns destes pacientes já vinham sendo acompanhados ambulatorialmente antes da internação e outros continuaram a ser atendidos ambulatorialmente após a alta hospitalar. Apenas uma equipe de enfermagem autorizou a exposição de material obtido nas reuniões para a discussão da tarefa assistencial.

Como já foi explicado na exposição da metodologia empregada na pesquisa, é preciso lembrar que as entrevistas que serão apresentadas em seguida são parte da rotina de atendimento psicológico aos pacientes internados, cujo principal objetivo é a otimização do tratamento clínico ou cirúrgico do paciente em atendimento. Não se trata de psicanálise aplicada a pacientes hospitalizados. O conhecimento psicanalítico é utilizado em associação com os conhecimentos oriundos de outras áreas, principalmente da Antropologia Médica, da Sociologia Médica, Teoria Gestalt, Teoria dos Sistemas e da Psicologia da Cognição, com o objetivo de otimizar o tratamento clínico ou cirúrgico e prevenir a ocorrência de iatropatogenias e da síndrome de burnout.

Como a pesquisa tem um objetivo pedagógico, apresentaremos algumas consultas com o intuito de expor a construção do diagnóstico situacional psicodinâmico, principal instrumento para a elucidação e tratamento das tensões porventura emergentes no encontro clínico.

A observação desses pacientes nos levou a constatar que algumas situações assistenciais são mais suscetíveis ao surgimento de tensões psicológicas. Por esta razão, a apresentação dos dados seguirá a apresentação destas situações com a compreensão, já exposta anteriormente, de que o momento do adoecimento é propício ao exame da interação, que se dá na interioridade de

cada doente, entre a capacidade de adaptação exigida pelo adoecimento com as forças motivacionais individuais, relacionadas com as idiossincrasias pessoais, com a história pessoal e com as circunstâncias da vida do doente.

Veremos que a experiência subjetiva do adoecer, que corresponde às relações de sentido e significado que cada doente constrói nessa interação, por sua vez, quase que invariavelmente impacta os profissionais com quem o doente interage engendrando tensões psicológicas nem sempre conscientes que influenciam o comportamento e a conduta destes profissionais.

Dentro da rotina hospitalar, o momento da internação, a comunicação do diagnóstico, a realização de procedimentos invasivos e a alta hospitalar inevitavelmente provocam tensões psicológicas, algumas específicas. A sobreposição do adoecimento a uma crise existencial, os limites assistenciais e a ocorrência da indução iatrogênica (Eksterman, 1986a), embora não façam parte da rotina hospitalar, são ocorrências comuns da prática assistencial e também propícias à mobilização de tensões psicológicas.

A- O momento da internação

Estar em um hospital não é uma tarefa das mais fáceis. Não é fácil para os profissionais que lá trabalham, para os pacientes que ali estão em busca de ajuda e também para aqueles que vão visitar seus doentes. O ambiente hospitalar, com seus cheiros característicos, com sua rotina peculiar e suas funções específicas, é vezeiro em desencadear estados emocionais perturbadores. Além disso, a saída do ambiente doméstico e a situação de dependência vivida pelos doentes internados costumam engendrar tensões regressivas em decorrência do estabelecimento de relações carregadas de conteúdos infantis, as quais costumam provocar, como resposta, condutas defensivas nos membros da equipe e também nos familiares. São relações regressivas análogas às relações transferenciais presentes no campo psicanalítico e caracterizam a síndrome de dependência (Eksterman, 1986a).

A.1- Paulo

A cada dia chegam novas pessoas para serem cuidadas nos hospitais. Nenhum profissional de saúde que participou da pesquisa conseguiu dizer com quantas pessoas diferentes ele entra em contato a cada dia. Doentes, familiares, namoradas e namorados, amantes, amigos, conhecidos, colegas de trabalho, de copo, de cruz... Ser apresentado e se apresentar a alguém,

diagnosticar uma doença, estabelecer e acompanhar um tratamento, dar e receber informações vitais, tudo isso faz parte da rotina de um hospital, que geralmente não inclui conhecer as pessoas envolvidas. Algo diferente, por vezes surpreendente, acontece quando o profissional consegue não ser sobrepujado por esta rotina. No mínimo percebemos que o dia-a-dia costuma esconder experiências bastante complexas.

Paulo veio ao hospital para ser internado devido a um quadro de hemorragia digestiva alta. Ele já havia apresentado episódios de dor na região epigástrica e já fizera tratamento clínico para úlcera péptica. Os exames iniciais desta internação evidenciaram dois processos ulcerosos em sangramento.

Ao internar-se, Paulo estava bastante ansioso e preocupado porque suspeitava ser portador de câncer. Insistiu muito com a equipe no sentido de obter uma confirmação sobre sua suspeita. Em nenhum momento aceitou as argumentações sobre seu real diagnóstico, mesmo diante dos resultados dos exames laboratoriais.

Paulo sentia-se enganado; pegajoso, sempre se esforçando em estender ao máximo o contato, algumas vezes levou os membros da equipe a sentirem-se presos a ele. Não perdia a oportunidade de requisitar atenção de qualquer membro da equipe da enfermaria, Nas visitas médicas (mesmo a outros doentes) sempre tinha algo a falar sobre si, sua doença e sobre o hospital.

A internação estava sendo vivenciada (regressivamente) como uma situação hostil. O local para o qual ele fora encaminhado para receber ajuda estava povoado por pessoas nas quais ele não podia confiar (depender) e a tensão presente nos encontros clínicos era evidenciada pela reação de afastamento da equipe.

Na entrevista com o membro da equipe de Psicologia Médica associada à enfermaria, Paulo contou que sempre se preocupou com sua saúde e sempre foi esportista (tinha trinta anos, porte atlético, boa aparência e bom estado geral). Não conseguia entender porque adoecera e fez questão de frisar que gosta de pessoas e de ser querido por elas. Contou também que fora salva-vidas e que agora trabalhava como segurança. Não via suas atividades profissionais como especialmente estressantes e também não as relacionava com sua doença. Não fez referência a problemas com familiares. Era o último de sete filhos.

Paulo estava sentindo-se ameaçado por uma doença fatal inexistente e não confiava na equipe assistencial. O fato de não conseguir assimilar as informações e não entender seu adoecimento eram consequências da impregnação de conteúdos inconscientes em seu processo

cognitivo. Esse quadro regressivo, de cunho persecutório, estava gerando um nível de tensão regressiva já evidente entre o paciente e a equipe, com forte possibilidade de comprometer todo o tratamento. A necessidade de Paulo afirmar repetidamente não ser uma pessoa má, requisitar constantemente a atenção da equipe e a reação de afastamento desta estavam relacionados com a vivência de internação do paciente. Paulo não estava assim antes de se internar, segundo o relato dos familiares.

O conhecimento psicanalítico sobre a íntima conexão entre a capacidade de experimentar a dependência e a capacidade de confiar, ambas relacionadas com a qualidade do vínculo diádico, principal atributo da função materna (Tenenbaum, 2014) e nos ajuda a entender o estado de espírito de Paulo. A patologia deste vínculo básico começou a ser conhecida a partir dos estudos sobre a falha básica (Balint, 1968). Também é sabido que uma experiência adquire um colorido persecutório quando se conjugam a ausência de um espaço de segurança com a hostilidade reprimida (Lorenz, 1973, 1977, 1995; Klein, 1991, 1996, 1997).

Na supervisão subsequente à entrevista acima relatada estabelecemos que os primeiros passos a serem dados no acompanhamento psicológico do paciente para diminuir a tensão já existente entre paciente e equipe seriam: a criação de um espaço de segurança através do estabelecimento de um vínculo com ele e fazer interconsultas (Luchina, 1977, 1979) com os membros da equipe da enfermaria no sentindo de esclarecer as condições psicológicas do paciente. Como a maneira mais simples de se criar um vínculo com alguém é se interessar pela pessoa, a psicóloga foi orientada a abrir espaço para o paciente se expressar contando sua história de vida.

Em um destes encontros, Paulo revelou a origem dos poderes premonitórios que o faziam ter certeza de que estava com câncer: nascera sob a proteção de um determinado santo, do qual herdou o nome, que aqui foi alterado para se manter a privacidade do paciente. Explicando as circunstâncias do seu nascimento, disse que sua mãe havia-lhe contado que numa determinada noite durante sua gestação ela saíra de casa para verificar um ruído que achara estranho e acabou sendo mordida por uma cobra. Temerosa quanto à possibilidade de perder seu último bebê, ela acabou fazendo uma promessa ao santo pedindo que nada de mal acontecesse ao seu filho. Quando este nasceu bem, apesar de prematuro, como gratidão, foi batizado com o nome do santo. Freud (1913, p. 159, nota de rodapé) cita um paciente que explicava sua cinofobia como decorrente de um grande susto de um cão que a mãe sofreu durante a gravidez. Seguindo as ideias de Freud expostas naquele artigo, se Paulo vivesse sob o totemismo, teria a cobra como seu respectivo totem.

Como todo mito, o do paciente também expressa algo da condição humana. A mãe precisou de uma ajuda especial (sobrenatural) para manter seu bebê vivo e, mesmo assim, a ajuda não foi forte o suficiente para mantê-lo dentro dela até o final do período gestacional usual. A estranha mordida de uma cobra (ou seria a mordida de uma "cobra" estranha?) colocou em risco o bebê, que só sobreviveu com ajuda externa e santa. Será que a mãe de Paulo, muito tentada por uma "cobra" diferente, desejou não estar grávida ou agiu como se não estivesse grávida? Paulo nasceu prematuramente aos sete meses de gestação e foi o único filho a nascer assim. Sabendo que ser e ter são emocionalmente muito próximos, embora existencialmente muito distantes, supus que através da ideia de ter um câncer Paulo expressava a ideia de não ter sido um filho querido na barriga da mãe, mas um câncer, algo que a mãe quis extirpar. Depois de escutar essa história fez todo sentido para mim Paulo ter assumido a função de salvar e proteger vidas, como os santos.

Nada disso precisou ser trabalhado com Paulo. O estabelecimento do vínculo e as orientações fornecidas à equipe foram suficientes para criar o necessário espaço de segurança para Paulo poder confiar na equipe e dissolver o colorido persecutório da internação. Não se deve esquecer que a história pessoal é fundamental na construção dos significados que são atribuídos aos eventos da vida, e que o crescente aumento no nível de angústia, de ansiedade ou de movimentação corporal indica que está ocorrendo um fracasso na principal função da mente, a elaboração das experiências vividas. E isso pode ocorrer por falta de informações adequadas ou por bloqueio do processo elaborativo. Este bloqueio, por sua vez, pode ocorrer devido à existência de informações que estão impedidas de serem acessadas pela própria pessoa, geralmente por ameaçarem pontos cruciais de sua integridade psicológica.

Algumas vezes não basta apenas acolher a angústia de quem perde a saúde e a aflição de quem é internado em um hospital. Usar o diálogo clínico para abrir o espaço necessário para que o paciente possa falar de si, da sua história, das experiências marcantes da própria vida ajuda a dissolver certos elos inconscientes entre os eventos atuais (a doença) e experiências marcantes da vida da pessoa e, com isso, o destino de um tratamento pode ser alterado. Mais tranquilo, Paulo aceitou o diagnóstico médico e o tratamento, que caminhou bem. Paulo recebeu alta com encaminhamentos para os ambulatórios de Clínica Médica e de Medicina Psicossomática.

A.2- Severino

Um rapaz de quase vinte anos, servente de obra e ainda solteiro, veio ao hospital com os pais para elucidação diagnóstica de um quadro formado por cefaléia frontal + dispnéia em repouso + náuseas e vômitos a qualquer alimento, com início há quatro meses. No consultório anexo à enfermaria, o pai e a mãe prestaram todas as informações porque o rapaz, presente à entrevista, estava quase absolutamente retraído. O comportamento dos pais, que o chamavam pelo diminutivo e referiam-se a ele como "meu bebê" (mais a mãe do que o pai) em um tom de voz que mesclava brincadeira infantil com queixa pela dependência excessiva do filho, revelava a existência de uma relação familiar regressiva e ambígua.

Pelos pais ficou-se sabendo que o rapaz iniciou tratamento para convulsão aos quinze anos e o interrompeu recentemente. O uso da medicação anticonvulsivante lhe causava sono e impedia sua concentração, razões alegadas pelos pais para a interrupção dos estudos do paciente, que concluiu apenas o primeiro grau. Ainda criança, ele fez uso de medicação ansiolítica depois de presenciar o assassinato de um tio aos nove anos de idade.

Severino entrou em pânico assim que chegou à enfermaria. Não queria ficar internado de maneira nenhuma, fez referência a ter medo de morrer no hospital e passou o primeiro dia de internação chorando copiosamente. Apresentou um quadro agudo de tensão de aniquilamento do eu que o manteve muito ansioso e mal conseguindo conversar também no dia seguinte. No terceiro dia, a mãe veio retirá-lo do hospital para que ele fizesse o tratamento mais perto de casa, dando continuidade à história de tratamentos não concluídos, portanto, ineficazes. Infelizmente ainda não se fez a estatística dos tratamentos ineficazes induzidos por elementos emocionais presentes no campo assistencial.

Não houve tempo para nada. Não foi possível saber se os pais do paciente estavam dissimulando ou sonegando informações. Ficou-se sem saber sem o paciente era epiléptico, o que explicaria as convulsões e a cefaleia relatada pelos pais. Assim como não foi possível fazer o diagnóstico diferencial entre a dispneia em repouso descrita no prontuário médico e a falta de ar que acompanha os episódios de angústia. Também não foi possível avaliar se o paciente apresentava um déficit intelectual, possível razão das dificuldades escolares e do relato pouco elaborado, praticamente literal, de suas queixas, e nem começar a pesquisa de linfoma, cuja indicação era uma sugestiva adenomegalia que foi evidenciada no exame físico do paciente.

Houve tempo apenas para ficar evidente que sem a criação do espaço de segurança nenhum tratamento é possível. E, nesse caso, o tratamento teria que incluir o atendimento psicológico

aos pais, no mínimo à mãe, que apresentava uma dificuldade em se afastar do filho em decorrência daquilo que Bowlby (1990,1993a, 1993b) chamou de relação de apego inseguro, geradora da insegurança demonstrada por mãe e filho ao se separarem e indutora do resgate do filho pela mãe.

B- A comunicação do diagnóstico

Diagnóstico e vínculo são os elementos fundamentais da prática assistencial. Estruturam e organizam o projeto terapêutico.

A simples observação de que vários pacientes não se tratam com o primeiro médico a formular o diagnóstico e que a procura de uma segunda opinião diagnóstica, importante e válida, não costuma ser acompanhada pelo retorno ao primeiro médico quando o diagnostico é confirmado, dá uma ideia de que transmitir e receber um diagnóstico não são tarefas nem simples e nem ditadas apenas pela racionalidade e objetividade.

Aliás, a preocupação com a objetividade tem ocupado um espaço cada vez maior na formação e na prática assistencial. E nada melhor do que os resultados dos exames complementares para se "objetivar" o diagnóstico. Os planos de saúde têm centrado o *marketing* na oferta de exames cada vez mais sofisticados e os laboratórios passaram a se autodenominar "medicina diagnóstica". Quem sabe não estamos chegando à situação em que o paciente, ao chegar à consulta marcada, entregará uma relação de queixas, sinais e sintomas para serem digitados e um computador alguns segundos depois imprimirá uma relação de possíveis diagnósticos e dos exames que deverão ser realizados para se chegar ao diagnóstico final. Na sequência, os medicamentos seriam prescritos por enfermeiros orientados por farmacêuticos e representantes dos laboratórios farmacêuticos e a presença do médico não seria mais necessária, resolvendo o problema da carência desses profissionais. Estes seriam convocados e atuariam virtualmente apenas quando houvesse algum problema no programa previa e objetivamente estabelecido. Isso agilizaria ainda mais os atendimentos feitos através dos convênios e pelo SUS, nos quais, há muito tempo, a prática médica se tornou uma medicina da queixa principal, que é o que é possível em uma consulta de quinze minutos.

Ao lado dessa busca pela objetividade assistencial, temos alguns fatos: pelo menos 40% dos pacientes que procuram auxílio médico apresentam doenças funcionais nas quais não são encontradas nenhuma evidência de alteração orgânica, apenas das funções do órgão, sistema ou

aparelho afetado. Mesmo quando há alteração orgânica, os sintomas funcionais também estão presentes e são os responsáveis pela maioria das queixas subjetivas. Médicos preparados para uma "medicina objetiva" não sabem como avaliar e lidar com as queixas subjetivas e tendem a excluí-las do raciocínio clínico ou então exames e mais exames laboratoriais são pedidos para se tentar objetiva-las e, no final, ser constatado que esses pacientes "não têm nada". Esta talvez seja a principal razão pela qual algo em torno de 10% dos resultados dos exames laboratoriais realizados a pedido médico não serem procurados por ninguém. Médicos e pacientes sabem que foram pedidos desnecessariamente.

É preciso bradar: OS ELEMENTOS SUBJETIVOS FAZEM PARTE DO RACIOCÍNIO CLÍNICO! E a subjetividade se expressa de várias formas, algumas delas no corpo: às vezes como um palco, onde os sintomas encenam conflitos emocionais, outras vezes como resultado do estresse decorrente das tensões da vida que atinge a suscetibilidade orgânica de cada um.

Transmitir e receber um diagnóstico não equivale à transmissão e recepção de informações. Quem transmite e processa informações é o computador. Gente transmite, recebe e elabora experiências. O processo de elaboração de uma experiência não corresponde ao processamento de informações. Pensamos a partir de ideias, elaboramos a partir de conceitos (às vezes preconceitos) formados em nossas experiências prévias e juízos de valor. Ao comunicar um diagnóstico estamos fornecendo um conhecimento formado por concepções cientificamente sancionadas sobre um conjunto de fenômenos fisiológicos e fisiopatológicos e suas implicações para a vida de uma pessoa e também daquelas com quem essa pessoa convive.

Como em todo processo de comunicação humana, a comunicação do diagnóstico também contempla elementos racionais, transmitidos pela linguagem verbal, e elementos subjetivos, veiculados pelo conjunto da forma de expressão utilizada na linguagem verbal com os elementos da linguagem não verbal. Muitas vezes, os elementos subjetivos são transmitidos sem a ciência e contra a própria vontade do transmissor.

Temos observado que o paciente sempre faz uma avaliação subjetiva da pessoa que comunica o diagnóstico e daquilo que ela está comunicando. Isso é feito dentro das possibilidades cognitivas e emocionais do paciente e sob a influência do contexto fornecido pela qualidade (confiança/desconfiança) da relação terapêutica. Esta interpretação, sempre de cunho subjetivo, pois carece da necessária isenção e muitas vezes do necessário conhecimento, é omitida ou verbalizada pelo receptor de acordo com o contexto fornecido pela qualidade da relação terapêutica. Como todo elemento subjetivo, esta avaliação feita pelo receptor também se

expressa através da linguagem não verbal, muitas vezes sem a ciência e contra a própria vontade do receptor.

No acompanhamento deste momento clínico encontramos alguns elementos subjetivos que invariavelmente dificultam a comunicação, na transmissão e na recepção, engendrando diferentes tipos de tensões psicológicas.

O primeiro destes elementos é a apreensão do próprio profissional quanto ao efeito do que ele está transmitindo ao paciente. Teme-se a reação do paciente, emocional, orgânica e comportamental. E a hesitação do profissional, que é sempre percebida pelo paciente, engendra tensões regressivas relacionadas com o enfraquecimento da confiança e com o estímulo de fantasias catastróficas.

Nenhuma categoria profissional está imune a esta inquietação. Nas supervisões das equipes de Psicologia Médica esse tema foi sempre presente: “Até hoje o médico ainda não falou o diagnóstico para o paciente!”; “O médico chegou para a paciente e sem mais nem menos falou que ela estava com câncer!”; “Foi a enfermeira que falou para o paciente que ele não ia ser operado hoje”. “O paciente foi fazer o exame e o técnico falou para ele...”. Os exemplos são inúmeros, assim como o relato das tentativas feitas pelos profissionais da Psicologia Médica no sentido de minimizar os danos à relação terapêutica. Por outro lado, pude observar que estes mesmos profissionais, quase que invariavelmente, enfrentam as mesmas apreensões: “Se eu falar da raiva (do medo, da tristeza, da perda etc.) não vai ser pior (para a operação, para a recuperação etc.)?”; “Mas ele acabou de enfartar, como eu vou tratar desse assunto com ele?” (mesmo se é o próprio paciente que traz o assunto); “Eu acho que nessas horas o paciente necessita de apoio e não de falar sobre estas coisas!”. O que é apoiar na prática clínica? É minimizar o problema ou ajudar alguém a enfrentar uma situação difícil?

Não é à toa que existe uma infindável discussão sobre o quanto de verdade deve ser dito ao doente baseada em experiências pessoais e profissionais, preceitos e preconceitos sob a forma de ideologias ou de filosofias de vida. Estes protocolos ocupam o lugar da avaliação sobre as possibilidades cognitivas e emocionais de cada paciente em cada situação. Partindo-se da premissa de que é direito do paciente conhecer sua doença, assim como é função do médico comunicar seu diagnóstico, o como, o quando e o quanto são da maior importância e dependerão de uma acurada avaliação sobre a capacidade do paciente lidar com as ideias cientificamente embasadas que irá receber a respeito do que seu médico pensa sobre a situação

clínica em que ele se encontra e as respectivas consequências na vida dele e das pessoas com quem ele convive.

Ideias e emoções podem fazer mal, independentemente se são boas notícias ou não. Morrer do coração ao ver o time ganhar, enfartar ao ganhar na loteria, morrer pouco tempo depois de perder o cônjuge ou um filho, suicidar-se após saber-se ou supor-se traído(a), são exemplos clássicos que a vida nos dá de que a interação mente-corpo-história pessoal pode ser trágica. A chave para o entendimento desta equação está na relação entre ideia, emoção, consciência e estresse agudo.

Todos nós já passamos pela situação de sentir medo ou de ter uma expectativa angustiante antes de encontrar alguém que tem uma notícia para nos dar. Nessas horas é comum se ter a expectativa ou o receio de não ser capaz de suportar o que vai ser dito. Tememos não suportar os efeitos práticos que advirão e tememos também a própria reação emocional à notícia. É tão frequente esse tipo de situação que o mensageiro tem, quase sempre, a preocupação de preparar a pessoa para a notícia. O gato subiu no telhado...

O receio de comunicar um diagnóstico geralmente decorre da pressuposição de que a pessoa não será capaz de elaborar o que vai ser informado, isto é, não será capaz de incorporar os novos significados advindos da notícia e assimilar as mudanças (internas e externas) que advirão. Este é o processo de transformação de uma informação em conhecimento gerador da consciência no sentido psicológico do termo citado na página 15.

Os mecanismos de defesa do ego descritos pela Psicanálise nada mais são do que os ajustes necessários para a continuidade do funcionamento mental quando esse processo não se realiza adequadamente. Eles evitam a desorganização da estrutura simbólica, a mente. Quando falham, a mente se desorganiza, temporariamente ou não, ou o corpo adoece (Tenenbaum, 2010).

Conscientizar-se de algo é a base do processo de mudança pessoal e social, e nunca é um processo inócuo porque toda mudança, mesmo quando almejada pela própria pessoa, implica em perda do espaço de segurança. Portanto, todo processo de conscientização acarreta um nível de estresse desencadeando os mecanismos de defesa psíquicos e orgânicos conjuntamente. Infelizmente, a Medicina ainda não conseguiu responder por que, em algumas pessoas, os mecanismos de defesa orgânica relacionados com o eixo hipófise-hipotálamo-suprarrenal predominam em situações psicológicas.

Sempre há fundamento quando médicos e psicólogos têm dúvidas quanto a falar certas coisas a seus pacientes, ainda mais se levarmos em conta a situação de fragilidade egóica

inerente a uma internação hospitalar. Apoiar um paciente é ajudá-lo a elaborar a nova situação, a mudança trazida pela doença e cristalizada no momento da comunicação do diagnóstico. Diminui-se assim o nível de estresse presente na situação, o que é de suma importância em se tratando de pacientes orgânicos, mas não só deles. Isso é feito a partir da criação de um vínculo com o paciente, base do espaço de segurança dentro do qual a mudança será possível em um nível suportável de estresse. Isso está longe de significar minimizar, iludir, omitir ou mentir e não tem nada a ver com ser simpático e sim empático.

O segundo elemento subjetivo que observamos ter uma influência negativa no mensageiro diz respeito ao antigo hábito de se confundir o mensageiro com a mensagem. Ainda está presente em todos nós o péssimo hábito que os soberanos tinham de matar o portador de notícias desagradáveis. Se hoje em dia isso não acontece mais com tanta frequência, ainda é comum se observar o próprio mensageiro se confundir com a mensagem, sobrecarregando-se emocionalmente. Aqui é preciso diferenciar este tipo de mensageiro, para quem tudo é muito grave ou perigoso, de outro tipo de mensageiro, o mensageiro sádico.

Para alguns profissionais, o trabalho assistencial insidiosamente vai se tornando um cotidiano de sofrimentos e decepções dentro de uma rotina de experiências desagradáveis eivadas por decisões a que são levados a tomar em decorrência da influência política e econômica na assistência. Lentamente, esses profissionais vão assumindo posturas defensivas - do mercantilismo à indiferença, passando pelo cinismo - contra a depressão subclínica que se instala naqueles que são lenta e gradualmente engolidos por um sistema de saúde que estimula a corrupção em todos os níveis porque é feito para atender interesses econômicos e políticos e não assistenciais.

Depressão é um quadro clínico relacionado com dificuldades na elaboração de perdas significativas, não apenas de pessoas queridas. Não há nada pior do que perder a dignidade profissional, a crença em valores éticos e nas próprias capacidades. Causa enorme indignação a hipocrisia com que os responsáveis pela política de saúde promovem uma medicina mercantilista e o desmantelamento dos hospitais públicos, ao mesmo tempo em que tratam os profissionais, que lá trabalham, mal remunerados e em péssimas condições, como incompetentes, negligentes, corruptos e mesmo criminosos. A perda das perspectivas profissionais acaba tornando o profissional propenso a também não ver perspectivas para seus pacientes: tudo fica sem esperança, grave, com a morte sempre na espreita, engendrando tensões de aniquilamento desnecessárias.

O último elemento subjetivo que observamos interferindo na comunicação diagnóstica está relacionado com o fato dos pacientes apresentarem explicações, verdadeiras teorias pessoais, sobre seus sofrimentos e suas doenças, que nada têm a ver com o conhecimento científico. É mais ou menos como se eles dissessem: "Não importa o que eles (médico, enfermeiro, psicólogo) falam, eu é que sei o que eu tenho". A descoberta dessas teorias pelos profissionais de saúde, através do próprio paciente ou de seus familiares, quase sempre causa desconforto ou tem um efeito desconcertante. A reação mais comum do profissional é a de se contrapor imediatamente à teoria do paciente com seus conhecimentos científicos ou, então, simplesmente descartá-la como se fosse uma completa bobagem. A dificuldade de se levar em consideração as ponderações do paciente dentro do respectivo contexto existencial e cultural tem sempre o efeito de afastar o paciente, geralmente um afastamento silencioso e ressentido, que pode chegar a comprometer a adesão ao tratamento. Em todos os casos que tomei conhecimento, através dos próprios pacientes, em supervisões ou em reuniões clínicas, a teoria do paciente estava sempre relacionada com a sua história pessoal. Vejamos um exemplo.

B.1- Pedro

A médica de Pedro, carpinteiro, casado, pouco mais de quarenta anos, internado devido a uma síndrome cerebelar, solicitou acompanhamento psicológico para seu paciente logo nos primeiros dias de internação. Embora Pedro soubesse que sua doença foi-lhe transmitida geneticamente por herança materna, insistia em dizer que tinha a doença porque era parecido com seu pai. A médica não estava sabendo como lidar com esta situação e notando a crescente tensão diante de sua limitação profissional, antevendo problemas no relacionamento com seu paciente e no engajamento dele ao tratamento procurou o membro da equipe de Psicologia Médica associado àquela enfermaria.

Ao apresentar-se a Pedro, a psicóloga ficou sabendo que ele já estava se sentindo melhor, embora ainda apresentasse tonteira e dificuldade de andar. Pedro disse que havia sido internado para se esclarecer sobre sua doença, que era hereditária. Ficava muito chateado quando as pessoas achavam que ele estava bêbado, interpretando equivocadamente sua doença. Contou que sua mãe não andava mais e seus irmãos mais novos já apresentavam sintomas parecidos com os dele. Disse ser o filho mais velho e que começou a apresentar a sintomatologia aos trinta e cinco anos, o que lhe obrigou a parar de trabalhar porque era carpinteiro da construção civil e trabalhava sempre em prédios altos. Desde então vive apreensivo por achar que sua esposa e

seus filhos não terão com ele a mesma paciência que ele e seus irmãos têm com sua mãe, "que fala enrolado e parece uma morta-viva".

No segundo encontro, Pedro contou um sonho, na verdade um pesadelo (sic), que tivera na noite anterior.

Tinha um homem tentando me agredir com uma faca. Estava em uma casa. Gritei por meu pai, mas ele não apareceu. Em outro cômodo da casa ouvia pessoas falando, mas elas não me escutavam. Eu gritava e essas pessoas não me ouviam. Acabei acordando assustado.

Pedro teve um desses sonhos que, de tão reais em sua verdade emocional, tornam-se pesadelos assustadores. Ao saber que poderia contar com a ajuda de uma psicóloga, Pedro sonha que está num lugar em que se sente ameaçado, chama pelo pai, que não vem para ajudá-lo, e sabe que existem pessoas que podem ajudá-lo, mas que não o escutam. Não é preciso entender muito sobre a psicologia dos sonhos para perceber que esse sonho está diretamente relacionado com seu adoecimento e com a experiência dessa internação. Em seu sonho, Pedro expressa tanto seu medo em relação ao diagnóstico (o homem que o ameaça de morte) como a pergunta que o está intrigando: por que recebeu a herança materna e não a paterna? De que herança Pedro está falando no sonho? Somente a que referente à doença? A elaboração onírica costuma aproveitar os restos diurnos para reapresentar temas históricos não resolvidos (Freud, 1900). Também não é incomum um sonho apresentar um desejo disfarçado pelo seu oposto (Freud, 1900). Assim, o acordar assustado ao não ser ouvido representa, pelo oposto, o medo de ser verdadeiramente ouvido e conhecer aquilo que lhe falta de herança paterna.

Ao comentar a visita de seus familiares, no decorrer desta sessão, Pedro mostrou-se aliviado. Mais do que qualquer outra coisa, a presença deles reforçou a ideia de que ele merecia essa atenção da família por tê-los ajudado materialmente e por ter-se dedicado a eles por toda sua vida.

Pedro tentava equacionar insegurança afetiva (não conseguir se sentir amado) com merecimento por serviços prestados. Como todas as contradições entre razão e emoção, mesmo sabendo que os ajudou e que havia acabado de receber uma prova do carinho e apoio deles, ainda não se sentia seguro se poderia contar com eles. O que mais temia era depender e tornar-se um fardo para eles. Contou que pedia a Deus para que o levasse antes que isso acontecesse.

Embora Pedro desempenhasse o papel de provedor na família, e tivesse provas de que tal comportamento fora benéfico, mantinha-se descrente quanto ao reconhecimento e amor dos familiares. Os diversos papéis vividos nas relações humanas, assim como os espaços sociais, podem ser ocupados de duas maneiras: pela força (autoritarismo) ou pela legitimação (autoridade). Sem legitimação, o papel desempenhado não gera realização e sim perseguição. Pedro desempenhava o papel de pai provedor junto aos familiares, mas sentia-se perseguido, não legitimado, nesse papel. Ao invés de reconhecimento, esperava castigo (esse é o elemento infantil presente em seus pesadelos, inclusive no relatado à psicóloga). Faltava-lhe a legitimação para poder sentir-se bem neste papel sem se sentir perseguido, ameaçado de ser castigado como se tivesse usurpado o lugar de seu pai.

Esses indícios da existência de um conflito inconsciente de Pedro com a figura paterna trouxeram um pouco de luz sobre a concepção particular de Pedro a respeito de sua doença (um caso de "herança catatímica") e sobre a possibilidade de desentendimento entre a médica (a figura de autoridade no momento) e o paciente. Havia chegado o momento de uma interconsulta (Luchina, 1977, 1979) com a médica assistente com o intuito de esclarecê-la a respeito da relação entre o motivo pelo qual o paciente não conseguia escutá-la e a questão psicodinâmica (transferencial) presente na situação assistencial. A interconsulta (Luchina, 1977, 1979) distendeu a tensão regressiva, de cunho paranoide, que já se iniciava no relacionamento deles.

A falta da linhagem (legitimação) paterna costuma desempenhar um importante papel no desenvolvimento de angústias paranoides nos homens (Tenenbaum, 2010), mas a resolução deste tipo de drama identificatório demanda tempo, muito tempo, exatamente o que não se tinha. O objetivo da Psicologia Médica é otimizar o tratamento médico diminuindo as tensões emergentes no encontro assistencial. E isso já havia sido alcançado.

Pedro continuou a ser acompanhado pela Psicologia Médica até a alta. Seu tratamento evoluiu bem, sem nenhuma intercorrência.

B.2- Maria de Lourdes

Maria de Lourdes, uma mulher de quase cinquenta anos, separada, mãe de um filho e avó de alguns netos, estava internada para elucidação diagnóstica. Há dez anos começou a apresentar fraqueza nos membros inferiores que evoluiu para uma alteração em sua marcha. Posteriormente começou a ficar com a musculatura espástica e, finalmente, surgiu incontinência urinária. Seu comportamento mudou após ter lhe sido comunicado o diagnóstico de paraparesia

espástica tropical, uma doença não muito comum causada pelo HTLV1, um vírus da família do agente causador da síndrome de imunodeficiência adquirida.

Até então cooperativa e empenhada em seu próprio tratamento, além de ajudar outras pacientes mais debilitadas, perdeu o apetite, passou a ficar restrita ao próprio leito, coberta até o pescoço, sem manter contato com as demais pacientes da enfermaria e constantemente com fones nos ouvidos. Também começou a recusar a medicação. Foi neste momento que o acompanhamento pela Psicologia Médica foi solicitado.

O membro da equipe de Psicologia Médica que foi atender à solicitação encontrou uma paciente desanimada, sem esperanças e refratária ao contato. Já experiente na utilização da História da Pessoa como instrumento anamnéstico voltado para a criação do vínculo terapêutico, a psicóloga conseguiu vencer a resistência da paciente. Chorando muito, Maria de Lourdes contou que, nestes dez anos de peregrinação pelos postos de saúde e hospitais sem nunca ter conseguido saber a origem do seu mal, perdeu seu emprego, teve síndrome do pânico, seu companheiro a deixou, o filho casou, teve filhos e foi morar distante dela. Agora, ao receber o diagnóstico, tinha perdido a esperança porque sabia que sua doença não tinha cura, apenas controle sintomático.

Em apenas mais dois atendimentos o estado de ânimo da paciente melhorou e ela se reengajou no tratamento. No primeiro atendimento, a psicóloga se dedicou a conhecer a paciente, como era a vida dela, como era o filho e os netos, como passou a se sustentar depois do adoecimento etc. Antes do segundo atendimento, a psicóloga procurou o médico-assistente para uma interconsulta (Luchina,1977, 1979) e, nesta troca de informações sobre a paciente, soube que ela voltara a aceitar a medicação e que iniciaria imediatamente uma pulsoterapia. No segundo atendimento, conversaram sobre o uso de bengala e medo de dependência. Poucos dias depois a paciente recebeu alta hospitalar com encaminhamento para o ambulatório de Neurologia e de Psicologia Médica.

B.3- Marcia

Marcia, uma mulher de pouco mais de quarenta anos, casada em segundas núpcias e sem filhos, foi internada para investigação diagnóstica. Há cinco meses começou a se queixar de tonteira, náuseas, vômitos, parestesia em torno da boca e nas pontas dos dedos das mãos e teve uma crise convulsiva tônico-clônica. Até então saudável, Marcia estava surpresa com o que estava lhe acontecendo. O único problema que sabia ter era uma infecção crônica em um dos

ouvidos, que ela tratava ambulatorialmente. A internação foi-lhe indicada por sua médica ao voltar ao ambulatório e relatar o episódio convulsivo.

Ao internar-se, Marcia chamava a atenção pela alegria e vivacidade. Nos primeiros atendimentos, ela estava apenas surpresa e preocupada, mas estava começando a acreditar que tinha uma doença grave relacionada com "questões mal resolvidas em sua vida". No entanto, dizia não estar preparada para falar. À medida que fazia os exames e o diagnóstico se aproximava seu estado de ânimo se alterou. Tornou-se ansiosa e facilmente irritável. A todo momento expressava a vontade, quase desespero, de ir embora do hospital e voltar para casa, o que preocupou equipe e familiares. Marcia dava sinais fragilização egóica e, nos encontros clínicos, havia uma tensão de aniquilamento do ego.

No mesmo dia em que foi-lhe comunicado que apresentava um colesteatoma, tumor benigno das glândulas mastoideas que pode surgir como uma complicação de uma infecção crônica de ouvido, e que seria transferida para outra enfermaria para o procedimento cirúrgico, Marcia contou para a psicóloga que seu irmão caçula havia se suicidado ainda adolescente. Apesar de não ter deixado nada escrito, ela acreditava que ele fizera isso por ser homossexual. Só ela e a mãe sabiam disso e era a primeira vez que ela falava sobre isso. No final da consulta, Marcia confidenciou que tinha outras coisas para falar e a psicóloga se despediu combinando dar continuidade aos atendimentos na outra enfermaria.

B.4- Francisca

Francisca, com quase setenta anos e um olhar triste, foi internada para esclarecimento diagnóstico. Natural do nordeste do Brasil, veio para o Rio de Janeiro adolescente, acompanhando os sete irmãos menores e a mãe, que acabara de fugir do marido, alcoólatra e violento. "Minha mãe era aquela mulher submissa, que aceitava tudo e só sofria". Francisco contou que casou-se "por pena do marido, que era muito só, e para ter mais liberdade". Teve cinco filhos, dos quais quatro estão vivos. O caçula nasceu morto após uma discussão entre o marido e ela. O marido, em pouco tempo, tornou-se alcoólatra, desenvolveu um intenso ciúmes dela, ao mesmo tempo em que a traía com outras mulheres. A mãe faleceu há treze anos e, desde então, Francisca sente-se sozinha na vida e culpada por não ter sido mais presente na vida dela. Ficou hipertensa e diabética. Há poucos meses, no início do ano, começou a sofrer desmaios.

Já na entrevista inicial ficou evidente a tensão de aniquilamento do eu decorrente da identificação mórbida da paciente com a mãe. Enquanto os resultados dos exames eram aguardados, os atendimentos psicológicos subsequentes foram conduzidos no sentido de diminuir essa identificação. Assim, a paciente pode verificar as semelhanças entre as duas histórias de vida e expressar a saudade que sentia da mãe. Várias lembranças foram recuperadas nesse processo, inclusive a da época do primeiro desmaio, ao receber a notícia da morte da mãe, e a da época em que se sentiu muito só recentemente, quando os filhos pouco vieram visita-la no início do ano em função do aumento de trabalho.

Os resultados dos exames não evidenciaram nenhum problema neurológico além de uma leve neuropatia diabética; a pressão arterial e a glicemia da paciente estavam levemente alteradas. Em uma interconsulta (Luchina, 1977, 1979), a médica e a psicóloga decidiram comunicar esses resultados e o plano de alta conjuntamente, e assim o fizeram para também combinar com a paciente a continuidade dos dois tratamentos em regime ambulatorial.

C- A preparação psicológica para os procedimentos terapêuticos

Uma vez feito o diagnóstico e iniciado o tratamento, a tarefa de preparar o paciente para cada um dos procedimentos a que ele vai se submeter se impõe. Hoje em dia todos sabem que os pacientes devem ser preparados antes de serem submetidos a qualquer procedimento, mas o que é e como se faz a preparação psicológica de um paciente? O primeiro passo é dar as explicações necessárias sobre o que ele vai passar. Esta é a parte estritamente técnica e geral da questão, e deve ser feita quantas vezes forem necessárias, sempre de acordo com a capacidade emocional e cognitiva do paciente em cada momento. A parte específica depende de cada paciente, das ansiedades e fantasias presentes na situação e do tipo de procedimento que será realizado. No caso de procedimentos cirúrgicos, muitas vezes a Psicologia Médica precisa participar no pré, no pós e também no per-operatório, como veremos a seguir.

Observamos que os procedimentos que envolvem a perda da consciência apresentam um tipo específico de tensão psicológica. Para o paciente, qualquer cirurgia acompanhada de anestesia geral, por mais simples que seja, é uma experiência que conjuga a dependência extrema, pois o paciente nem ao menos vê o que lhe estão fazendo, com o risco de morte iminente. Para a equipe cirúrgica é uma experiência que exige preparo técnico e concentração

absoluta com um mínimo de tensão, como acontece nas competições atléticas onde os atletas precisam estar muito bem preparados, altamente concentrados e relaxados para conseguirem realizar os movimentos com precisão. Alguns comportamentos que são observados nos centros cirúrgicos têm o objetivo de relaxar a equipe sem comprometer a destreza.

Um fator complicador para a adequada preparação dos pacientes para a cirurgia decorre do desenvolvimento fabuloso havido nos campos da cirurgia e da anestesiologia, que transformou as enfermarias de cirurgias eletivas em locais de curta permanência onde os pacientes ficam internados poucos dias, às vezes apenas dois ou três dias, e os procedimentos pré-operatórios (diagnóstico, indicação da cirurgia e exames complementares) são realizados por outros profissionais, no ambulatório ou em alguma outra enfermaria.

Como cada paciente lida com a espera da cirurgia de uma maneira pessoal, decorrente da conjugação psicodinâmica entre os elementos históricos, as circunstâncias presentes e as expectativas pós-cirúrgicas, não nos foi possível encontrar uma tensão específica do pré-operatório. Apresentaremos dois casos que exemplificam, no primeiro, a maneira extrema do paciente lidar com a tensão de aniquilamento usualmente presente no pré-operatório imediato, e, no segundo, o risco de iatropatogenia decorrente de uma tensão contratransferencial.

C.1- Maria

Maria, uma mulher já entrada nos seus trinta anos, foi internada para a retirada cirúrgica de nódulos na glândula tireoide. Veio proveniente de outra enfermaria onde fez todo o pré-operatório. Estava nitidamente tensa, queria ser operada logo para sair o mais breve possível daquela situação, e não estava disposta a conversar.

Este tipo de acompanhamento psicológico encerra o seguinte dilema: o paciente evita ou se recusa a conversar porque sente que ao falar irá expor a tensão interior, o que é imaginado como algo drástico ou trágico e relacionado com a perda do controle mental (medo de enlouquecer) e/ou orgânico (medo de morrer subitamente). O terapeuta sabe que esta postura do paciente é perigosa porque impossibilita a diminuição da tensão psicológica, que sempre se acompanha de estresse orgânico, o que aumenta os riscos per e pós-operatórios (crise hipertensiva, algum tipo de acidente vascular, enfarte, complicações hemorrágicas por diminuição abrupta de fatores da coagulação, diminuição abrupta da imunidade, síncope, morte súbita etc.).

Maria deu o azar de encontrar a enfermaria lotada e o hospital com deficiência de anestesistas. Sua cirurgia demorou um pouco mais para acontecer, o que acabou sendo a sua

salvação porque ela havia erigido uma muralha à sua volta na tentativa de manter-se no controle da tensão interior e apresentou uma crise hipertensiva ao entrar no centro cirúrgico. Sua cirurgia foi suspensa e a equipe ficou aguardando a liberação do procedimento pelo membro da equipe de Psicologia Médica associada à enfermaria que a estava acompanhando.

Maria parecia muito bem adaptada à vida na enfermaria antes desta ida para o centro cirúrgico: conversava com as outras pacientes, quase não ficava em seu leito e saía muito para passear pelo hospital. Recebia a psicóloga sempre com brincadeiras e frases do tipo: "está tudo bem", "o chato é ficar aqui sem fazer nada", "eu saio pelo hospital para passar o tempo e paquerar os médicos", "pelo menos à noite a gente joga cartas e assim não fico pensando em coisas ruins", esquivando-se em falar sobre esses "pensamentos ruins". A única coisa que a estimulou a manter um diálogo com a psicóloga foi a descoberta de que as mulheres iam para o centro cirúrgico sem calcinha. O interesse em certificar-se de que profissionais do sexo feminino (médicas e enfermeiras) também participavam do ato cirúrgico continha uma leve insinuação sobre a possibilidade de abuso sexual com as pacientes anestesiadas.

Maria estava fazendo de tudo para não se dar conta do seu medo de morrer. Agia como se tudo estivesse sob seu controle e, através da erotização da situação, defensivamente transformou o hospital em local de diversão (paquera e jogo) e o risco de morrer em risco de estupro.

Quando não foi operada, Maria voltou do centro cirúrgico muito abatida, quase sem conseguir falar, esforçando-se para conter o choro e a única coisa que disse para a sua psicóloga foi que não iria suportar ficar sozinha na enfermaria. O humor de Maria havia mudado para o polo oposto: da euforia para o desamparo quase absoluto. Contou que no centro cirúrgico sentiu-se calma, ouviu as explicações sobre o que iria acontecer e sobre a duração da cirurgia, mas ao mesmo tempo...

Eu via dentro da minha cabeça todos os fatos que aconteceram na minha vida. Foi a minha vida que passou pela minha cabeça. Cada cena, cada detalhe... Especialmente os que me machucaram... Eu fui criada pela minha tia porque quando a minha irmã nasceu minha mãe não podia ficar com as duas. Quando fiz dezessete anos fui morar com a minha mãe. Morei com ela seis meses e casei... O que valeu a pena no meu casamento são os meus filhos... Tem muita coisa ruim entre mim e meu marido... Era difícil ele arrumar trabalho e nós passamos muita fome. Minha irmã uma vez me disse que jogava comida fora, mas não me dava... Eu me

sinto sacaneada porque minha pressão subiu... Eu não sei se vou conseguir ficar aqui para operar.

Chegaram duas visitas e esse atendimento precisou ser encerrado com Maria ainda chorando. É impressionante como as pessoas mudam ao passar por experiências de risco iminente de morte. Ver a vida passar como um filme durante situações de perigo é comum quando a pessoa experimenta sua morte como iminente. Mas, nem Maria e nem sua psicóloga sabiam disso e, mais uma vez, o medo que a paciente estava de morrer durante o procedimento não foi trabalhado. Mais tarde, ao voltar à enfermaria para dar continuidade ao atendimento interrompido pela chegada das visitas, a psicóloga encontrou sua paciente calçada e toda arrumada, a bolsa em cima da cama, dando a impressão de que estava se preparando para ir embora. Tiveram uma conversa na qual Maria aceitou trocar a evasão por uma conversa com o cirurgião no dia seguinte sobre a possibilidade de adiar a cirurgia até se sentir em condições de operar.

A psicóloga retirou-se preocupada, sem saber ao certo se Maria conseguiria permanecer internada. Ao retornar à enfermaria no dia seguinte, encontrou Maria diferente. Maria não se colocava mais à distância, falou da visita do marido, da conversa que tiveram "como há muito tempo não tinham", dos problemas conjugais que se iniciaram depois que descobriu estar sendo traída: "Nunca falei nada, me afastei dele e quando ele vinha falar comigo eu ficava irritada e era grossa com ele e ele não entendia".[3] Contou também que depois da última consulta e depois que o marido foi embora ela foi andar, foi até a rua tomar um refrigerante e estranhou o fato de ninguém a impedir. Na volta ficou andando pelo hospital e foi para no necrotério. Ficou vendo os "pacotes" entrarem e saírem até anoitecer.

Maria precisou se certificar de que não estava presa no hospital e acabou sendo levada por forças interiores ao encontro da morte. E foi a primeira e única vez que o tema da morte foi diretamente abordado. Esta não foi nem a primeira e nem a última vez que observamos o surgimento de uma forte tensão de aniquilamento do eu relacionada com o adoecimento no bojo de uma crise existencial vivida como insolúvel.

Maria conseguiu ser operada alguns dias depois. A seu pedido, sua psicóloga esteve presente no ato cirúrgico e dele saiu pensando como foi difícil levar Maria para o centro cirúrgico e tirá-

[3] Esse parecia ser o padrão psicológico da paciente: diante de um problema, ela se afasta (se isola) e reprime sua agressividade.

la de lá, pois Maria apresentou um sangramento que não é comum nesse tipo de cirurgia. Maria continuou sendo atendida em nosso ambulatório por um certo tempo após a alta hospitalar.

C.2- Elvira

Ao encerrar um atendimento, o membro da equipe de Psicologia Médica notou que havia uma paciente nova andando pela enfermaria parecendo procurar alguém para conversar. Ao dirigir-se a ela e se apresentar, Elvira disse estar precisando de uma injeção de ânimo porque iria se operar de hérnia (abdominal) e tinha medo da anestesia. Já em seu leito, Elvira explicou que havia feito essa operação anteriormente e levantou a roupa mostrando a cicatriz da cirurgia. Em seguida, mostrou duas outras cicatrizes em seu abdome explicando que foram do dreno e apontou para a nova hérnia. A psicóloga viu uma barriga volumosa, flácida, cheia de marcas e a cicatriz da cirurgia anterior bastante alargada. Incomodada com a visão que teve, baixou a cabeça e notou que as pernas de Elvira eram escurecidas e repletas de varizes e outras marcas. Perguntou e Elvira confirmou que também já havia operado as varizes, mas que teria que operá-las novamente. Ao olhar com mais atenção para o rosto de Elvira, esta reagiu com um sorriso cujos dentes também não tinham trato, os que restavam estavam escurecidos. Além disso, os cabelos da paciente estavam em desalinho, bem como suas roupas, porém sua cama e seus pertences se encontravam em perfeita ordem.

Elvira trabalhava como empregada doméstica diarista e lavadeira para ajudar o marido pedreiro a criar os quatro filhos. Tinha orgulho de ser uma mulher trabalhadora, de nunca ter feito "corpo mole" e de sempre ter voltado ao trabalho logo após os partos e as cirurgias. Ela reagiu como a uma crítica a sua maneira de ser ao questionamento sobre os motivos para nunca ter se poupado. Disse que seus pais trabalhavam na roça e ela, como a mais velha dos dez filhos, sempre ajudou a cuidar deles e da casa, e de lá só saiu para casar. Em sua casa é sempre ela que faz tudo porque sempre gostou de tudo muito limpo e acha que ninguém limpa como ela.

A psicóloga já havia atendido a outras pacientes amáveis e gentis, solícitas, abertas ao diálogo e com a simplicidade das pessoas do interior, que em Elvira estava acrescida de uma ingenuidade pueril acompanhada de uma onipotência que a fazia não precisar de ninguém e considerar que só ela fazia bem as coisas, dispensando qualquer ajuda. Ela sequer precisava de cuidado e, apesar de se tratar, não seguia as recomendações prescritas.

A psicóloga encerrou a consulta não só preocupada com os riscos da cirurgia. Saiu com receio de mais um pós-operatório descuidado, que, provavelmente, agravaria as já

comprometidas musculatura abdominal e rede vascular periférica da paciente, mas também aflita porque notara que suas intervenções eram ineficazes. Tensa diante das suas limitações profissionais, a psicóloga não percebeu a dissintonia, potencialmente iatrogênica, entre as suas preocupações e as da paciente.

Ao relatar na supervisão posterior a este atendimento a compreensão de que Elvira nutria um desejo inconsciente de morrer por sentir-se infeliz com sua vida, deslocando defensivamente para sua casa as possíveis sujeiras que sentia carregar e que, obsessivamente, tentava limpar, a psicóloga pôde reconhecer que esta compreensão, além de incorreta, a levou a não perceber que Elvira era portadora de um limite cognitivo. Com isso, pressionou sua paciente induzindo o sentimento de culpa por ela não se cuidar. Graças ao limite cognitivo que a psicóloga não reconhecera, Elvira não compreendeu as intervenções da psicóloga.

No caso de Elvira havia duas questões a serem tratadas: a expressa pela paciente, o medo da anestesia, e outra, inferida pela terapeuta a partir do relato da própria paciente, o provável comportamento pós-operatório.

A primeira é mais simples. A preparação psicológica dos pacientes para procedimentos que envolvem perda da consciência é feita abrindo-se espaço tanto para a expressão do medo de morrer como para a possibilidade da paciente escolher alguém de sua confiança para estar presente na cirurgia (ser os olhos da paciente durante o procedimento). Essa é a motivação psicológica presente nos pedidos que os pacientes fazem para serem acompanhados nos procedimentos com anestesia.

Por ser contratransferencial, a segunda questão é mais complexa. Aos olhos da terapeuta, Elvira pareceu ser uma mulher absolutamente massacrada pela não realização pessoal e, portanto, infeliz, sem perspectivas existenciais e com possíveis desejos inconscientes de pôr fim a todo seu sofrimento. A psicóloga se sentiria assim nessa situação, mas não era essa a situação de Elvira.

Criada em um ambiente com pouquíssimas possibilidades de desenvolvimento pessoal e portadora de uma limitação mental constitucional (oligofrenia em grau leve), Elvira não desenvolveu nenhuma ideia mais pessoal que pudesse levá-la a construir uma identidade e, aí sim, se poupar, se cuidar e almejar algo pessoal. Elvira cuidava apenas dos outros, esse era o sentido de sua existência. Por isso ela não entendeu a abordagem que sua terapeuta fez do seu comportamento, chegando a achar que a psicóloga estaria lhe dizendo que arrumar a casa seria pior do que morrer ou poderia levá-la à morte.

Por outro lado, a psicóloga foi criada para ser alguém e ultrapassar as condições precárias do seu ambiente de origem. Tornou-se uma mulher que luta por seu lugar social e por sua realização pessoal e profissional. Apesar de já ter certa experiência profissional, ainda não havia alcançado a maturidade necessária para evitar que seu feminismo social contaminasse sua avaliação profissional.

Elvira precisava adquirir maior consciência de sua doença e da necessidade de se poupar e se cuidar. Ao invés de criar um vínculo com a paciente, diminuir a tensão de aniquilamento do eu presente no pré-operatório imediato para, no pós-operatório, preparar um acompanhamento ambulatorial na direção de uma ampliação da consciência, a psicóloga foi levada pelo seu próprio feminismo social a pressionar a paciente, correndo o risco de aumentar a tensão pré-operatória com uma atitude crítica, superegóica, desnecessária. Na supervisão, a psicóloga conseguiu redirecionar sua atitude através da compreensão do papel do contexto existencial e intelectual no comportamento da paciente, diminuindo o risco de iatrogenia contratransferencial.

C.3- Hélio

Hélio fazia acompanhamento ambulatorial na Clínica Médica há muitos anos e fora encaminhado a outro hospital para um transplante renal. Retornou ao ambulatório após a alta e acabara de ser internado com dores abdominais. O pedido de acompanhamento por um membro da equipe de Psicologia Médica associada à enfermaria veio a partir do quadro de choro e desesperança após a cirurgia ter sido um sucesso. Hélio, um homem de meia idade, estava deprimido. Relatou que havia saído de alta apreensivo e agora definitivamente não acreditava no sucesso do transplante, embora nada de objetivo existisse para as suas apreensões até aquele momento. O pedido de atendimento abrigava a apreensão da equipe da enfermaria de que o estado emocional do paciente acabasse contribuindo para o insucesso da cirurgia e trazia a solicitação de que o quadro depressivo fosse revertido. Essa foi apenas mais uma vez que a Psicologia Médica foi convocada para apagar um incêndio para o qual todos contribuíram por não terem se preocupado com as normas de segurança. Por que não existe a preocupação de se preparar psicologicamente os pacientes para procedimentos tão complexos como um transplante? Por que a relação corpo-mente-história pessoal só é admitida quando adquire tons dramáticos?

Bem, nessas horas, a primeira coisa a fazer é conversar com o doente e saber dele o que está acontecendo porque, às vezes, a percepção dos fatos pelo paciente é completamente diferente, senão oposta, à da equipe. Vendo e revendo essas situações acabei cunhando um slogan para elas: "O doutor pode dizer o que ele acha, mas eu é que sei o que eu tenho".

E Hélio mais chorava do que falava. Estava mais para quem acabara de receber um diagnóstico terrível do que para quem ganhara uma segunda chance. Ele era muito mais lembranças do que esperança. Estava totalmente voltado para o seu passado aonde predominavam as lembranças de sua mãe. Dizia ter sido ela a única mulher de quem gostara de verdade. Até hoje lamentava sua perda, ocorrida onze anos antes, e não conseguia parar de se recriminar pela reação que tivera na época: não conseguira chorar. E isso fez com que ele passasse a desconfiar do seu próprio amor. Na época, ele se sentiu muito mal e dias depois acabou num CTI por descompensação aguda de um quadro de diabetes que ignorava ter. Hélio achava que foi por não ter chorado a perda da mãe que ficara diabético e seu rim deixara de funcionar. E não estava muito errado. A literatura médica está repleta de casos de pessoas que abrem um quadro de diabete em meio a uma crise existencial. E a diabete pode evoluir com uma glomeruloesclerose diabética[4] e insuficiência renal aguda.

Hélio sobreviveu à perda da mãe. Passados cinco anos começou a fazer hemodiálise e no sexto ano submeteu-se a um transplante. Durante a recuperação do transplante voltou a sentir-se mal, foi reinternado e fui chamado.

Hélio era frequentador antigo do ambulatório de Clínica Médica do hospital, sempre preocupado com seu bem estar físico. Era conhecido por ser altivo e prepotente. Homem de meia idade, que fazia o tipo galã, um pouco decadente, com várias amantes, sempre tratando mal a própria mulher. Falava constantemente de sua mãe e estava brigado com o pai, com quem não falava há muitos anos. Todos se surpreenderam quando, depois da morte de sua mãe, mudou quase que completamente. Deixou as amantes, ficou dependente da esposa e tornou-se emotivo, chorando com facilidade.

Todos estranharam muito essa mudança e diziam que nunca imaginaram que um homem como Hélio poderia ficar assim, um trapo. Negaram completamente os evidentes traços hipocondríacos, depressivo-dependentes, que se organizaram em torno de uma trama edípica não resolvida da personalidade pré-mórbida do paciente. Paradoxo comum na prática médica, Hélio usava medicação antidepressiva receitada por seus clínicos, mas nenhum trabalho visando

[4] O glomérulo é a unidade funcional do rim; local onde se dá a filtragem do sangue.

o encaminhamento para um tratamento psicoterápico foi feito. Com o tempo, os sinais maiores do luto patológico desapareceram e Hélio retomou sua rotina de vida, embora nunca mais da mesma forma. Entrou para a fila de transplante renal e estava agora correndo o risco de perder o rim que acabara de receber. Fui chamado para resolver a situação.

O diagnóstico de luto patológico não era difícil de ser feito. Hélio não conseguira elaborar a perda da mãe em virtude de alguma deficiência na consolidação do vínculo diádico. Vivia oprimido por culpas inconscientes e por uma tensão regressiva de cunho edípico. O difícil, provavelmente impossível, era reverter o quadro de rejeição renal já em andamento. Uma vez instalados, os quadros orgânicos têm sua própria evolução. O que a equipe ainda não havia reconhecido era o risco de Hélio encontrar uma possibilidade de atuar seus impulsos depressivos e morrer usando o quadro orgânico e a equipe médica. Em poucos dias Hélio perdeu o rim transplantado, foi ao fundo do poço e quase morreu. Ficou internado mais de um mês, durante o qual finalmente pôde começar a trabalhar seus conflitos históricos.

Quando chegará o momento de se contabilizar o desnecessário sofrimento de pessoas, frustrações profissionais, desperdício de tempo e de dinheiro decorrentes da falta de uma medicina e de um sistema de saúde orientados para a assistência integral dos doentes?

C.4- Madalena

Assim que chegou à enfermaria para mais um dia de trabalho, o membro da equipe de Psicologia Médica associada àquela enfermaria foi abordado por uma enfermeira que estava achando estranho o comportamento de uma paciente recém-internada. A enfermeira notara que a paciente, internada para a investigação diagnóstica de dores precordiais com piora nos últimos trinta dias, estava muito preocupada com o estado de saúde da paciente do leito ao lado do seu, cujo quadro clínico não apresentava nenhum risco de morte iminente.

Madalena, uma mulher de quase cinquenta anos, recebeu com desconfiança a aproximação da psicóloga. No primeiro instante, ela pareceu sentir-se ameaçada com esta presença, mas se recompôs rapidamente e disse que sua vida hoje é muito boa: é casada com um marido maravilhoso e tem filhos e netos, que lhe dão muita alegria. Passando nervosamente uma das mãos na cabeça, completou: “Agora surgiu esse problema no coração e o médico disse que é angina. Estou um pouco preocupada porque amanhã eu vou fazer um cateterismo, mas o médico disse que vai correr tudo bem. Os médicos daqui são bons”.

Percebendo a tensão em que Madalena estava devido ao medo de morrer no exame, a psicóloga aproveitou a deixa dada pela paciente e perguntou-lhe: “Como era a sua vida antes (de ser boa)?” Os olhos de Madalena se encheram de lágrimas, seu semblante ficou imediatamente pesado e ela disse: “No passado foi de muita tristeza, muita dor. É muito difícil”.

Madalena perdeu dois filhos: o caçula, há onze anos, atropelado quando jogava bola, e o segundo, há nove anos, num assalto ao ônibus em que estava. Chorando, contou que seu primeiro casamento acabou quando o marido a acusou pela morte do caçula: “Ele era alcóolatra e me agredia quando bebia. Suportei isso por anos, mas não aguentei quando ele me acusou pela morte do nosso filho”. Depois falou da neta, a filha de seu filho que havia acabado de nascer quando ele foi morto no assalto e que ela ajuda a criar. Apesar das dificuldades em criar uma criança onde mora, contou seus planos para o futuro dela.

Aos poucos Madalena foi relaxando e a psicóloga encerrou a consulta mais otimista, pois Madalena já via um futuro para a neta e, portanto, para si mesma. Despediram-se combinando um segundo encontro para depois do exame. Ao retornar à enfermaria depois do fim de semana a mesma enfermeira procurou novamente a psicóloga para dizer que a paciente havia feito o cateterismo, que correu tudo bem e que ela foi liberada no dia seguinte, sábado pela manhã.

D- O momento da alta hospitalar

Sair do hospital. Deixar para trás o ambiente de sofrimento e morte e voltar para casa deveria ser o momento mais esperado pelo paciente, familiares e equipe, mas nem sempre é assim. Nem sempre a casa é o lar, espaço por onde transitamos tranquilamente e onde vivemos relações afetivamente significativas em nível pessoal e íntimo. Por outro lado, também nem sempre nos sentimos suficientemente seguros para nos afastarmos da equipe assistencial e, finalmente, nem sempre, sair do hospital é considerado o melhor pela equipe de saúde.

Nesse momento, conflitos domésticos pré-existentes se agudizam e laços regressivos estabelecidos durante a internação se rompem, às vezes abruptamente. Ambos contribuem para comprometer as adaptações súbitas exigidas pelo momento da alta e, consequentemente, trazem uma piora do quadro clínico ou a instalação de uma nova enfermidade (Eksterman, 1986a).

D.1- Solange

Além da rotina de atendimentos que executamos nas enfermarias em que fazemos parte da equipe assistencial, recebemos solicitações de parecer especializado de enfermarias que não contam com profissionais de Psicologia Médica. A situação clínica que passarei a descrever se iniciou com um pedido de parecer solicitado por uma equipe, preocupada com uma paciente que estava internada há dois meses em decorrência de uma asma brônquica, cuja sintomatologia não se estabilizava a ponto de se poder dar alta para a paciente continuar o tratamento em regime ambulatorial. Toda vez que a equipe dava uma licença de fim de semana para Solange, ela voltava em estado de mal asmático antes do término da licença.

No prontuário constava que Solange sofria de asma desde o final da adolescência e há pouco menos de um ano começara a apresentar episódios asmáticos que não eram mais resolvidos com a inalação de medicação broncodilatadora. Foi nessa época que ela começou a ser levada recorrentemente para uma emergência pública perto de casa, onde recebia medicação parenteral e ficava em observação recebendo oxigênio. Aos poucos, essas crises se tornaram mais frequentes e ela passou a ser internada, inicialmente por quatro a sete dias, até que foi internada em um estado que a equipe levou mais de um mês para conseguir fazê-la ficar sem usar o cateter de oxigênio.

Desta vez, após quase dois meses de internação, com o quadro clínico estabilizado, estando ela razoavelmente bem, a equipe começou a pensar em alta e a paciente passou a se apresentar mais ansiosa nas visitas médicas. A princípio, a equipe não estabeleceu nenhuma relação entre a alta e a ansiedade da paciente, mas percebendo a paciente mais aflita, seu médico-assistente aumentou a dose do ansiolítico que ela já vinha fazendo uso e, em vez da alta, combinou com a paciente algumas licenças de fim de semana preparatórias para uma futura alta. Só quando Solange passou a voltar dessas licenças de ambulância, em estado de mal asmático, é que a equipe nos chamou, ainda sem estabelecer nenhuma relação entre a piora do estado dela, suas idas para casa e a futura alta.

Foi nessa fase da hospitalização que a conheci. Ao procurá-la na enfermaria, me indicaram uma paciente obesa que estava saindo do banho de camisola nova, bem disposta e puxando um porta-soro. Observei que Solange tinha televisão, rádio, biscoitos, frutas e água ao lado de seu leito. Imediatamente senti uma estranheza e pensei que ela estava se sentindo em casa. Ao me apresentar, fui recebido com surpresa e uma marcada indiferença. Ela me disse que não entendia porque haviam chamado um psicanalista, já que seu problema era orgânico e ela não tinha

nenhuma queixa de fundo emocional. Disse isso com aquele tom de fim de papo usado para se dispensar uma visita inoportuna quando se está ocupado com coisas mais importantes. Respondi-lhe que seu médico-assistente não concordava com ela. Sem se abalar, Solange, sentada em seu leito, permaneceu em silêncio e indiferente a mim.

Não é uma situação usual procurar uma pessoa com disposição de ajudar e encontrar uma soberba indiferença. Senti-me numa situação surreal. Estava de pé diante de uma pessoa recém-saída do banho, cheirosa, penteando os cabelos molhados, vestida com uma camisola nova, como se estivesse em casa, e estávamos os dois cercados por cinco ou seis pacientes, com a aparência comum aos doentes crônicos, deitados em seus leitos em uma enfermaria de um hospital público! Sentei numa cadeira ao lado de seu leito e dei continuidade à entrevista de uma maneira aparentemente diferente daquele exposta na metodologia da pesquisa, mas como poderá ser acompanhado logo abaixo, segui exatamente os princípios do método descrito: busquei criar um vínculo com a paciente incentivando-a a se expressar a partir dos temas por ela apresentados e só encerrei a entrevista ao perceber que havia conseguido meu intento.

D- Bem, já que seu médico fez a solicitação e eu preciso responder alguma coisa, porque você não me fala porque você está internada?

S- Eu não vejo razão para isso...

D- (Fiquei em silêncio, com cara de pedinte intrigado)

S- Eu tenho asma.

D- É? Há muito tempo?

S- Desde mocinha.

D- E aí?

S- Aí eu comecei a piorar e me internaram.

D- E quem internou você?

S- Meu marido.

D- Você é casada?

S- Sou. E tenho duas filhas.

D- Já são grandes?

S- Uma tem 10 e a outra já é uma moça de 15 anos.

D- Puxa, você já tem uma filha de 15 anos! Casou cedo, não é?

S- É. Eu tinha 18 anos. Foi meu primeiro namorado.

D- Naquela época era assim, não é?

S- Mais ou menos. A minha irmã era namoradeira.

D- É?

S- Ela era mais nova do que eu. A gente saía muito juntas e eu era mais calada.

D- É?

S- Ela morreu um pouco antes de eu casar.

D- Que chato! O casamento já estava marcado?

S- É. Foi muito ruim. Na época, cheguei a pensar que começando assim não ia dar certo, mas foi tudo bem. Ele cuida muito de mim. Depois eu tive minhas filhas...

D- Olha, Solange, vamos fazer o seguinte: como já são quase onze horas (o atendimento havia se estendido por mais de uma hora), eu volto amanhã para a gente continuar, 'tá bem?

S- 'Tá bom.

D- Amanhã, por volta de nove, nove e meia, 'tá bom?

S- 'Tá.

D- Até amanhã.

S- Tchau.

No dia seguinte, e nos dois meses subsequentes, nossas conversas tiveram a mesma dificuldade inicial, embora cada vez mais atenuada. Sempre com um ar de não saber por que precisava conversar comigo, Solange, aos poucos, bem aos poucos, revelou-me que sua asma foi precedida por episódios de falta de ar, os quais se iniciaram logo depois da morte da irmã. Tempos depois fiquei sabendo que Solange sentia-se infeliz em seu casamento, desde o início. Seu marido tinha ejaculação precoce e alimentava a suspeita de que ele tinha outras mulheres e com essas ele era diferente induzindo Solange a sentir-se uma mulher fracassada e sexualmente frustrada há muitos anos. Embora a adesão de Solange ao tratamento psicoterápico apresentasse

uma melhora significativa, Solange continuava tendo suas licenças de fim de semana interrompidas por episódios de mal asmático. Na enfermaria, ela parecia estar muito bem e, em casa, passava mal e voltava logo para a enfermaria. A indiferença da paciente diante da sua própria situação somada à aparente falta de resultado do tratamento psicológico aumentou a tensão dentro da equipe diante do desafio assistencial com esta paciente, e começou-se a pensar em fazer uso parenteral de corticoides de forma sistemática, o que seria um grande risco para Solange e suas glândulas suprarrenais.

Tendo entendido a aparente indiferença da paciente como uma reação defensiva e o fato dela sentir-se segura apenas na enfermaria como sinal de uma crônica tensão de aniquilamento do eu em decorrência de um desejo inconsciente de desistir (morrer) associado ao processo de luto patológico pela irmã e pela indução do sentimento de fracasso conjugal crônico, e levando em conta a tensão da equipe, resolvi que Solange passaria a ser atendida no nosso ambulatório com o objetivo incrementar a reversão desta conjuntura.

Ameaçada por um sentimento crônico de fracasso e por um luto patológico, Solange transformara a enfermaria em seu espaço de segurança, um tipo peculiar de regressão do psicológico, relacional, para o ambiental, geográfico. E, como era de se esperar, Solange reagiu negativamente à minha proposta. Disse-me que não aguentaria andar até lá e acabou conseguindo mobilizar toda a enfermagem contra a minha ideia sob a alegação de que precisaria de alguém para acompanhá-la no caso de passar mal. Inicialmente, a equipe médica também achou arriscado e foram necessárias várias interconsultas (Luchina, 1977, 1979) para eu conseguir a autorização necessária para ela ir até meu ambulatório sem soro.

Preservando ao máximo a intimidade de Solange, as interconsultas (Luchina, 1977, 1979) serviram também para situar a equipe no drama pessoal da paciente: um luto patológico acrescido de um casamento infeliz, marcado por um sentimento de fracasso conjugal e uma crônica insatisfação sexual. As idas de Solange ao meu ambulatório sem nenhum episódio dispneico selou a confiança da equipe em meu tratamento. Passei a coordenar as licenças de fim de semana de acordo com a disposição de Solange enfrentar sua difícil situação conjugal, as condições de alta foram se aproximando e ela saiu do hospital ao fim de nove meses. Solange continuou a ser atendida por mim após sua alta e não mais apresentou nenhum episódio de dificuldade respiratória.

D.2- Nilza

Um dia, uma colega médica pediu-me para atender uma de suas pacientes porque não estava encontrando nada que justificasse a queixa de fraqueza nas pernas. Em tom de desânimo, a colega me disse que já havia pedido um parecer ao cirurgião vascular e outro ao neurologista e ambos confirmaram seu exame físico normal.

Ao me aproximar do leito de Nilza, uma mulher de quase sessenta anos, e apresentar-me, fui recebido com um lamento: "Ah, doutor, não estou nada bem... Já estou aqui há vinte e dois dias e desde que cheguei aqui me esqueço de tudo. Não consigo me lembrar do rosto das minhas filhas e até das médicas não consigo lembrar". Os olhos de Nilza imediatamente se encheram d'água e cada lágrima era imediatamente enxugada com as mãos, mas o choro não era interrompido.

Com ela sempre chorando, às vezes mais forte, às vezes baixinho, mas sempre com muitas lágrimas, fiquei sabendo que ela esteve internada nesta mesma enfermaria no início do ano para tratar uma gastrite. Foi quando descobriu estar diabética. Meses depois, teve uma pneumonia e, em seguida, surgiram fraqueza nas pernas, fortes cefaleias e dificuldade de enxergar. Nesta época, estava sempre com a sensação que iria cair. Pouco tempo depois começou a se sentir muito nervosa, chorando à toa. Em suas próprias palavras: "De repente me dá uma tristeza no peito e uma vontade de chorar; depois passa".

Nilza sentia-se mal por estar doente e por ter precisado se afastar do trabalho. Precisou se justificar algumas vezes por não estar trabalhando e, nestes momentos repetia que esta era a primeira vez que havia se afastado do trabalho. Embora precisasse apenas equilibrar a sua glicemia e passar a seguir uma dieta, ela parecia não acreditar que este seu estado atual era transitório, que iria melhorar e retomar sua vida. Para completar, seu marido estava desempregado há três anos. Dizia que eram tantas as preocupações que, às vezes, sentia sua cabeça oca, se pegava parada, pensando em nada; outras vezes não conseguia se desligar das preocupações e não conseguia dormir à noite. Nestas horas tinha a impressão de ver vultos e, ao dizer isso, lembrou-se do pai, que morreu internado em um hospital psiquiátrico, e da irmã, que está internada para tratamento psiquiátrico porque havia sumido de casa e foi encontrada três dias depois, vagando pelas ruas, toda machucada e com as roupas rasgadas.

Nilza estava desesperançada com a sua situação de vida (envelhecimento+doença+marido desempregado) e temia acabar como o pai e a irmã. Ao encerrar a entrevista, não pude deixar de pensar que havia uma tensão de aniquilamento do ego por haver algo que a estaria

sobrecarregando a ponto dela sentir medo de enlouquecer. Sabemos que o medo, muitas vezes, é a contrapartida do desejo. Assim, não seria de todo absurdo conjecturar que, diante de uma situação sem saída, a saída imaginada por Nilza fosse a morte, a morte mental, a loucura.

Nilza tentou fazer algumas intrigas para esconder o fato de não estar seguindo a dieta recomendada (comia biscoitos escondido). Queixava-se da enfermagem para a equipe médica, queixava-se da equipe médica para a enfermagem e queixava-se de todos para mim. Dizia sentir que ninguém acreditava que ela estava fazendo tudo para ficar logo boa e poder voltar para casa e que isso era uma injustiça.

A situação me fez pensar que havia algum problema em casa, para o qual Nilza não estaria querendo voltar, o que foi confirmado quase quinze dias depois quando Nilza me recebeu com um sonho. Seu comportamento na enfermaria mudou depois desta consulta, na qual abri espaço de interlocução com a paciente a partir do material que ela trazia e utilizei a compreensão psicanalítica para agir psicoterapeuticamente no sentido de iniciar a separação entre a situação atual (descompensação glicêmica) e a questão histórica evidenciada pela paciente no diálogo (frigidez).

N- Não me lembro direito, mas era com meu marido. Foi muito rápido, com se fosse um relâmpago. Sonhei que estávamos fazendo sexo, só que, ao invés dele gozar dentro de mim, ele segurava o pênis e esguichava o esperma em cima da minha cabeça, no meu cabelo, e fazia isso rindo. Era como se ele estivesse gozando com aquilo. Eu acordei quando eu estava indo para o banheiro me lavar. Sabe, já tenho muitos anos de casada, mas sexo sempre foi um problema. Com três anos de casamento procurei uma ginecologista que me encaminhou para um psicólogo, mas acabei não indo.

D- O que estava acontecendo?

N- Casei muito nova e virgem. Na lua-de-mel fiquei tão nervosa que acabei desmaiando. Meu marido não sabia o que fazer e acabou fazendo sexo comigo assim mesmo. Essa foi a única vez que desmaiei, mas não sinto nada quando fazemos sexo. Assim que ele termina, dou um jeitinho de ir para o banheiro para me lavar porque me sinto suja, mas não quero que ele perceba. Digo que vou fazer xixi e aproveito para tomar banho... Não sinto nada... Para mim é indiferente. Não sei explicar, mas sexo não faz falta para mim. Eu não o procuro porque não sinto vontade. Às vezes as colegas comentam sobre sexo e caras bonitos, que deixam elas excitadas, mas comigo isso não acontece. Não fico excitada com meu marido e nem com

nenhum outro homem. Elas dizem que isso é porque eu não gosto dele, mas não é verdade. Estou aqui e fico ansiosa aguardando os dias de visita para poder vê-lo. Tenho saudades. Ele é muito carinhoso, me ajuda com os afazeres da casa e está sempre tentando me agradar. É meu companheiro para tudo. Mesmo sabendo como eu sou, ele me respeita e procura entender. Às vezes, ele reclama um pouco quando estamos na cama. Diz que pareço mais uma geladeira e coisas desse tipo. É sempre ele que me procura, eu nunca o procuro para isso. Acho que ele fica chateado. Ele quer que eu o procure e que eu sinta o que ele sente, mas não consigo. Teve uma vez que eu disse para ele procurar outra na rua. Eu realmente não me importaria, mas ele disse que falo isso porque sei que ele não seria capaz disso. Ele é um homem muito ativo e sei que não vou conseguir dar a ele o que ele quer. Fico com pena dele. Sei que o problema é comigo, mas acho que já estou velha para dar jeito nisso. O que faço é cumprir com a minha obrigação de esposa.

D- Com tanta obrigação e tão pouca satisfação, não é à toa que está difícil você se equilibrar para voltar para casa.

N- Meu marido sempre foi um cara bonitão, alegre, divertido. Às vezes fico pensando porque ele resolveu casar comigo. Eu me acho feia, sem graça, me sinto inferior. Com tanta mulher bonita que ficava atrás dele, porque ele me escolheu? Ele diz que sempre foi farrista quando solteiro, mas quando colocou os olhos em mim, sabia que eu era a mulher que daria sossego à vida dele porque dava paz a ele. Mas, nesses anos todos, apesar de ser muito carinhoso comigo, ele nunca disse que me amava. Sempre diz que gosta muito de mim e que não acha necessário dizer que me ama. Apesar de ter esse problema com sexo, sou do tipo romântico, mas ele não. Só teve uma vez que ele bebeu e mandou uma pessoa entregar um cartão para mim no dia das mães. A letra dele estava toda tremida por causa da bebedeira, mas ele escreveu assim: "Você é como a mais bela flor do campo que vive em meu coração". Foi a única vez que ele foi romântico comigo e só conseguiu porque estava bêbado.

D- Você acha que se ele fosse mais romântico você conseguiria ter prazer no sexo?

N- (Seu rosto apresentou uma feição interrogativa).

D- Eu te perguntei isso porque algumas mulheres acham que os homens viram verdadeiros animais na hora do sexo e no sonho você mostrou que às vezes você tem a impressão de que seu marido usa o sexo para humilhar você, urinar na sua cabeça.

N- (Depois de algum tempo em silêncio e parecendo estar iniciando uma nova conversa) Minha médica esteve aqui ontem e conversamos muito. Ela me explicou o que estava acontecendo e

disse que estou respondendo bem ao tratamento, mas que ainda é necessário um pouco mais de tempo para que ela possa acompanhar de perto a resposta do meu organismo à medicação. Descobri até que é normal a glicose subir um pouco durante o dia e voltar a diminuir à noite. Antes achava que isso era anormal. Ficava preocupada.

D- Sabe Nilza, eu concordo com a opinião da sua médica. Eu também acho que ainda é cedo para você voltar para casa. Precisamos conversar mais um pouco para que você possa encarar o sexo como algo normal.

No atendimento seguinte, e pela primeira vez, Nilza me recebeu sem queixas e disse ter dormido bem. Contou que o marido veio vê-la no final de semana e que "falei do senhor para ele. Disse que as conversas estão me ajudando a entender o que está acontecendo comigo e não estou mais tão nervosa como antes". Encontrei com a médica da paciente ao sair do quarto e, pela conversa que tivemos, notei que a colega estava mais satisfeita com a resposta de Nilza ao tratamento. Fui informado de que as variações glicêmicas de Nilza não estavam mais tão desproporcionais como antes e que suas queixas de fraqueza nas pernas haviam desaparecido. A médica também me disse que Nilza provavelmente precisaria fazer uso de insulina injetável pelo resto da vida e como sabia que ela não iria gostar muito dessa ideia, ia começar a conversar com ela sobre isso ainda hoje.

Uma semana depois, Nilza me recebeu bastante animada com a proximidade da alta, mas apreensiva com o fato de ter que fazer uso de insulina injetável. Tivemos um diálogo no qual tive a oportunidade de compreender que a dificuldade dela com a medicação injetável tinha relação com a sua questão histórica e assim pude trabalhar psicoterapicamente no sentido de ampliar um pouco mais sua consciência sobre o problema mantendo o método de abrir espaço de interlocução a partir do material trazido por ela.

N- Não teve jeito e eu vou ter que tomar insulina a vida toda. A doutora falou que no meu caso só comprimido não resolve. Ela combinou comigo que virá mais tarde para me ensinar a aplicar a insulina. Vamos ver como vai ser. Sabe, eu já estou aqui há quase dois meses e me acostumei a tomar insulina. No começo fiquei assustada... Tinha medo... Achava que podia fazer mal, mas agora já acostumei. Tomo insulina e não sinto nada, mas não queria ter que tomá-la. Preferia o remédio.

D- É?

N- O remédio seria melhor porque bastava comprá-lo na farmácia e tomá-lo. Posso tomar em qualquer lugar, a qualquer hora. Já a insulina eu não posso comprar porque é mais caro. Primeiro, vou ter que pegar num posto de saúde, e a gente escuta falar que às vezes falta remédio nos postos de saúde. Depois, vou ter que aplicar em mim ou pagar alguém para me aplicar. Acho que vai ser mais complicado.

D- Estou vendo que vai ser mesmo mais complicado.

N- Não sei explicar, mas acho que não vou conseguir aprender a usar a insulina sozinha. Aqui são as enfermeiras que fazem isso. Eu sou burra, não consigo aprender a usar cartão de banco, não consigo aprender a mexer no vídeo e na televisão, por mais que meu marido me ensine e que eu anote no papel como fazer. Por isso é que eu acho que não vou aprender... E se eu esquecer de tomar? Aqui não tem problema porque as enfermeiras dão os remédios na hora certa, são elas que aplicam, não tem problema.

D- E você está notando que você tem problemas em fazer certas coisas sozinha.

N- É... É isso mesmo. Não sei se eu vou conseguir me cuidar. Se fosse o remédio, era só colocar na boca, beber água e engolir, mas com a insulina é diferente. Não sei se é porque já ouvi falar de pessoas que são dependentes da insulina e que têm que tomar pra sempre, sei lá, não sei explicar...

D- Não acho que o problema seja a dependência. Se fosse, você não teria problemas em usar o cartão do banco e em mexer no vídeo. Ao contrário, parece até que você prefere a dependência. Acho que o problema está na injeção, em algo entrando em você, podendo causar uma dorzinha seguida de bem estar.

Nilza ficou corada com o que eu disse. A enfermeira entrou para dar a medicação e nos despedimos. Dois dias depois, sua médica, ao me encontrar, disse que Nilza estava em condições de ter alta, pois estava bem melhor e o resultado de sua última glicemia fora muito bom. Combinamos a alta para o próximo dia de visita e, a pedido da médica, fomos dar a notícia naquela hora mesmo. Nilza recebeu muito bem a notícia e, na conversa, sua médica perguntou se ela ainda tinha alguma dúvida sobre sua doença e sobre seu tratamento, obtendo como resposta que, no momento, não. Sua média disse-lhe que se tivesse qualquer problema poderia procurá-la na enfermaria. Nilza agradeceu por ter-lhe ensinado a aplicar a injeção de insulina e comentou que chegou a achar que não conseguiria. Virando-se para mim, Nilza também me agradeceu pelas conversas, mas não mostrou interesse em continuá-las em regime ambulatorial.

Mesmo assim, despedi-me informando-lhe meus dias de trabalho no hospital e me colocando à sua disposição para voltarmos a conversar quando ela quisesse.

D.3- Carlos

"Doutor ele deveria continuar internado". Isso me foi dito logo depois que Carlos saiu de alta a pedido do pai. As altas precoces são indicadores de fracasso assistencial. Ainda falta um bom percurso para que a internação hospitalar represente um momento de assistência integral à saúde, neste caso, familiar.

Carlos, um rapaz de 14 anos, começou a receber assistência psicológica logo que foi internado com um quadro clínico caracterizado por dor em todo o corpo, diarreia, conjuntivite e secreção no pênis. A primeira hipótese diagnóstica, depois confirmada, foi de síndrome de Reiter, doença reumatoide rara e benigna, de caráter inflamatório e de etiologia ainda desconhecida, relacionada a uma infecção específica, cujo tratamento é apenas sintomático. A tríade sintomática que dá o diagnóstico é: conjuntivite, artrite e uretrite.

As dores haviam começado há pouco mais de um mês, juntamente com ardência nos olhos e diarreia. Carlos pensou que fosse uma gripe porque se sentia muito cansado e fez o que estava habituado quando ficava gripado. Como não melhorou e, ainda por cima, surgiu uma forte dor no pênis, que em poucos dias quase o impedia de andar, ele foi levado a um posto de saúde perto de sua casa onde a referida síndrome foi diagnosticada e ele recebeu o encaminhamento para o nosso hospital.

Carlos não estava psicologicamente bem, passava a maior parte do tempo coberto dos pés à cabeça. Quando perguntado, dizia não saber o que estava lhe acontecendo e mencionava repetidamente ter medo de acabar cego, apesar de saber o diagnóstico da sua enfermidade e de ter recebido todas as informações a respeito da mesma. Estas poderiam não ter sido suficientes, mas não era para ele se sentir tão perdido. O retraimento, a dificuldade de entender o que estava acontecendo e o medo de ficar cego por causa de uma conjuntivite, que não cedia a nenhuma argumentação médica, eram indicativos de que, para Carlos, algo bastante sério estava acontecendo com ele. Tudo levava a crer que o adoecimento orgânico se conectara a alguma situação difícil da vida dele.

Carlos tinha uma mãe e uma madrasta. Com a mãe, com quem o pai de Carlos não havia casado, o relacionamento era tão ruim que ele acabou expulso de casa pelo padrasto. Já com a madrasta, com quem o pai tinha dois filhos e estava casado há vários anos, o relacionamento era

ótimo a ponto de ele preferir viver com a nova família do pai do que com a nova família da mãe. Ambas iam visitá-lo no hospital e ele preferia claramente a visita da madrasta. Carlos ficava irritado, mais retraído e as queixas álgicas aumentavam depois de cada visita da mãe. Dizia que ela não sabia conversar porque não tinha estudado e não lia nada, só revista de fofocas, o oposto da madrasta, que sabia conversar e assim ele se distraía com a visita dela.

Carlos tinha consciência de que os problemas no relacionamento com sua mãe surgiram depois que ela se casou, há alguns anos. Ele parecia convicto de que o padrasto tinha ciúmes da relação da mãe com ele e contou que soube, pela mãe, que o padrasto não estava gostando que a mãe dormisse com ele no hospital. No entender de Carlos, o mesmo havia acontecido em casa, quando o padrasto foi morar com ele e a mãe: o padrasto tinha ciúmes dele porque ele sempre dormiu com a mãe e isso desencadeou as brigas e também o levou a ter que sair de casa e ir morar com o pai. Carlos também acreditava que foi seu próprio nascimento que atrapalhou o relacionamento dos pais fazendo com que eles não ficassem juntos e o pai se casasse com outra mulher.

A primeira semana de internação foi muito difícil para Carlos. Ele estava retraído e não foi fácil estabelecer um vínculo com ele, mas assim que isso foi alcançado o comportamento dele mudou. Os encontros com a psicóloga foram marcados pelo choro e por lamentos pelo fato dos pais não terem ficado juntos, pelas mudanças decorrentes do casamento da mãe e por ter adoecido. Temia não conseguir ser alguém na vida e dizia sentir-se um bebezão por não querer que as coisas mudassem. Ele próprio percebeu que parecia não querer crescer.

Ao chegar bem cedo à enfermaria em um determinado dia na segunda semana de internação, o membro da equipe de Psicologia Médica associada àquela enfermaria que estava atendendo Carlos se deparou com um fato inusitado em um hospital: um outro leito estava colado ao de Carlos de modo que ambos formavam uma cama de casal. Carlos tentou separar as duas camas ao ver a psicóloga, e explicou:

Ontem minha madrasta resolveu juntar as camas para que nós dormíssemos juntos. Ela dormiu abraçada comigo. Eu me sinto mais protegido. Mas, sabe, mesmo assim eu me sinto sozinho. Eu sei que não vou poder ficar dormindo com alguém para me sentir protegido.

A elaboração da perda do sonho infantil de ocupar o lugar do pai é um processo lento e passível de sofrer interferências. Nos encontros com a psicóloga Carlos estava começando a

perceber a diferença entre desejo e realidade: não fora o seu desejo de ocupar o lugar do pai no leito da mãe que separara os pais. Como a trama edípica não está limitada aos filhos, os pais estão sempre envolvidos e a maneira como esses lidam com a situação facilita ou dificulta o desenvolvimento do filho. Carlos, que estava entrando na adolescência, etapa psicológica de fundamental importância na consolidação da identidade através das definições profissional e amorosa e da integração à estrutura sociocultural, vivia imerso em uma trama edípica estimulada por uma mãe sedutora e um pai permissivo. Apenas o padrasto estava ciente do próprio lugar. Dentro dessa moldura existencial paralisante, estimulado a desejar algo impossível para compensar algo que não teve, Carlos adoece no pênis. Inicialmente, o adoecimento foi vivido como castigo: o medo de acabar cego, aliás, como ocorreu com Édipo. Com a ajuda psicológica, o adoecimento estava sendo transformado em estímulo à mudança. Mas, no dia seguinte Carlos comunicou que o pai havia conseguido sua transferência para outro hospital sob a alegação de que lá receberia um tratamento mais especializado. Como para tranquilizar a psicóloga, disse que já não sentia tanta dor e que já estava conseguindo andar. Os olhos também já estavam melhores e não dormia mais com ninguém. Completou sua despedida dizendo sentir que podia deixar de ser um bebezão e que sua doença foi o alerta de que tem que resolver suas dificuldades.

Não eram apenas os sintomas físicos que estavam em remissão. O desenvolvimento psicológico de Carlos estava sendo retomado. Com a ajuda necessária, Carlos estava elaborando a separação dos pais, a especificidade das relações, a perda do lugar privilegiado na cama das mulheres do pai e a perda dos sonhos infantis. Mas, as tensões edípicas no seio destas famílias levaram o pai a interromper o tratamento. O que o pai não aguentou? Saber que o filho "dormiu" com sua mulher (com a ex podia) e culpou o hospital por isso? Ou o contrário, as mudanças no filho precisavam ser interrompidas? Para completar, a psicóloga não se sentiu em condições de interferir nesta alta, forçada pelo pai e aceita pela equipe.

E- Adoecimento e Crise Existencial

O adoecimento entra na vida de cada pessoa de uma maneira particular e é interpretado de maneira diferente pelos profissionais de saúde, pelo doente e pelos familiares. Quase inevitavelmente, ele serve de gatilho para que a pessoa reflita sobre sua vida e não há paciente que não pense em mudar alguma coisa após a alta. É verdade que muitos pensam a mudança

como um elemento de barganha para a recuperação da saúde, cujo destino, como o de quase todas as promessas desse tipo, é o esquecimento após ter-se alcançado a graça. Mas, isso não anula o fato de que o adoecimento é uma situação de altíssima densidade emocional e, portanto, realmente propícia a mudanças. Não é por outra razão que mudanças psicológicas acontecem com algumas poucas intervenções, como já vimos anteriormente.

Não é apenas como barganha que os pacientes pensam em mudar. Na reflexão que fazem sobre suas vidas, a doença pode servir tanto de polo para expiação de culpas por fatos ocorridos ou apenas desejados, como para alavancar o desenvolvimento pessoal que estava inibido ou paralisado por algum motivo, como foi com Carlos. O que faz cada paciente trilhar um desses dois caminhos depende da dinâmica mental de cada um, não faz parte daquilo que chamamos de destino e pode ser objeto de intervenção psicológica.

É bastante comum os familiares relacionarem as doenças de seus parentes com as situações difíceis da vida deles, e todo médico mais sensível já observou que a maioria das doenças irrompe em momentos críticos da vida do paciente. De fato, a falência adaptativa às situações da vida conjugada com as fragilidades orgânicas individuais, herdadas e constitucionais, pode gerar doença. De que forma isso precisamente se dá ainda não é totalmente conhecido, o que abre espaço para que os mais afoitos cometam o exagero, para dizer o mínimo, de responsabilizar diretamente pacientes, familiares, situações existenciais e sentimentos pelo aparecimento das doenças (“de tanto engolir a raiva, ele fez um câncer”, “foi a família que matou o coitado” etc.).

E o doente? Como o doente encara seu adoecimento? Não se pode ter uma resposta única a esta pergunta, mas é notório que o adoecer é, por si só, um momento de crise. Nunca se está devidamente preparado para esta situação e os sentimentos de fragilidade, desamparo e dependência, assim como a consciência da finitude existencial tornam a regressão psicológica praticamente inevitável. Nesta, as pessoas que representam figuras de autoridade passam a ser adoradas, temidas ou odiadas como são os deuses e os demônios. Por vezes o paciente passa a se sentir indefeso, uma vitima na mão de poderosos, rodeado por pessoas injustas, ingratas e invejosas. Em outros, no bojo dessa regressão instala-se um tipo de revisão existencial que acaba complicando a crise que foi aberta pelo adoecer por fazer o paciente se sentir culpado em relação à própria vida.

Dentro deste processo de revisão culposa da própria vida, o paciente acaba relacionando o adoecimento com as escolhas existenciais que fez ou com o tipo de vida que estava levando,

seja porque se devotou demais ao trabalho, porque não conseguiu chegar aonde queria, porque se dedicou pouco à família, porque traiu seu cônjuge etc. Essa revisão da própria vida sob a ótica do julgamento moral (superegóico) tem como resultado invariável a condenação, cujo castigo inconscientemente procurado pode ser o insucesso terapêutico e, algumas vezes, a própria morte.

Os estudos psicodinâmicos sobre o destino trágico de alguns tratamentos apontam quase sempre para a existência de sentimentos de culpa inconscientes, que se expressam muitas vezes dessa forma, como uma revisão existencial. Mas, para sermos honestos com os fatos, os pacientes que no presente se condenam pela vida que tiveram, ao vivê-las não se sentiam culpados. Às vezes, pelo contrário, o sentimento era de realização pessoal e viviam aquilo que julgavam ser o melhor possível dentro das próprias possibilidades existenciais. Portanto, é possível que, se culpa há, ela não esteja necessariamente relacionada com os fatos relatados pelos pacientes. A maestria clínica no tratamento desses doentes está em saber discernir o que eles estão precisando rever em suas histórias, sem aumentar, reforçar ou corroborar os sentimentos de culpa.

E.1- José

José foi internado aos cinquenta anos no bojo de uma descompensação cardíaca. Nada havia de muito sério nem de muito grave em seu quadro clínico, mas ele passava a maior parte do tempo deitado, dormindo profundamente em seu leito e ninguém parecia estranhar tal fato.

José era caminhoneiro e adorava viajar pelo Brasil, apesar da esposa, mulher religiosa, ter sempre se queixado das ausências e da pouca religiosidade do marido. Há um mês começou a sentir-se cansado, estava em meio a uma viagem pelo sertão do Brasil. Só procurou assistência médica instigado pela esposa, quando surgiu impotência sexual ao retornar da viagem.

Não era fácil tirar José do sono. Falando baixo, parecendo estar conformado (com a doença ou com o destino?), com a voz trêmula e controlando o choro, falou do seu adoecimento e contou sua história de vida. Mas, ao falar da vida de caminhoneiro pelo interior do Brasil, ficava mais animado e com a voz mais firme. Adorava sua profissão e contar suas aventuras, mas, agora, acha que foi uma pessoa dura e arrogante por gostar dessa vida, por ter sempre preferido a vida mundana, terrena, à vida espiritual, religiosa. Não por coincidência, é exatamente assim que a esposa se refere a quem não frequenta a Igreja e não aceita Jesus no coração: “pessoas

duras". José encarava a impotência com um sintoma da sua doença (cardiopatia) e esta, um castigo pela vida que levou.

Duas frases ditas por José em tom conformado em referência à esposa chamaram especialmente a minha atenção na supervisão subsequente ao primeiro atendimento. Achei-as fundamentais para a compreensão do processo psicodinâmico pelo qual José estava passando: "estamos todos no mesmo barco" e "minha esposa é um mulher muito boa".

Na vida, estamos todos no mesmo barco? Nos momentos de fragilidade esperamos (desejamos) que sim, mas geralmente não é o que ocorre. No caso de José, por exemplo, parece que marido e mulher sempre almejaram realizações bem diferentes: ela, espirituais; ele, mundanas. Barcos diferentes. E se a esposa é uma mulher muito boa, por que a impotência? No seu barco/caminhão da realização pessoal, a vida sexual não se limitou à esposa, pois José fez referência a aventuras sexuais quando na estrada. Para completar o quadro, José revelou que, para ele, a realização e a satisfação pessoal sempre estiveram em planos diferentes das relações familiares. Essa é uma situação existencial bastante comum e seria puro moralismo atribuir seus sentimentos de culpa a esse tipo de estruturação da vida. Afinal, quantas pessoas, homens e mulheres, não funcionam exatamente dentro desse modelo?

José estava com cinquenta anos, época considerada crítica, a crise da meia idade caracterizada pelo balanço existencial sobre o que se fez e o que não se conseguiu fazer. Época de transição da autonomia alcançada na vida adulta para a dependência que o envelhecimento trará, principalmente se sobrevier algum adoecimento. Revendo o atendimento, já na primeira consulta José estava dormindo em plena manhã, com um discurso cheio de culpa e conformado com seu destino, evidências de desistência psicológica.

José disse que escolheu sua profissão e mostrou ser um homem realizado nesse sentido. Só procurou assistência médica ao ficar impotente (o cardíaco pode sentir-se cansado ao realizar o ato sexual, mas não fica e não se diz impotente). A explicação dele, seguindo a máxima de que "eu sei o que eu tenho, não importa o que o doutor diga", foi: "Eu tenho um coração duro, não me curvei". Não se curvou a quem? À mulher? Será que José era uma dessas pessoas que se defende do amor para não se sentir dependente e comandado pela pessoa amada? Ou, então, será que a jovem que ele escolheu para companheira de vida se transformou em uma mulher castradora?

Às vezes ocorre uma combinação das duas opções, mas seja de uma maneira ou da outra, a vida mental de José girava dentro da dinâmica da dominação. Como óculos escuros que a tudo

colore com a cor das lentes, a dinâmica mental sempre acaba imprimindo sua característica a toda a vida da pessoa, até ao sentido dado à vida. Assim, a mulher não estava pedindo sua presença, queria dominá-lo; o contato com Deus não era uma experiência de fé e sim de submissão.

Nessa dinâmica há poucas possibilidades: a submissão, o conflito ou o afastamento. Para usufruir da vida, José precisou se afastar da mulher e da família porque com eles o amor estava tingido com as cores da submissão, o mesmo com Deus e o mesmo com a equipe de saúde. José afastava-se da equipe assistencial e induzia o afastamento (o fato dele passar a maior parte do tempo deitado, dormindo em seu leito e ninguém atinar com isso); culpava-se inconscientemente por precisar se afastar de quem o amava. Aos seus próprios olhos, José não ficou castrado; sentia-se um lutador, um desbravador, triunfante na sua busca de realização pessoal. Mas, exatamente por isso, a dependência tinha um colorido ameaçador de retaliação.

Podemos supor que a crise desencadeada pelo adoecimento juntou-se à crise da meia-idade tornando a volta para casa, aposentado e doente, um terror pela ameaça de retaliação por ter tido a vida que teve, longe de Deus e da família. Talvez isso explique porque a emergência de um pequeno problema cardíaco desencadeou a impotência, e evoluiu para a desistência da vida. José nunca reagiu às insinuações moralistas e ao afastamento da equipe. Morreu em poucos dias.

O distanciamento da equipe assim como certos comentários feitos por alguns membros revelavam que, inconscientemente ou não, quase todos viram em José um homem culpado e não um homem ameaçado, e achavam que ele tinha razão para sentir-se assim por ter demorado a procurar tratamento, por ter traído sua mulher ou porque buscou "egoisticamente" a realização pessoal. Induzidos pelo próprio paciente, dele se afastaram deixando livre o caminho aberto pela postura de inevitabilidade e de desistência.

Para tirar o paciente desse destino trágico e inconscientemente traçado é preciso não esquecer que cabe à equipe assistencial consolar sempre, aliviar quando possível e, às vezes, curar. O maior risco presente nesta situação clínica, na qual o paciente faz uma revisão da própria vida, com características persecutória ou culposa, reside nos membros da equipe assistencial reagirem como agentes da moral e dos bons costumes, retroalimentando a perseguição ou a culpa do paciente.[5]

[5] Para a distinção entre os sentimentos de culpa e de perseguição remeto o leitor aos textos de Melanie Klein sobre as posições esquizo-paranoide e depressiva (Klein, 1991, 1996, 1997).

E.2- Mara

Na pequena confusão do início de uma supervisão, naquele momento em que todos estão falando entre si, contando as últimas do trabalho, da família, do namoro etc., observo que uma das treinandas está aflita: olhar ansioso e fixo em mim, rosto um pouco avermelhado e sentada com o corpo inclinado para frente. Intencionalmente, deixo meu olhar parar nela por uma fração de segundo a mais, e ela, pegando a deixa, diz que precisa falar sobre a paciente que está atendendo. Imediatamente se faz silêncio e todos se voltam para ela. Antes que ela começasse a ler suas anotações veio à minha mente uma das máximas que sempre escutei de meu mestre Abram Eksterman: "A vida é para profissional, Decio!" Achei que seria sobre este tema que eu iria dar supervisão naquele dia.

Começamos a escutar que Mara, uma moça de dezenove anos, havia sido encaminhada por um hospital do interior com suspeita de hepatite autoimune. Mara estava sempre muito quieta em seu leito e conversava muito pouco com as outras pacientes da enfermaria. Além disso, com seu rosto cheio de espinhas, Mara parecia muito mais jovem do que era, embora estivesse com o abdome inchado e os olhos ictéricos.

Mais do que ansiosa, a psicóloga estava preocupada com o estado mental da paciente. O contato inicial com Mara fora difícil e inusitado. Inicialmente arredia, Mara logo abriu sua vida como se conhecesse a psicóloga há muito tempo. Foi falando da origem humilde, das dificuldades que sua família enfrentava, que era filha de um pescador e moradora de favela e que o pai vinha de uma família com uma razoável condição financeira: "Quando ele se casou com minha mãe, eles tinham tudo, mas com o vício da bebida e do jogo foram perdendo tudo".

Acostumada a conversar com doentes que só revelam sua intimidade depois de ter sido criado um vínculo, a psicóloga surpreendeu-se com a aparente facilidade com que Mara expunha sua história. Sem disfarçar o tom de acusação e desgosto, a paciente falou da difícil relação com o pai, um homem que sempre precisou ser financeiramente ajudado pela família, mas que se irritava sempre que recebia a ajuda, vivida por ele como esmola. Contou o sofrimento familiar com os vícios do pai, a perda de tudo, inclusive da própria casa no jogo e na bebida, a vergonha de ir morar de favor no terreno da avó e as dificuldades enfrentadas até conseguirem comprar outra casa, que foi registrada no nome dos filhos por exigência da mãe. Hoje a família do pai não o ajuda mais e ele também já não joga mais, porém continua bebendo. Quando chega bêbado em casa é Mara quem vai falar com ele, geralmente incentivada pela mãe, pois se não for assim, ele acaba brigando com alguém. A própria Mara se diz muito

agarrada ao pai, “mesmo sabendo que ele está errado”. Sente-se compelida a defendê-lo e acredita que apoiá-lo incondicionalmente o ajuda.

O conteúdo, a forma e o tom do relato já seriam suficientes para evidenciar a presença de uma forte tensão de aniquilamento do ego (ameaça de desorganização mental) em Mara decorrente, em grande parte, da difícil e peculiar relação estabelecida entre pai e filha: distinguida de todos os demais membros da família pelo pai com uma relação especial, Mara, incentivada pela mãe, dedica a ele um apoio incondicional temperado por um grande ressentimento. Temos aqui todos os ingredientes de uma mistura passional, explosiva.

Nos encontros subsequentes, Mara expôs outros ingredientes do enorme esforço mental que a vida exigia dela. Mara perdeu seu irmão gêmeo e o pai de seu filho (seu namorado na época), ambos assassinados: o primeiro, num assalto; o segundo, que era policial, morreu num entrevero com a própria policia. Na época, Mara estava grávida de dois meses.

Ao falar da morte do irmão gêmeo, assassinado ao tentar impedir o roubo de sua bicicleta aos dezesseis anos de idade, Mara contou que

Ele era uma criança, não fazia mal a ninguém, só tinha um modo de viver que eu não concordava. Ele era largado, não andava arrumado e eu sempre reclamava disso. A gente não se entendia bem, só depois da morte dele é que eu percebi que ele me fazia falta.

Infelizmente, Mara ainda não havia descoberto que é sempre assim, que nossos relacionamentos com as pessoas muito próximas a nós são quase sempre complicados. Se realizássemos que poderemos perdê-las nunca entraríamos em disputas insignificantes para a vida, mas enormemente significativas para a demarcação de nossas identidades. Só quando as perdemos é que descobrimos isso, mas logo esquecemos e continuamos lutando para marcar as diferenças. A elaboração desse processo de delimitação da própria identidade, muito frequente entre gêmeos, mas desconhecido por Mara, paralisara o processo de luto pela perda do irmão fazendo-a imergir em culpas desnecessárias. Meses depois, Mara conheceu um rapaz e engravidou.

Quando meu namorado morreu, minha família me ajudou muito. Eu nunca imaginei que eles iriam aceitar as coisas. Meu namorado era policial e onde eu moro isso é uma coisa ruim. Eu

moro numa favela e meu pai, quando soube, não gostou nada, mas depois foi se acostumando... Nós íamos nos casar. Um dia, ele foi aonde eu trabalhava. Ele estava muito estranho, me abraçou, perguntou se eu o amava, se algum dia iria esquecê-lo, beijou minha barriga e disse para eu cuidar bem do bebê. Pareceu uma despedida. À noite, ele foi lá em casa para nós sairmos, mas eu já estava deitada. Eu estava usando uma camisola preta. Minhas mãos e meus pés estavam gelados, por isso coloquei luvas e meias, pretas também. Ele me olhou, arregalou os olhos e falou que eu parecia uma viúva, disse que ia embora e que a gente se falaria no dia seguinte. De madrugada, vieram uns policiais falar com meu pai... Fiquei nervosa e quando meu pai entrou em casa novamente ele disse que eu teria que ser muito forte. Entendi que tinha acontecido alguma coisa com meu namorado. Ele foi assassinado pelos próprios colegas de trabalho.

Além disso,

A mãe dele sempre fez tudo para nos separar. Falava que eu estava tirando o filho dela e não se importava comigo. Até no enterro ela quis me fazer mal. Ela ficou falando alto, para todo mundo ouvir, que a noite anterior ele havia passado com uma antiga namorada, com quem ele se encontrava de vez em quando. Ela ficou falando que a última noite dele foi com ela (referindo-se a quem? À antiga namorada? A ela própria?)*, mas com isso ela me ajudou. Eu estava tentando não me desesperar e consegui. Eu falei que o filho dela estava morto e que ela não precisava mais separá-lo de ninguém, mas a única pessoa que havia ficado com alguma coisa dele fui eu e que eu não ia ser igual a ela, não ia separar o neto da avó.*

A preocupação da psicóloga quanto à possibilidade de Mara se desorganizar mentalmente não era descabida. Além de referir ter tido problemas no hospital anterior, onde os médicos lhe deram remédios que a deixaram "lesada", sinais de falência egóica estavam evidentes: a oscilação entre estar arredia ao contato e a intimidade precoce, o desespero presente no relato de suas perdas, seu envolvimento quase absoluto na trama edípica (na relação com os pais e com a ex-futura sogra), o relato por demais fantástico do último encontro com seu namorado, como numa paramnesia fantástica, o fato de não se sentir em condições de criar seu filho (um menino de quase dois anos de idade que vinha sendo criado pela avó, a quem chama de mãe com a concordância da própria Mara, que dizia que o filho era delas) e o fato de Mara estar se

afastando das pessoas. Ela dizia que desde a morte do namorado não conseguia se apegar a mais ninguém e se queixava das amigas trem se afastado. Mara estava se afastando delas ao mesmo tempo em que esperava ser salva por elas.

Entre seus dezesseis e dezenove anos, em plena adolescência conturbada pela psicodinâmica parental, Mara perdeu o irmão, engravidou, perdeu seu namorado, teve um filho e adoeceu. Como muitos de sua origem social, ela também passou por vários atendimentos sem obter sequer um diagnóstico do seu mal, aumentando suas suspeitas de ter algo sério. Afinal, um simples caso de hepatite não seria tão difícil de diagnosticar e de tratar, mesmo numa cidade do interior. Ela estava quase desistindo da vida quando foi levada pela mãe, já bastante enfraquecida, a mais um médico que resolveu, enfim, interná-la. Seu relato sobre essa experiência foi:

Lá no outro hospital não é igual aqui. Lá eu fiquei internada numa enfermaria com um monte de gente, todo tipo de problema misturado. Os médicos não me falavam o que eu tinha, diziam que eu ia ficar boa e que estavam procurando outro hospital porque lá não tinham recursos. Às vezes era eu que cuidava de duas velhinhas, que estavam abandonadas. Eu dava comida, ajudava a ir ao banheiro. Eu vi tudo, elas morreram durante a noite. Todo dia eles me falavam que eu ia ser transferida, mas não era. Um dia eles me falaram que eu viria pra cá na sexta-feira. Eu fiquei muito feliz, arrumei minhas coisas e fiquei esperando a transferência. À tarde me disseram que eu só viria na segunda-feira, porque os médicos só estariam aqui na segunda. Eu fiquei muito nervosa, achei que a segunda-feira estava muito longe e tive uma crise. Aí, me deram remédios que me deixaram muito agitada e falando lesada.

Somando-se a todos os desafios da própria vida, Mara estava passando pelas vicissitudes de quem precisa da assistência pública. A vida é para profissional, Mara!

Ao fazer uma interconsulta (Luchina, 1977; 1979) com a médica assistente, a psicóloga soube que estava sendo pesquisada a possibilidade de Mara estar fazendo um quadro de hepatite autoimune. A vida é para profissional, psicóloga!

Com uma vontade sincera de ajudar, a psicóloga estava começando seu treinamento em Psicologia Médica e ainda não havia acompanhado de perto um episódio psicótico. Ainda não conhecia muito bem as diferenças entre uma psicose, um surto psicótico e uma vivência psicótica, termos usados para designar diferentes níveis de desorganização do ego (Tenenbaum,

2010) e ouvidos na faculdade, mas ainda não apreendidos. Foi orientada a fazer outra interconsulta (Luchina, 1977, 1979) com a médica-assistente para se inteirar melhor da doença de sua paciente e, em troca, dar sua opinião quanto à fragilidade mental de Mara para que ambas pudessem estabelecer uma estratégia de abordagem conjunta que levasse em consideração o estado psicológico da paciente. Foi também orientada a não ter receio de conversar com Mara, pois isso não aprofundaria a desorganização mental. Ao contrário, criar um vínculo de confiança a partir do qual Mara pudesse falar de suas angústias com certeza a ajudaria a enfrentar seus medos e fantasmas. Mas isso não iria bastar, e a psicóloga sabia disso. Permitir e até ajudar que a paciente fale de si é apenas o início e não costuma piorar o quadro mental, desde que as angústias da paciente sejam entendidas e o "psi" saiba propiciar o processo de elaboração das mesmas. Finalizando as orientações, disse-lhe que eu iria atender a paciente com ela, se ela achasse necessário.

A desorganização do ego só raramente não é notada, mas como é um fenômeno pouco entendido desperta mais reações emocionais do que respostas adequadas à situação a ser enfrentada. Nossas intuições são instrumentos poderosíssimos, de largo e indiscriminado emprego na vida prática, mas quando não são acompanhadas do conhecimento apropriado colocam seus proprietários em situações aflitivas. A médica-assistente também havia intuído a fragilidade mental de Mara, e graças ao estreito vínculo que havia se formado entre as duas iniciantes em suas respectivas carreiras antecipou-se e chamou a psicóloga para conversar. Sua intuição e sensibilidade, aliadas a uma consciência de suas limitações profissionais, diziam que não devia comunicar a confirmação do diagnóstico de hepatite autoimune sozinha porque tinha a sensação de algo prestes a se quebrar quando conversava com a paciente. Para completar, disse que na noite anterior o plantonista foi chamado à enfermaria para atender Mara, que estava muito nervosa, sem conseguir descrever o que estava sentindo, ameaçando quebrar toda a enfermaria "e socar o primeiro que visse pela frente". O resultado final desse atendimento foi a prescrição, a uma distância segura, de medicação tranquilizante para fazer Mara dormir (essas medicações costumam deixar os pacientes sentindo-se meio "lesados", como ela disse ter acontecido na internação anterior).

Quanto mais ampla a desorganização mental, menor é a capacidade da pessoa ser específica: as queixas se tornam vagas, inespecíficas, quando não irracionais. Por serem fatais para o raciocínio etiológico, queixas vagas e inespecíficas induzem o profissional (médico ou psicólogo) a tentar fazer o paciente ser mais específico, o que geralmente acaba em desentendimento. E quanto maior a fragilidade mental do paciente, maior a possibilidade de

uma reação agressiva para se livrar da pressão de explicar aquilo que nem o paciente sabe muito bem o que é. “Isso só pode ser coisa de psicótico!” dizia a intuição de todos os profissionais envolvidos, levando cada um a agir como sua intuição mandava: “deve-se temer as reações dos psicóticos”; “os psicóticos são agressivos”; “é melhor não falar o diagnóstico”; “é melhor botar pra dormir e chamar um psiquiatra para dar remédios e controlar a situação”...

Mesmo já estando no hospital que temera não conseguir chegar, mesmo já fazendo os exames, recebendo medicação e atenção psicológica, pela segunda vez Mara precisou ser atendida pelo plantonista noturno. O que aconteceu? Nas palavras dela:

Ontem, a paciente do lado ficou reclamando da luz acesa, eu me joguei no chão, fiquei batendo com a cabeça no chão. Queria parar tudo, não estou aguentando mais. Deixa eu explicar, você vai entender, lá no outro hospital eu dei crise e fiquei assim lesada. Sabe, doutora, essa dor toda, é uma dor muito forte aqui no meu peito e toda essa dor é uma dor só, ela dói e me deixa sem ar. Aí eu começo a me debater e não consigo parar. Às vezes eu quero desistir. Sabe doutora, lá quando dei a primeira crise, eles me deram remédio para eu ficar assim lesada. Ontem à noite, ela (a outra paciente) ficou reclamando que eu estava com a luz acesa, fiquei nervosa e comecei a me jogar no chão e a me debater e a bater com a minha cabeça no chão. Me deram remédio, eu fiquei assim falando enrolado e me debatendo.

O comportamento de Mara estava dando à psicóloga a impressão de que seus atendimentos não estavam ajudando em nada. Chegara a hora de eu ir atender Mara.

Fui à enfermaria pensando em qual seria a relação entre a queixa da paciente ao lado (a luz acesa) e o desespero de Mara. Por que razão ter sido solicitada a apagar a luz e dormir levou ao desespero essa moça, cuja adolescência foi complicada pela morte do irmão, do namorado, nascimento de um filho, brigas familiares e doença. Mara está cercada de fantasmas e morte, com ideias de desistir. Apagar a luz e dormir é sempre se entregar ao mundo dos sonhos e dos fantasmas. Teria sido o medo de encontrar esses fantasmas e a morte o motivo do desespero dela em ter que dormir?

Encontro Mara deitada em seu leito, toda encolhida. Sou apresentado, puxo uma cadeira, sento-me e digo que sua psicóloga ao meu lado me pedira para conversar com ela. Pergunto o que estava acontecendo. Em poucos minutos ela me conta sua estada no outro hospital, a morte das velhinhas e sua vinda para cá. Faço apenas um comentário: é muita morte para uma pessoa

só, não é? Chorando baixinho, conta a morte de seu irmão. Mostro interesse, ela detalha sua relação com ele, as brigas, o companheirismo das primeiras saídas. Comento que não sabia que eram tão unidos e ela diz que eram gêmeos. Seu choro aumenta. Digo que perder um irmão assim é muito difícil, ainda mais se é gêmeo. Mara me olha interrogativamente e falo dos conflitos mais comuns entre irmãos gêmeos. Sei que ela vai pensar nos próprios conflitos com o irmão. Era essa a minha intenção: apenas desobstruir o curso do processo de luto que havia sido interrompido[6]. Mara se tranquiliza.

Despeço-me dela dizendo que é sobre essas coisas que ela precisa conversar com a psicóloga e que isso a ajudará a enfrentar as saudades do irmão. Os episódios de agitação noturna não mais se repetiram e Mara conseguiu permanecer internada por mais algumas semanas até estar em condições de poder continuar seu tratamento em regime ambulatorial. O trabalho da Psicologia Médica havia sido feito. Uma vez desobstruído, o processo de elaboração das perdas seguiu adiante, deixando Mara mais livre para se cuidar e seguir seu tratamento.

Saio de alguns atendimentos com a impressão de que conheci verdadeiros heróis na luta pela conquista de suas próprias vidas. Viver não é simples nem natural. Para alguns, é uma guerra com grandes batalhas a serem vencidas. A conjugação entre os talentos individuais, a origem social e as oportunidades que aparecem ou não, demanda, por si só, uma boa dose de capacidade mental. Se a vida acrescenta certas ocorrências fica mais fácil entender porque muitos se desorganizam na administração das próprias vidas. Esses fracassos existenciais se expressam de diferentes maneiras: alguns simplesmente se retiram e vão para o mundo da lua, tornam-se lunáticos; outros se marginalizam; há aqueles que estão sempre com planos que nunca realizam (a maioria só é viável na própria cabeça); uns vivem brigando com todos e com a própria vida; outros mudam de identidade, escolhendo sempre a de algum líder ou herói que não fracassou na própria vida (Napoleão, Jesus, Caxias etc.). Em muitos a desorganização do ego é transitória ou então circunscrita a um aspecto da personalidade e, portanto, chama menos a atenção.

[6] Para se conhecer os demais elementos psicológicos que poderiam estar paralisando o processo de luto (conflitos não elaborados com a pessoa que morreu é apenas um deles) e interferir psicologicamente para que haja uma conclusão satisfatória (libertadora) do mesmo, é necessário o estabelecimento de um processo psicoterápico psicanalítico.

E.3- Clara

Por razões ainda não completamente conhecidas, o sistema imunológico, nosso aparato defensivo biológico, às vezes estranha elementos do próprio organismo. As doenças autoimunes são expressões dessa situação, geralmente de evolução crônica e de difícil tratamento. A presença do estresse crônico desencadeado por crises existenciais nestas afecções é instigante e desperta ideias e analogias que apontam para o ainda nebuloso território da relação corpo-mente, a intimidade biopsicológica ou psicossomática. A hipótese de que o desejo de morrer na vigência de situações existenciais vivenciadas como insolúveis e acompanhadas por intenso e inconsciente sentimento de culpa estaria na base de alguns desses acontecimentos é uma dessas ideias.

Clara, uma mulher de pouco mais de quarenta anos, casada e mãe de dois filhos, estava bastante magra e com a fisionomia cansada ao ser internada numa enfermaria cirúrgica para drenar um abscesso abdominal causado por doença de Crohn. Era sua segunda internação e reagiu mal à aproximação do membro da equipe de Psicologia Médica associada àquela enfermaria. Estava cansada de estar doente. Há seis anos vinha lutando com a doença, para ela diretamente relacionada com sua história de vida. Afinal, foi nos meses finais da vida de sua mãe que começou a sentir as primeiras dores abdominais.

Na verdade, a primeira crise da doença aconteceu após o falecimento da avó materna, que Clara sempre chamou de mãe porque foi quem a criou, embora, aos 12 anos, uma conversa com uma amiga a fez finalmente realizar que os nomes que estavam na certidão de nascimento dela, e que ela já havia visto algumas vezes, não eram os das pessoas que chamava de pai e mãe. A partir deste momento, Clara veio a saber que sua mãe engravidara aos dezessete anos e a avó materna a assumira como filha.

Clara nutria um enorme ressentimento da mãe pela mentira em que foi criada e pelo afastamento desta, a quem nunca conseguiu chamar de mãe inclusive porque ela a tratava por irmã. Foi Clara que cuidou da avó quando esta adoeceu, trazendo-a para a sua própria casa porque a mãe e o tio não se interessaram em cuidar dela. As atitudes e os comportamentos oportunistas, interesseiros e aproveitadores da mãe, que só se aproximava da filha e da própria mãe quando queria ou precisava de alguma coisa, alimentavam as intensas e severas críticas de Clara. Por exemplo, Clara ficou muito chocada com o fato da mãe e o tio terem feito um churrasco uma semana após a morte da mãe deles e com o dinheiro que ela havia deixado na poupança ao morrer.

O adoecimento se deu em um momento crítico do drama existencial de Clara. A morte de quem a havia criado reacendeu drástica e agudamente o drama da falta da legitimação como filha, que Clara expôs de uma tacada e, segundo a psicóloga que a atendia, sem nenhuma emoção, como se houvesse um embotamento afetivo, a alexitimia de Sifneos. Em sua vida, Clara passou por dois momentos críticos: no primeiro, aos 12 anos, a principal defesa psicológica, a recusa da realidade (*verleugnung*) (Laplanche & Pontalis, 1976), foi vencida e fatos já conhecidos da sua história pessoal entraram definitivamente em sua consciência; no segundo, a perda da avó, o sistema imunológico, a defesa orgânica de Clara, perdeu a capacidade de diferenciar o eu do não eu celular.

Em plena puberdade, a defesa psicológica utilizada por Clara desde a infância para manter-se mentalmente equilibrada foi subitamente sobrepujada pela realidade existencial, trazendo-a para a consciência com toda a intensidade que estava reprimida pelo mecanismo de defesa psicológico de recusa da realidade. O anseio de legitimação passou a ser contido por outro mecanismo psicológico, a divisão do ego (Laplanche & Pontalis, 1976), e Clara passou a ter uma mãe boa e amada, a avó, e uma mãe má e odiada, a mãe biológica. Essa polarização entre uma fada madrinha e uma bruxa, tão bem descrita nos contos de fadas, ajudou Clara a se manter psicologicamente estável.

Foi no estudo que empreendeu sobre as relações do ego com a realidade que Freud (1924a, 1924b, 1927a, 1927b, 1930, 1936, 1937, 1940a, 1940b) melhor descreveu a divisão do ego nos processos de defesa e ficamos sabendo que esse processo defensivo é utilizado em situações de fragilidade mental próximas à desorganização mental das psicoses (Tenenbaum, 2010). Mas, quando a avó morreu encerrando a sustentação da divisão do ego frente a uma realidade existencial esmagadora, foi o sistema imunológico que perdeu a capacidade de manter a identidade (celular) do organismo (Capgra, 1996).

A perda da avó representou muito mais do que a perda de uma pessoa querida, que também era uma figura de proteção, confiança e segurança. Com essa morte, Clara foi colocada diante da realidade existencial de ser uma órfã de mãe viva porque sua mãe biológica, embora viva e presente, continuamente demonstrava sua rejeição, comportamento típico de um objeto enlouquecedor (Garcia-Badaracco, 1994).

A doença de Clara surgiu no transcurso de uma situação de vida psicologicamente esmagadora. Era preciso diminuir o estresse crônico em que Clara vivia desde a morte da avó. Ajudá-la a elaborar seu drama interior melhoraria o estado de ânimo melancólico em que estava

encerrada desde a perda da avó-mãe e que dificultava a adesão dela ao tratamento, também diminuiria as chances de ocorrência de uma complicação orgânica súbita, aguda e fatal da doença.

Clara ficou no hospital por duas semanas. Dizia que não tinha pressa para voltar para casa e que preferia aguardar a alta com paciência porque "na primeira vez em que estive internada fiquei muito aflita para ir logo para casa, mas agora prefiro ir quando estiver tudo bem." Como a sua maneira de falar era alexitímica, ficava-se sem saber se Clara estaria falando que na internação anterior saíra precocemente do hospital, numa alta provavelmente por ela induzida, ou se ela estava com dificuldades de voltar para casa ou, ainda, se ela estava com medo de ficar longe do hospital. As duas últimas opções têm a mesma consequência (não querer sair do hospital), mas não são idênticas. Não é de todo incomum encontrarmos pacientes que não têm vontade de voltar para casa por diferentes razões e suspeitamos que fosse o caso de Clara porque ela falou de problemas com os filhos de uma maneira peculiarmente pouco clara.

O garoto, na época um púbere, foi levado por ela a vários neurologistas por ter demorado muito a chorar ao nascer (sic). Apesar de nada ter sido encontrado nessas avaliações, ela o colocou em diferentes escolas para crianças excepcionais. Como ele nunca se interessou muito pelos estudos (sic), ela desistiu e o tirou da escola. A menina, agora uma adolescente, teve a renovação da matrícula na escola negada depois de ter apresentado uma convulsão (sic) e também foi colocada em uma escola para crianças excepcionais onde "ela não aprendeu a ler e só pegou o jeito das outras crianças. Quando eu fiquei doente eu a tirei da escola para me ajudar em casa". Assim, Clara tinha em casa dois filhos excepcionais e um esmagador sentimento de culpa em relação a eles: "Às vezes eu acho que poderia ter feito mais por eles, mas não sei o quê. Também não tenho certeza se poderia ter feito, mas fico na dúvida. É muita gente me cobrando".

Além de carregar um anseio de legitimação inalcançável, Clara carregava um sentimento de culpa irreparável. Ambos se juntavam em uma sensação cronicamente esmagadora de fracasso existencial: fracassou como filha e como mãe. Por não ter sido clara no seu relato sobre os problemas dos filhos, ficou-se com a impressão de que as coisas poderiam não ser como ela as via, mas Clara não voltou mais a esse tema durante esta internação. O tema do relacionamento com sua mãe, o outro problema que teria que enfrentar ao voltar para casa, tomou todas as sessões restantes. E foram sessões bastante sofridas por causa do clamor pela legitimação.

À medida que se restabelecia, Clara contou diversas histórias da mãe, nas quais reiteradamente expunha sua intensa decepção e a maneira cínica dela lidar com isso. Todas as pouquíssimas visitas da mãe deixaram Clara profundamente irritada e completamente cínica.

Uma vez dissipado o embotamento afetivo, Clara revelou uma ferida em carne viva. Esse é um momento delicado do tratamento, no qual toda destreza clínica é necessária porque as defesas anacrônicas ruíram, mas outras, mais adequadas, ainda não foram construídas. A intensidade emocional do momento pode levar o terapeuta a se precipitar em encontrar a solução para o paciente. Com pacientes orgânicos há sempre o risco da piora do quadro clínico do paciente. Assim, corria-se o risco de iatrogenia ao estimular Clara a se separar da mãe, por intensificar os sentimentos de culpa inevitavelmente presentes nesta situação, como também, e inversamente, alimentar as fantasias onipotentes da paciente conseguir ser perfilhada por essa mãe, mantendo-a presa em um estado crônico de fracasso e frustração.

Clara se debatia entre persistir em tentar ter com sua mãe o que nunca teve e que, pelas características maternas, nunca iria conseguir, mantendo-se cronicamente frustrada (e doente) ou aceitar o fato de que o que ela não teve com a mãe ela não terá jamais, viver esse luto e aprender a administrar a carência daí proveniente.

O que caracteriza um impasse existencial é não haver nenhuma boa solução para a situação, cuja superação, sempre pessoal e criativa, exige um ego razoavelmente livre de opressões. Mas, Clara não apresentava essas condições. Além de sentir-se oprimida pela culpa em relação aos filhos estava internada em um hospital com uma fragilidade orgânica importante, oprimida pela ameaça de morte.

Apesar das dificuldades decorrentes da psicodinâmica da paciente, ela teve uma evolução clínico-cirúrgica sem nenhuma complicação. Foram nove atendimentos nas duas semanas de internação, nos quais buscou-se criar o vínculo terapêutico para a diminuição do estresse biológico e da tensão psicológica decorrente do impasse existencial da paciente. Esperávamos com isso melhorar o estado de ânimo depressivo no qual Clara vivia, aumentando o desejo dela se tratar e, consequentemente, a adesão dela ao tratamento, que era mínima até então. A necessária elaboração do drama histórico para diminuir a enorme tensão de legitimação presente na vida de Clara foi limitada pelo tempo de duração da internação. Sentindo-se rejeitada e manipulada em seus sentimentos por sua mãe e sem conseguir se defender dessa situação, a qual era perpetuada em todos os encontros entre as duas, Clara saiu do hospital racionalmente

decidida a se afastar definitivamente da mãe, mas emocionalmente ainda ansiando pela legitimação.

Apesar da orientação para dar continuidade ambulatorial ao tratamento clínico e psicológico, ela não apareceu e sessenta dias depois ela foi novamente internada. A pergunta que todos se fizeram nesse momento foi: por que ela não deu continuidade ao tratamento, mesmo estimulada pelos telefonemas da psicóloga? A resposta veio já no primeiro atendimento desta internação quando Clara contou que passou o Natal com a mãe, apesar de ter saído do hospital dizendo que iria se afastar dela, e que foi péssimo. Disse que: "Continuo achando que o melhor seria me mudar para bem longe e não ter mais notícias dela, mas não sei se isso resolveria o problema. Queria mesmo era não precisar dela". No final, falou que estava preocupada com sua filha, "que está muito angustiada com a ideia da minha morte, inclusive antes de vir para cá ela me confessou que queria que todos nós morrêssemos juntos e de mãos dadas".

Nem sempre a razão e as boas intenções são suficientes para comandar as forças poderosíssimas, construtivas e destrutivas, que nos impulsionam, e todo profissional de saúde já viveu a situação do paciente não dar continuidade ao tratamento e voltar pior. Por não ter conseguido caminhar em direção a alguma solução, Clara estava mais deprimida, já inconscientemente vislumbrando a morte como solução para seu impasse. Por não conseguir separar-se emocionalmente de sua mãe devido a uma identificação patológica, Clara parecia estar começando a querer eliminá-la de dentro de si através da própria morte. Os livros pouco falam dessa solução para os grandes dilemas existenciais, mas quem trabalha em hospitais sempre conta casos de mortes inesperadas durante procedimentos clínicos e cirúrgicos sem maiores riscos, tratamentos inesperadamente fracassados, mortes inexplicáveis em pós-operatórios sem complicações etc. O desejo inconsciente de morrer diante de impasses existenciais como o de Clara é muito mais frequente do que se imagina, e nossa equipe, já com alguma experiência nessas situações, percebeu imediatamente a conjugação de circunstâncias que poderiam tornar possível a solução inconscientemente desejada pela paciente.

Clara, sempre que podia, mostrava-se descrente com o tratamento clínico que lhe era oferecido, o que estava levando a equipe a pensar em realizar a ressecção cirúrgica da parte do intestino mais afetada pelos abscessos e fístulas e a equipe médica passou a considerar a reincidência sintomática como um sinal de que o tratamento clínico fracassara estando,

portanto, indicado o tratamento cirúrgico. Inconscientemente, Clara estava induzindo a equipe a operá-la. A psicóloga foi orientada a realizar interconsultas (Luchina, 1977, 1979) no sentido de mostrar os riscos do procedimento cirúrgico com a paciente naquele estado de espírito. A cirurgia foi evitada, os abscessos foram drenados e, em apenas uma semana, Clara recebeu alta com remissão sintomatológica.

E Clara, novamente, não deu continuidade ao seu tratamento e foi novamente internada trinta dias depois. O espaço de tempo entre as recidivas da doença estava diminuindo e os sinais de desistência psicológica aumentando. O fato do marido continuar a incentivá-la e a fazer planos de viajarem juntos passaram a ser vividos como pressão e sinal de não aceitação do seu estado (ou do destino dela?) e ela, já explicitamente, desejava se livrar da mãe e estava sem vontade de conversar com sua psicóloga "por causa das dores". Estava afetivamente mais distante, com um discurso estritamente racional, bem adaptada à vida na enfermaria, parecendo estar melhor no hospital do que em casa.

No segundo atendimento desta internação, Clara continuava queixando-se de tudo: das dores, da mãe, do soro e pouco disposta a conversar. Quando não se queixava, chorava. E o atendimento foi interrompido para Clara ir para o centro cirúrgico. Estava com cirurgia marcada e nada disse à sua psicóloga, que mais tarde veio saber que a cirurgia foi difícil. Clara correu um grande risco devido a uma séria hemorragia durante o ato cirúrgico.

No atendimento subsequente à cirurgia, Clara reclamou que os atendimentos psicológicos não a estavam ajudando. Disse que compreendia a necessidade de ficar boa, que pensara no que haviam conversado antes da cirurgia e encerrou este assunto dizendo que passou muito mal, chegando a vomitar sangue, depois da última conversa. Depois, sempre em tom racional, contou que recebeu a visita de familiares e amigos no fim de semana. "Foi muito bom poder chorar de alegria e eu tomei uma decisão: Eu quero ficar boa e viver!". Avisou ainda que "os médicos" disseram que ela não devia se emocionar em hipótese alguma, que ela devia se concentrar apenas na sua melhora e que seu médico queria ter uma conversa com a psicóloga. Em tom de encerramento, Clara disse que arranjara uma solução para o problema com sua mãe: "Vou fazer como meu irmão. Ele tem um botão e se desliga dessas situações. Eu criei um botão para mim, isso faz com que eu veja minha 'irmã' como uma pessoa normal". Pouco depois da consulta, o médico-assistente de Clara chamou psicóloga para uma conversa.

A psicóloga de Clara chegou à supervisão posterior a esses acontecimentos surpresa e assustada. Em nenhum momento imaginou que uma paciente, à qual estava genuinamente

interessada em ajudar, iria querer colocá-la numa situação difícil com a equipe médica. A conversa com o médico-assistente foi, inicialmente, tensa. Clara havia conseguido mobilizá-lo emocionalmente e ele, acreditando que o acompanhamento psicológico estava fazendo mal à paciente, sugeriu que o mesmo fosse interrompido. Embora surpreendida com a situação, a psicóloga conseguiu comunicar ao médico o importante aspecto autodestrutivo da paciente e o que começou mal acabou em uma produtiva interconsulta (Luchina, 1977, 1979).

Assim como os pacientes quase nunca se tratam com o médico que faz o diagnóstico da doença, acusando-o inconscientemente de ele ter acabado com o bem estar deles, Clara estava reagindo ao fato da psicóloga estar tirando-a de seu estado ilusório de um dia vencer a disputa com sua mãe (era assim que Clara esperava superar seu drama de legitimação), mesmo que isso pudesse levá-la à morte. Como tudo na vida tem seu preço, não necessariamente financeiro, o terapeuta precisa estar preparado para pagar o preço de acabar com certas ilusões de seus pacientes.

Ao voltar à enfermaria, a psicóloga notou certa agitação no ambiente. Clara estava deitada de uma maneira estranha em seu leito, com o corpo largado, os olhos vidrados no teto, a boca aberta e não respondendo aos estímulos verbais. Um neurologista era aguardado a qualquer momento. Aproximando-se de Clara, a psicóloga chamou-a pelo nome e também não obteve nenhuma resposta. O neurologista chegou, examinou a paciente, pediu informações à psicóloga e concluiu que provavelmente era uma crise conversiva, mas pediu um eletroencefalograma para afastar a hipótese de uma isquemia cerebral.

A encenação da própria morte feita por Clara teve impacto em toda a equipe assistencial. Uma das enfermeiras disse baixinho para a psicóloga que já tinha visto isso antes: “é porque vai haver um pacote” (referindo-se à forma como os corpos são retirados das enfermarias e levados ao necrotério). Quando retornou à enfermaria dois dias depois, a psicóloga ficou sabendo que Clara tivera alta no dia anterior. Segundo o médico assistente, Clara estava muito bem clinicamente, o que o tinha deixado muito satisfeito (e aliviado), acreditando em sua melhora definitiva. Embora houvesse uma combinação com a equipe médica, a psicóloga não fora avisada sobre a alta. Ficou-se com a impressão de uma alta precoce induzida pela crescente tensão de aniquilamento do eu.

Quinze dias após a alta, a psicóloga telefonou para Clara, que disse estar muito feliz com o telefonema, mas não deixou a psicóloga falar. Aos trambolhões, disse que estava preocupada porque um ponto interno da cirurgia havia se rompido e outros três estavam apontando para sair.

Em seguida, disse que vinha passando muito mal com a alimentação e que tudo a fazia passar mal “até um copo d’água antes de dormir”. Queixou-se também da medicação por acreditar estar tendo efeitos colaterais demais. Reclamou que tinha tentado ligar para o médico, “mas ele está sempre em cirurgia, deixo recado, tento novamente, mas não consigo falar com ele”. Chegou a exclamar que estava ficando de “saco cheio” de tudo e que estava tentando evitar se aborrecer com essas coisas: “... vou empurrando essas coisas com a barriga, mas o resto eu vou falar com você quando eu melhorar e puder ir à enfermaria. Eu ainda tenho seu telefone”. A psicóloga disse apenas que iria à enfermaria conversar com o médico dela sobre o que ela dissera e efetivamente o fez, obtendo como resposta um pedido do médico para que ela solicitasse o comparecimento de Clara para uma revisão no ambulatório o quanto antes. Isso também foi feito. Clara nunca mais voltou ao hospital depois dessa revisão, apesar dos telefonemas de sua psicóloga. Na última vez em que se falaram por telefone, a psicóloga ficou sabendo que Clara mantinha-se assintomática, mas a filha dela estava começando a sentir dores abdominais...

Clara havia sido desviada de seu caminho para a morte, mas ainda não desistira de sua disputa edípica e a dinâmica das identificações patológicas estava começando a envolver a filha.

E.4- Joana

Biombo na enfermaria é sempre sinal de que alguém não está nada bem. Em treinamento há tempo suficiente para saber disso, a psicóloga, ao chegar para mais um dia de trabalho, dirigiu-se diretamente para o leito escondido pelo biombo. Encontrou Mario sentado, mal dormido e olhando fixamente para o leito onde sua esposa estava deitada de olhos fechados, recebendo soro no braço.

Joana, uma recém-mamãe de vinte e quatro anos, acordara no sábado com os olhos ictéricos. No domingo, seu estado geral piorou e, na segunda-feira, amanheceu na maternidade onde foi submetida a uma cesariana de emergência. Ana nasceu sem nenhum problema após quase nove meses de gestação. No dia seguinte Joana piorou ainda mais e os médicos a desenganaram para o marido. Quando a psicóloga a conheceu, Joana não se lembrava desses dois dias, sua voz estava fraca e falava lentamente, mal conseguiu contar que estava fazendo uma série de exames para pesquisar a icterícia que ainda apresentava. Aos poucos, Joana disse que não entendia o que estava acontecendo porque, apesar de ser sua primeira gravidez, não tivera nenhum

problema até amanhecer com os olhos amarelados. Viera para a maternidade porque ali fizera seu pré-natal e estava triste porque não podia ficar com sua filhinha.

Foi no quarto mês de gestação que Joana soube que esperava uma menina. A partir de então as lembranças de sua avó cuidando dela retornaram com muita força. Filha mais velha, Joana perdeu a mãe quando estava com nove anos. Criada pela avó materna, lembra pouco, mas com carinho, da mãe. Do pai recorda claramente que bebia muito e que era cruel com ela, castigando-a com frequência. Era obrigada a ficar horas sentada ao lado dele sem poder se mexer. Pouco tempo depois, sua avó o expulsou de casa e, anos mais tarde, Joana veio saber que o pai morrera de tanto beber.

Preocupada, a psicóloga despediu-se após essa breve conversa dizendo que voltaria mais tarde para vê-la novamente. Saiu intrigada com o jeito de Joana encarar o inesperado de sua situação: para Joana, "só podia ser por vontade divina". Mesmo dando o devido desconto pelo fato de Joana ser evangélica, a maneira dela falar parecia a de uma pessoa que sabia que o pior estava por vir e já se conformara. O quadro clínico de Joana também era intrigante: inesperadamente, no final de uma gravidez tranquila, com acompanhamento pré-natal sem nenhuma intercorrência, surgiu febre, icterícia e cansaço crescentes, com piora rápida do estado geral a ponto de ter sido necessária a antecipação cirúrgica do parto devido ao risco de morte para mãe e filha. A criança nasceu bem, mas o estado geral da mãe piorou até chegar a um estado pré-comatoso. E tudo isso em quatro dias!

Ao voltar no mesmo dia, a psicóloga surpreendeu-se com a retirada do biombo e com a melhora de Joana. Mais bem disposta e falando melhor, Joana pediu para ver sua filha. Quando a bebê chegou, Joana colocou-a sobre sua barriga e acariciou-a com uma expressão de felicidade. Mario ficou ao seu lado e a psicóloga se retirou para uma interconsulta (Luchina, 1977, 1979) com o médico-assistente e se inteirar melhor do quadro clínico da paciente, inclusive dessa melhora também intrigante. Encontrou um médico intrigado, que ainda não conseguira fazer nenhum diagnóstico e que, por isso, havia acabado de decidir transferir Joana para uma enfermaria especializada em problemas hepáticos, onde sua icterícia seria melhor pesquisada.

Uma semana depois, o quadro clínico de Joana continuava melhorando: seu estado geral se estabilizara e a icterícia estava regredindo, mas um quadro infeccioso geral e inespecífico continuava presente, inclusive em alguns pontos da ferida cirúrgica. Os exames complementares confirmaram a existência de um quadro infeccioso inespecífico, mas nada foi encontrado em

seu fígado ou em qualquer outro órgão ou sistema do seu organismo. A equipe permanecia alerta porque a ferida cirúrgica não evoluía para a cicatrização. Para a equipe médica, era mais um caso raro de "má adaptação à gravidez".

Frustrada nos seus desejos de exercer a maternidade, e cada vez com mais saudades da filha, Joana começou a temer perder seu lugar de mãe e de mulher para a amiga que estava em sua casa cuidando de sua filha. Conhecida de Joana há alguns anos e frequentadora da mesma congregação, Julia estava sendo alvo de um ciúme inevitável, mas, como sempre, "qualquer coisa que acontecesse seria por vontade divina". Para Joana, perder a vida ao realizar o sonho de ser mãe, não poder exercer o desejo de ser mãe e mulher, deixando para outra esse lugar, seria uma vontade divina. Para a psicóloga, só poderia ser castigo. E ao falarem novamente em castigo, Joana lembrou-se dos castigos infligidos pelo pai e voltou a ficar reticente e evasiva. Foram dias difíceis para todos. A febre reapareceu, seu estado geral piorou e a infecção se agravou, aumentando a preocupação da equipe. Parecia que Joana havia desistido. Só depois de muita ajuda, Joana conseguiu falar que seu pai a bolinava. Castigo era como ela vivia o fato de ter que ficar sentada ao lado do pai, calada e sem se mexer, sendo por ele manipulada. Castigo que a fazia pensar que não merecia a felicidade de ser mãe e mulher.

A ajuda psicológica foi fundamental para Joana poder, enfim, dar início à elaboração da tensão de aniquilamento do eu decorrente de uma trama edípica corrompida pela violência paterna. O estado geral de Joana voltou a melhorar e ela saiu de alta vinte dias depois deixando a impressão de que a realização do desejo de ser mãe desencadeou a necessidade expiatória de morrer para aliviar a culpa inconsciente por ter realizado desejos edípicos através da violência paterna.

E.5- André

De vez em quando alguns poucos atendimentos psicológicos são suficientes. São casos muito especiais, nos quais os sintomas orgânicos desaparecem assim que o paciente começa a receber a ajuda para se desenganchar de uma conjuntura psicológica que estava paralisando a própria vida e o mantendo cronicamente regredido e em estresse.

André, um rapaz de dezesseis anos com psoríase, que já havia se tratado sem sucesso em vários hospitais, foi levado ao nosso hospital por sugestão de um amigo do pai, no bojo de uma crise extensa de sua doença e o acompanhamento psicológico foi iniciado assim que ele se

internou. Apesar da boa aparência e da compleição física atlética, André estava cabisbaixo e aparentava uma timidez que, na realidade, não tinha.

Um pouco receoso no início do primeiro atendimento, André logo começou a falar com relativa desenvoltura. Caçula dos três filhos, ele vivia com duas irmãs e a mãe, e era quem ajudava nas tarefas domésticas por ainda não trabalhar, embora isso o deixasse muito contrariado. Após anos de brigas, a mãe "mandou" o pai para fora de casa por não aguentar mais as traições. André é revoltado com o pai até hoje.

Meu pai é muito puto. Ele tinha várias mulheres na vizinhança e todo mundo sabia. Ele não ligava para o que eu e minhas irmãs sentíamos quando o víamos passeando com as mulheres. Eu contava tudo para a minha mãe. Eu ficava puto, muito puto mesmo. Agora ele vive com outra mulher, dorme todas as noites na casa dela, mas vai para a nossa casa tomar café antes de ir trabalhar. Ele faz biscates na vizinhança, almoça e janta lá em casa e só vai embora à noite. Eles (o pai e a mãe) convivem sob o mesmo teto, mas não se falam.

Há aproximadamente um ano e meio apareceram as lesões cutâneas, feridas que começavam com uma coceira, surgiram inicialmente nos braços e depois se alastraram pelo corpo. Ele acha que ficou assim por não suportar as brigas dos pais.

Minha mãe não é fácil. Tudo tem que ser do jeito dela. Fico muito nervoso com ela e começo a coçar o corpo todo. Quero estudar à noite, fazer o curso de mecânica de manhã e o jiu-jítsu à tarde. Ela não quer que eu estude de noite. Meu pai disse que eu posso e ela disse que não tenho que obedecer ao meu pai. Fico muito desesperado e saio de casa. Vou soltar pipa com meus colegas na laje e mesmo com aquele sol, não consigo tirar minha camisa. Tenho vergonha. Estou muito marcado, doutora. Olha o meu corpo, ele não era assim. Agora não posso ir à praia. Tem um pessoal sacana que fica zoando de mim. Tem um puto que vou acabar com ele qualquer dia desses. Ele diz que eu tenho pereba e que não vai curar nunca. Fico com vergonha de tirar a camisa. Tem alguns colegas que já sabem do meu problema e não falam nada... Não tenho liberdade de sair na rua do jeito que eu quero.

Na mesma consulta...

Estava fazendo jiu-jítsu, mas percebi que estava me machucando muito. Meu corpo roçava no corpo do colega na luta e isso abria mais feridas... (enxuga as lágrimas) Tudo isso é culpa do meu pai. Ele nunca quis saber de nós. Eu era pequenininho e ele já andava com várias mulheres na nossa cara. Eu já brigava com ele, não achava que minha mãe deveria sofrer assim. Minha mãe é tudo para mim, mas não me deixa fazer nada que eu quero. Não quer que eu saia com meus colegas à noite; só quer que eu faça compras para ela e a ajude na arrumação da casa.

Quando se fala em Freud, pensa-se logo em sexualidade e no Complexo de Édipo, pontos nodais da teoria freudiana. E, sem nenhuma dúvida, a Psicanálise contribuiu para a liberação dos costumes que caracterizou o século passado. Mas, essa influência sociocultural cobrou um preço alto ao conhecimento. Por exemplo, toda a trama psicológica presente no Complexo de Édipo foi reduzida, como sempre acontece quando a cultura se apropria de uma teoria muito complexa, ao desejo incestuoso e à culpa que o acompanha. Embora importantíssimos, a trama edípica é muito mais do que incesto e culpa. Do ponto de vista psicanalítico, a sexualidade designa toda uma série de excitações e ações, presentes desde a infância, voltadas para o desenvolvimento de certas experiências afetivas, da identidade de gênero e do trânsito no espaço social.

Devido a deficiências presentes em seu ambiente e também por estar atravessando o ciclo da vida no qual a sexualidade sofre um recrudescimento após alguns poucos anos de latência, André pode nos ajudar a entender melhor como o Complexo de Édipo, drama psicológico fundamental de nossa espécie, está relacionado com a estruturação da identidade.

Em André podemos ver a trama psicológica da constituição da identidade de gênero através dos processos identificatórios temperados pelos desejos eróticos e agressivos inerentes ao ser humano sendo obstaculizada pelas deficiências ambientais, mais precisamente o jogo transferencial dos pais nas respectivas relações com o filho.

Pelo lado da mãe podemos vê-la identificando inconscientemente o filho com o pai, com isso transferindo para a relação com aquele o sentimento de fracasso conjugal e seu ressentimento pelas traições deste. Assim, ela tenta prender o filho em casa, já que não conseguiu prender o marido, comportamento que é vivido como castrador pelo filho e que, provavelmente, também o foi pelo marido, contribuindo para este procurar realizar-se com

outras mulheres. Pelo lado do pai podemos ver o distanciamento para com o filho, fato muito comum nas crises conjugais nas quais o marido identifica os filhos com a mulher se afastando de todos. Completando a trama psicológica de identificações cruzadas, não podemos esquecer que André, ao fazer referência a um sofrimento no contato físico com homens (no jiu-jítsu), estava revelando a existência de uma tensão homossexual reforçada pela identificação dele com a mãe.

Como resultado dessa trama psicológica inconsciente temos um garoto de dezesseis anos paralisado no processo de consolidação da própria identidade, submisso aos desejos castradores maternos e ameaçado diante do desejo de se aproximar do pai, cujo efeito é uma diminuição da autoestima e um sentimento de lesão do eu que engendram um estado de estresse crônico capaz de possibilitar o aparecimento das alterações fisiológicas formadoras de doenças dermatológicas como a psoríase em pessoas propensas a responder às lesões do eu com as defesas que organismo usa nos casos de lesão do corpo (inflamação). Além disso, como outras doenças dermatológicas, a psoríase tem o efeito de criar uma ansiedade crônica de rejeição. Coincidentemente, este era o sentimento de André na relação com os pais.

Como ajudar esse rapaz a se discriminar melhor dentro de suas relações para interromper o jogo das identificações cruzadas e diminuir o estresse crônico? Sua psicóloga já tinha experiência suficiente para criar um vínculo terapêutico capaz de gerar o espaço de segurança dentro do qual o paciente se sentisse capaz de se desenganchar dos vínculos regressivos com os pais. Poucos dias depois...

Sabe, eu estou me sentindo mais aliviado com as nossas conversas. Eu estava tão angustiado. Já decidi que vou estudar em outro colégio. Não gosto desse colégio que estava estudando, o ensino é fraco. Vou cursar o período da manhã até ter vaga à noite. Também fui saber do curso de mecânica. Tenho que arrumar minha vida. Estou cansado de ficar parado vendo o tempo passar.

Estar parado vendo o tempo passar é uma excelente metáfora para a pessoa que, estando presa no passado, está fora do tempo e, por isso, pode apenas vê-lo passar, não o vive. André está entrando em sua própria vida, entrando em seu tempo, saindo da vida dos pais.

Depois da alta hospitalar, no ambulatório...

A- 'Tô legal, doutora. Agora estou até conseguindo dormir a noite toda. Não aguentava de tanta coceira. E o melhor é que não estou tomando nenhum remédio, só estou passando uma pomada no corpo... Te falei que tentaria ir à praia, não é? Meu pai chegou lá em casa no fim de semana de manhã, me acordou e disse: "Vamos à praia, cara!" Eu falei: "À praia? e voltei a dormir". Ele insistiu e decidi ir. Sei que adorei. Fiquei tomando sol e a água do mar estava maravilhosa, nem me lembrei das marcas. Meu amigo levou a prancha de surf e peguei umas ondas. Depois, não parei mais de ir. Amanhã eu vou; ainda estou de férias.

P- Quando teu pai te acompanha você fica mais decidido, mais forte.

A- É difícil meu pai me chamar para fazer alguma coisa com ele. Não sei o que aconteceu. Conviver com minha mãe é muito complicado, tem horas que não aguento. Ela não é nem um pouco carinhosa. Vou abraçá-la e ela me diz para tirar as mãos dela. Eu sou carinhoso, doutora, abraço minhas irmãs, meus amigos, mas minha mãe não deixa. Desde pequenino que ela é assim comigo. Não queria que eu brincasse na rua com meus amigos, só quer que eu arrume tudo dentro de casa para ela. Eu é que tenho que ouvir seus lamentos em relação ao meu pai. Fica aborrecida porque ele come e não lava a louça, mas não fala com ele, fala comigo. Outro dia eu disse que ia sair de casa. Ela enche meus ouvidos, e o pior é que ela não confia em mim. Já falei que não me envolvo com o que não presta; não me envolvo, doutora. Fico na minha com os colegas que eu conheço, mas ela não acredita, não quer que eu fique na rua, me quer só dentro de casa. Estou mais tranquilo, doutora.

Aqui podemos ver o quanto uma mudança numa pessoa provoca efeitos psicodinâmicos em todo o ambiente. Assim, André não mais inconscientemente identificado com sua mãe nos ressentimentos para com seu pai, não mais o afasta. A retomada dessa relação, até então obstaculizada pela trama das identificações cruzadas, reforça o desenvolvimento do filho adolescente. Livre de suas identificações inconscientes com sua mãe, André sente-se mais tranquilo, seu estresse orgânico diminui e suas feridas melhoram sem medicação. Podemos ainda supor que, talvez agora, sem a pendência psicológica que o afastava de seu filho, o pai consiga efetivar sua separação conjugal, o que poderá ajudar sua ex-esposa a retomar a própria vida afetiva.

E.6- Lídia

Lídia foi internada para elucidação diagnóstica. São internações usualmente breves, que visam o estabelecimento do diagnóstico e o fornecimento da orientação terapêutica. Lídia, uma bonita mulher de quarenta e dois anos, perdera abruptamente todos os pelos do corpo. Como a instalação do quadro de alopecia foi abrupta, precedida por intensa candidíase vaginal e acompanhada de parestesia nas pernas e mãos, manchas hipercrômicas nas axilas e nas pontas dos dedos, a família decidiu trazê-la ao Rio de Janeiro para o esclarecimento do diagnóstico em nosso hospital. Ficou internada uma semana para observação, enquanto aguardava os resultados dos exames e dava inicio ao acompanhamento psicológico. Assim que os resultados dos exames chegaram, todos dentro dos limites normais de variação, e o diagnóstico de alopecia areata totalis ficou estabelecido, foi encaminhada ao ambulatório para dar continuidade ao acompanhamento psicológico e dermatológico. A parestesia e as manchas hipercrômicas já haviam desaparecido; a candidíase já estava bem melhor.

Lídia, órfã de mãe desde os catorze anos e filha mais velha, é a única a ainda residir em sua cidade natal, perto do pai e da madrasta. Está casada há dezessete anos e tem dois filhos. Estava muito triste com a mudança em sua aparência, pois tinha consciência da própria beleza e se orgulhava muito dos seus cabelos. Usava um pequeno chapéu para disfarçar a ausência deles e estava aflita com seu estado de saúde, preocupada com o fato de os exames estarem normais e com medo de não descobrirem o que tinha e acabar morrendo. Contou que sua vida é bastante atribulada porque além de lecionar, cuidar da casa e dos filhos, ajuda o marido no comércio nos finais de semana.

Foi pouco antes de adoecer que notou a intimidade que havia se criado entre seu marido e a esposa do sócio dele, o que a fez se lembrar do quanto sofreu ao acompanhar o adoecimento da mãe logo depois que esta soube que o marido (pai de Lídia) a estava traindo. A mãe acabou morrendo meses depois, aos 43 anos. Para Lídia, a mãe morreu de desgosto e ela estava com muito medo de ter o mesmo destino. Por uma destas coincidências da vida, ela estava com a mesma idade e se vendo na mesma situação da mãe. Só faltava a morte para a identificação ser completa.

Sendo o envoltório do corpo, a pele e seus fâneros são os elementos de contato com o ambiente e, talvez por terem a mesma origem embrionária do sistema nervoso, com frequência servem de palco para a expressão de dramas íntimos. Não é sempre que podemos presenciar de

forma tão clara a sobreposição de uma experiência histórica com uma vivência atual na geração de uma doença orgânica.

Para além das funções biológicas, os pelos do corpo têm, para homens e mulheres, atributos estéticos e entram na conformação da identidade de gênero. A implantação, a quantidade e a qualidade (cor, textura, brilho) entram na construção do sentimento de masculinidade e feminilidade e de boniteza de cada pessoa.

Ao falar que "se orgulhava dos cabelos que tinha", Lídia poderia estar metaforicamente dizendo que sentia-se orgulhosa de sua beleza e feminilidade. Ao saber da traição do pai pode ter fantasiado que se ela estivesse no lugar da mãe isso nunca aconteceria. Mas, aconteceu. A ferida narcísica e a culpa edípica somaram-se para atingi-la no que ela achava de mais bonito nela própria. E, se ela queria tanto ocupar o lugar da mãe, ela também deveria ter o mesmo destino. Pode-se dizer que simbolicamente este sintoma conjuga a disputa entre filha e mãe e o castigo por aquela acreditar ter superado esta.

Examinando-se o surgimento do sintoma principal do quadro clínico de Lídia, a alopecia generalizada, e levando-se em conta o relato da própria paciente e o contexto em que se deu o aparecimento, observa-se uma extrema semelhança com a formação dos sintomas histéricos descritos por Freud (Breuer & Freud, 1893-1895; Freud, 1893).

Em duas semanas de acompanhamento psicoterápico ambulatorial, Lídia já estava com outro estado de espírito. A tensão de aniquilamento do eu havia desaparecido e surgiram os primeiros sinais de crescimento dos cabelos.

E.7- Áurea

Áurea, uma mulher de cinquenta anos, separada, portadora de bócio nodular atóxico, estava internada para fazer uma tireoidectomia parcial, procedimento cirúrgico de retirada parcial da glândula tireoide indicado para esses casos, e realizado após o devido preparo ambulatorial.

S., a psicóloga, estava em treinamento há quase dois anos e já havia aprendido a utilizar a História da Pessoa como instrumento anamnéstico, estabelecer um vínculo terapêutico personalizado e o foco de seus atendimentos. Também já tinha experiência em lidar com as tensões presentes no pré-operatório imediato. Mesmo assim, S. saiu desconcertada do primeiro atendimento. Foi a primeira vez que ao abrir espaço de interlocução seguindo o tema aberto pela

paciente se deparou com um tema tão pessoal, no caso a sexualidade, expresso tão de imediato e tão dramaticamente presente a ponto de deslocar as preocupações da paciente com a cirurgia.

S- Bom dia, sou S., psicóloga da enfermaria. Como está?

A- Estou bem, 'tá tudo bem (senta-se na cama). Eu estou um pouco nervosa, um pouco ansiosa, mas acho que é normal. Eu vou fazer uma cirurgia e quando a gente não é mais criança e já viveu, sabe que não é mais imbatível, que a realidade é outra.

S- Como imbatível?

A- Imbatível. Não dá mais pra ficar só sonhando como a criança fica. Há uma realidade pra se ver.

S- É difícil ver essa realidade?

A- É; ainda mais depois que a gente tem filho. Eu tenho dois: uma menina de vinte e dois anos e um menino de vinte e um. A diferença entre eles é de onze meses.

S- Seus filhos já são adultos.

A- É, e eu criei sozinha porque eu me separei do pai deles. E eles estão aí, graças a Deus, e são ótimos meninos. A minha filha não passou no vestibular que fez agora, mas vai fazer de novo. Casei pela primeira vez há trinta anos, mas só fiquei com ele três anos e meio. Eu casei mais pela família. Sabe aquela cobrança se vai casar, quando vai casar... Na minha época, a mulher realmente casava quando chegava a uma determinada idade. Eu gostava dele, nem sei se era apaixonada, mas me separei porque ele era muito ciumento, não me deixava fazer nada, queria me controlar e isso eu não aceito. Não é por nada não, mas eu fui muito bonita na juventude, até candidata a "miss" eu fui. Ele cismou que eu não casei virgem, aí eu fui ao médico e ele disse que meu hímen era complacente. Aí a relação ficou ainda mais difícil e acabamos nos separando. Depois de alguns anos, me uni ao pai de meus filhos, fiquei com ele sete anos e me separei novamente.

S- Por que?

A- Eu não sou uma pessoa careta, mas ele me traiu e aí não deu. Não acho que uma saída com outra pessoa, um beijo na boca, seja trair. Isso é corpo, é físico, é uma vontade de estar com alguém, é desejo; se rolar, rolou. Ele dava umas saídas, porque isso rola mesmo. Mas, sair mais de uma vez com uma pessoa já não é mais só corpo, tem algum sentimento, e foi o que ele

fez. Eu assumo essa escolha que fiz de ficar sozinha com meus filhos. Batalhei muito pra eles estarem aonde estão hoje. Mas, como eu te disse, foi uma opção, pois não gosto de ninguém me controlando, prefiro ficar sozinha.

S- Ele também te controlava?

A- Não, mas pude ver que gosto de independência e não tive medo de enfrentar o que enfrentei. É por isso que não gosto de ninguém mandando em mim. Eu até já tive uns namorados, mas sexualmente não foi muito bom. Parece que tenho dentro de mim alguma coisa que precisa sair (fala levando suas mãos aos quadris e passando-as pelo corpo de baixo para cima). Eu gosto muito de fazer sexo! Mas, com qualidade, demorado, com preliminares. As preliminares são necessárias pra mim. Quando eu faço sexo, não tem que dar duas, três; pode ser uma apenas, mas com qualidade. Os homens de hoje em dia não querem nada com nada. Eu quero conversa, alguma coisa a mais, um contato, eu não sei... Tá difícil encontrar alguém sério. Até estuprada eu já fui!

S- Já?

A- Quer dizer, ele não conseguiu porque eu reagi. Uma vez, voltando da escola à noite com uma colega, eu tinha vinte e nove anos na época e tinha resolvido estudar de novo, um homem me puxou pelo braço com força tentando me colocar pra dentro do carro dele. Eu reagi gritando, minha colega gritou também, fiz força e consegui me livrar dele. Eu sempre falei que se algum dia alguém tentasse me estuprar, eu ia reagir, eu não ia permitir de jeito nenhum. Fiquei uns três meses lavando meu braço com sabão, água sanitária, desinfetante, tudo que você imaginar, porque eu ficava com nojo quando eu pensava e precisava lavar meu braço. Fiquei com tanta raiva que cheguei a sonhar que fui estuprada.

S- Como foi isso para você?

A- O pior é que eu gostei e senti prazer. Fiquei com muita raiva de ter sentido tudo isso! Eu gosto de fazer sexo, e já foi o tempo que só os homens sentiam prazer no sexo. As mulheres de hoje também sentem e procuram sentir. Sem essa de vergonha! Entre quatro paredes tudo é permitido! Você sabe que nenhum dos meus dois maridos me satisfez sexualmente? Com o primeiro eu não sentia nada. Era horrível; doía, eu fazia por obrigação e ficava insatisfeita. Sabe quando falta alguma coisa? Com o segundo foi melhor, mas não como eu gostaria que fosse. Eu sou oito ou oitenta, meio termo não dá pra mim. Eu não gosto de nada pela metade e o sexo pra mim tem que demorar bastante, não é entrar e acabou. Por isso é que eu acho que

não encontro alguém que me satisfaça. Será que tem a ver com repressão? Eu acho que fui muito reprimida quando criança.

S- Por que você acha isso?

A- Minha avó me reprimiu. Eu fui criada praticamente por ela. Minha mãe se separou do meu pai quando eu tinha três anos de idade e nós fomos morar com ela. Minha mãe foi trabalhar fora e eu ficava o dia todo com minha avó, só que pra ela tudo era pecado e proibido. Ela não conversava, só proibia sem dizer o porquê. Minha avó é dominadora, manda em todo mundo, em tudo; quer que tudo aconteça do jeito dela. Ela mandava inclusive no meu avô, que fazia tudo que ela queria. Só quando eu tinha quinze anos é que minha mãe se mudou comigo, e aí minha vida mudou. Mas eu gostei, pois não aguentava mais. Todo mundo dizia que se eu continuasse ali com minha avó eu ia endoidar. Meu irmão ficou. Mas, a minha mãe era o oposto da minha avó; sempre aceitou tudo, minha avó fazia tudo que queria com ela e ela só obedecia. Minha mãe foi capacho da minha avó. Morar com minha mãe foi a melhor fase da minha vida. Eu nunca aceitei que minha avó fosse assim comigo, por isso a gente brigava muito e até hoje a gente briga. Nós temos muitas discussões. Ela tem noventa e quatro anos, mas continua do mesmo jeito.

S- Que tipo de discussões?

A- Minha avó quer porque quer minha filha morando com ela, mas eu não deixo. Ela adora minha filha e diz que gosta de mim também, mas não nos damos bem. Eu não deixo minha filha lá porque ela vai fazer com ela o que fez com minha mãe e comigo. A minha mãe já morreu, era uma amiga, uma companheira, me entendia. Sinto falta dela. Ela morreu de câncer no pâncreas. É por isso que sou muito grudada com meus filhos; faço tudo que posso por eles. Minha avó me critica dizendo que eu os mimo demais, mas eu digo que o que eu puder dar a eles eu vou dar. Tudo o que eu não tive, eu quero que eles tenham. E ainda digo pra ela que, se minha mãe pudesse, eu tenho certeza que até hoje ela estaria fazendo por mim também.

S- O que ela estaria fazendo por você hoje?

A- Ah, me acompanhando pra criar meus filhos, me ajudando de alguma forma, porque ela era muito boa. Agora, com a minha operação, por exemplo, é uma hora que eu sei que ela estaria comigo o tempo que fosse necessário.

S- E como você se sente sem ela nesse momento?

A- Eu estou bem, não tenho medo não. Já que eu preciso fazer, então vamos logo. Esse problema já tem muito tempo, desde a gravidez da minha filha. Só que eu não sentia nada, era um pequeno volume no meu pescoço, aí também não procurei médico. De uns tempos pra cá é que eu comecei a me incomodar com o meu peso, porque eu comecei engordar e engordo cada dia mais, e também porque meus pés estão inchando muito. Mas, nunca senti dor em nada.

S- Você disse que não tem medo, medo de quê?

A- De morrer. Eu não tenho. Minha filha, o que tiver que acontecer vai acontecer, seja aqui ou em qualquer lugar. Imprevistos acontecem e eu tenho fé que vai dar tudo certo. Eu até estou gostando da ideia de ficar no hospital! Eu descanso, durmo bem.

S- Gostando de ficar no hospital?

A- Às vezes eu penso umas coisas diferentes dos outros mesmo. Olha, eu fico bem aqui no hospital. Nesse instante chega a filha, que se dirige para o outro lado do leito da paciente e abre o armário de cabeceira mexendo nos guardados da mãe. Áurea acompanha com os olhos os movimentos da filha.

S- Bem, Áurea, já estou no meu horário; nos encontramos novamente amanhã pela manhã.

A- Eu gostei de conversar com você. Uma época eu fiz terapia por uns seis meses e gostei muito; se não fosse a falta de grana eu ia continuar. Ela me disse que eu deveria continuar porque sou uma pessoa muito rígida e tenho muitas coisas dentro de mim pra sair. Às vezes eu saía do consultório com raiva dela, mas conforme passava a semana, eu pensava em tudo que a gente havia conversado e via que era difícil aceitar certas coisas que eu fazia ou pensava. Aí, no dia de voltar ao consultório, eu ia toda contente.

A filha se aproxima da mãe encostando seu corpo em Áurea. Ela corresponde abraçando a filha pela cintura, ao mesmo tempo em que me pergunta se seus netos não serão lindos, pois a filha tem belos olhos verdes. Eu digo que sim, que os olhos da filha são mesmo bonitos. Logo em seguida ela diz:

A- Deus me livre ficar sem minha filha! Não admito perder minha filha. Esperei nove meses pra ter ela! Sofri, foi muito difícil, foi uma gravidez de risco e até hoje luto com dificuldade pra ela ter o que tem. (A paciente falava com firmeza e em tom agressivo.)

S- Perder sua filha significa ela morrer antes de você?

A- É claro.

S- Você sabe quem vai morrer primeiro?

A- Não, eu não decido isso; é só o jeito de falar.

S- Você me lembrou sua avó que em todos mandava e tudo resolvia...

A- Eu não sou como minha avó, de jeito nenhum (novamente Áurea falou em tom agressivo). Eu não me acho controladora. Eu sou do diálogo, eu discuto o problema e daí a gente tenta resolver. Já com minha avó não tem conversa, é como ela quer e pronto.

A- (Ainda abraçada à filha) Não é por nada não, é que eu sou coruja mesmo. Meu filho também é lindo! Ele 'tá namorando, não é? (falou olhando para a filha) A gente se dá bem, eu e ele. Ele não faz nada sem me falar, me conta tudo. Ele até dorme comigo!

S- Dorme com você?

A- Mas não é todo dia não, é só às vezes (disse sorrindo).

S- Despeço-me da paciente confirmando o próximo atendimento. Ela agradece sorrindo, mantendo-se abraçada à filha.

Áurea é uma típica mulher do final do século XX. Nascida em meados daquele século, teve sua adolescência nos famosos anos sessenta, momento importantíssimo na história dos costumes do Ocidente e caracterizado pelo movimento da contracultura. Na esteira dessa mudança de mentalidade, o caminho percorrido pelo movimento de emancipação da mulher é conhecido por todos. Foi também o momento no qual a Psicanálise transbordou do círculo profissional inserindo-se definitivamente na cultura de massa, passando a influenciar e ser influenciada pelos diversos matizes culturais da nossa aldeia global. A influência da Psicanálise na cultura é objeto de vários estudos, mas a recíproca ainda não é verdadeira, e os efeitos da mudança de mentalidade nos terapeutas são pouco pesquisados.

Na ampla crítica dos costumes que vigorou naquela época, alguns autores confundiram contenção cultural e social com a repressão descrita pela Psicanálise. Confundindo-se repressão psicológica com contenção social viu-se o surgimento de uma ideologia liberalizante muito curiosa, que acabou impregnando uma geração inteira com o slogan "é proibido proibir". Na esfera educacional existiram algumas experiências paradigmáticas, como as descritas por Neill (1967, 1976). Até hoje alguns terapeutas formados nessa época entendem o trabalho terapêutico como a "liberação" de seus pacientes, num processo que varia desde a simples pressão psicológica para que seus pacientes revelem seus desejos mais escondidos, com preferência pela

vida sexual, até ao incentivo (nunca explícito, é claro) a que eles busquem a realização de seus desejos e anseios pessoais, afetivos, culturais e sociais sem que as consequências psicológicas, para eles mesmos e para os demais, sejam devidamente consideradas. Alguns surtos psicóticos, acidentes pessoais e adoecimentos orgânicos têm aí sua origem.

Áurea, imbuída por essa ideologia, usava o sexo para reafirmar-se uma mulher resolvida, mas não alcançava a experiência amorosa. Tinha toda uma teoria liberalizante que a ajudava a ter sexo, e a defendia da própria dificuldade em se entregar à experiência amorosa, o que não foi percebido por sua terapeuta anterior e tenho dúvidas até que ponto esse comportamento de Áurea não foi subliminarmente promovido pela própria terapeuta.

S., também pertencente a esta geração, ficou ofuscada pelo discurso da paciente. Não percebeu a função defensiva dele, mas achou muito estranho que ela estivesse falando dessas coisas antes de se operar. O pedido de Áurea era simples. Não queria morrer sem resolver seu enigma: apesar de liberada, não lhe era fácil encontrar o amor, estava incestuosamente ligada aos filhos e não conseguia se relacionar com os homens.

A tensão de aniquilamento do eu, praticamente inevitável no pré-operatório, e presente em sua primeira fala: "não sou imbatível", agudizou uma frustração crônica da paciente: a experiência amorosa.

Após este esclarecimento, a pergunta de S. era previsível: "E dá tempo para trabalhar tudo isso tendo apenas algumas entrevistas? O que podemos fazer nesses casos?"

De fato, não é possível tratar a crise existencial da paciente no pré-operatório, pois isto demanda o tempo de uma psicoterapia psicanalítica, mas pode-se ajudar a paciente nesse momento.

Mostrar à paciente que entendemos a questão que ela quer resolver, que é possível resolvê-la, que existe tratamento para isso e que este pode e deve ser iniciado após a cirurgia, tem o efeito de fazê-la sentir-se compreendida, o que aumenta o vínculo terapêutico e o desejo de viver, diminuindo as chances de acidentes no per e no pós-operatório. Sabemos, por experiência anterior, que pacientes cirúrgicos com questões pessoais dessa amplitude apresentam um risco maior deste tipo de acidente dentro daquilo que Eksterman chama de síndrome da eutanásia.

E.8- Sueli

Sarjeta é o nome que se dá ao escoadouro das águas das chuvas junto ao meio-fio das calçadas e, no sentido figurado, designa condição de decadência, estado de indigência. Ultrapassou à centena o número de mendigos e membros da população de rua que atendi nos mais de trinta anos de trabalho em uma emergência psiquiátrica de um hospital público do Rio de Janeiro. Uma vez, procurando alguma coisa no saco de um mendigo que pudesse me ajudar a identificar aquela pessoa que estava à minha frente não falando coisa com coisa e olhando assustado para todos os lados, encontrei um passaporte com registros de viagens ao exterior. Era um ex-professor universitário que abriu um surto psicótico e saiu andando pelo mundo rompendo todos os vínculos familiares e sociais. Para mim sempre foi impactante conseguir ultrapassar a rejeição que a decadência social estimula e encontrar a pessoa por trás do mendigo, do menino de rua e de outros que também não superaram os desafios das suas próprias vidas.

Mas, não é só nas instituições públicas que encontramos essas pessoas. Há muitos anos atrás, um pai trouxe para tratamento psicanalítico em meu consultório um rapaz que também tinha rompido os vínculos familiares e sociais. Ele havia deixado para trás a família, os amigos, o futuro, e adotado o chefe de um morro perto de sua casa como pai. Desesperado, o pai foi atrás do filho e conseguiu trazê-lo de volta. Tempos depois, e também por pressão paterna, um homem de quase quarenta anos, cujo objetivo era morrer drogado na sarjeta, veio ao meu consultório. Ele havia deixado para trás os estudos ainda na mocidade, recusou-se a desenvolveu qualquer habilidade profissional, era sustentado pelo pai e havia brigado com todos os irmãos, que não queriam mais nem ouvir falar dele. Vivia mais à noite, colocando a vida em risco com bebida, drogas e comportamento homossexual promíscuo (estávamos na década de 1980). Parecendo indiferente a tudo, ele mesmo dizia que iria acabar na sarjeta. Depois de pouco mais de um mês arranjou uma maneira de interromper o tratamento e nunca mais soube dele. Continuo me encontrando com essas pessoas, tentando dissolver a opressão interior que as leva a ter esse destino trágico. Recentemente, me vi novamente diante deste impressionante e autodestrutivo processo ao acompanhar os primeiros passos do suicídio social de uma mulher, que tinha apenas uma queixa de dor crônica e cujo destino trágico foi modificado por uma frase.

Sueli, uma mulher solteira de quase cinquenta anos, internada para investigação de dor generalizada em todo o corpo, foi diagnosticada como portadora de fibromialgia e síndrome de Sjögren.[7] Havia brigado com os familiares e perdido o emprego poucas semanas antes de ser

[7] Doença autoimune, crônica, na qual o sistema imunológico ataca as glândula peodutoras de lágrima e saliva.

internada. Sem lugar para morar, dormia em um abrigo a um passo de se tornar parte da população de rua da cidade. Narcisicamente retraída, na enfermaria era encontrada quase sempre coberta até a cabeça e reagia mal ao contato de qualquer membro da equipe. Ficou duas semanas internada durante as quais as consultas com a psicóloga da equipe de Psicologia Médica associada à enfermaria foram caracterizadas pela inacessibilidade da paciente. Apenas algumas frases foram trocadas, uma delas quando a terapeuta observou que a paciente não conseguia usar o próprio creme de corpo, a incentivou a usá-lo "e aproveitar esse momento feminino no qual o corpo é observado e acariciado".

O acompanhamento foi interrompido com a alta da paciente, o que nos deixou preocupados. Mas, quis o destino que as duas se reencontrassem duas semanas depois durante uma visita que a paciente estava fazendo a outra paciente na enfermaria. Combinaram dar continuidade ao tratamento, agora no ambulatório, e foi com grata surpresa que a psicóloga notou a mudança ocorrida na paciente. Ela não estava mais retraída e nesse curto espaço de tempo conseguiu arranjar trabalho, sair do abrigo e alugar um quarto para morar. Nas consultas ambulatoriais a paciente contou a sua triste história de vida. Ela foi vítima de abuso sexual por parte do próprio pai com anuência da mãe a partir dos 12 anos. Em determinado momento, a mãe chegou a levá-la para conhecer uma família cujo pai de duas crianças era o próprio avô delas. A paciente desenvolveu uma enorme repulsa pelo próprio corpo, uma imensa culpa por seu passado, total dificuldade em viver um relacionamento amoroso e perdeu o pouco interesse que ainda tinha na vida após a recente morte da mãe.

É sempre impactante reconhecer o papel patogênico exercido pelas figuras de apego (Bowlby, (1990, 1993a, 1993b; Fonagy, 2001) quando o vínculo com os filhos é por elas pervertido. Também é impressionante perceber o papel da psicodinâmica individual nas situações de decadência social, que no caso em questão tinha o significado de um suicídio através do corte de todos os vínculos sociais. Um aspecto complicador, quase sempre presente nos casos de abuso sexual, e que neste era marcante, é a culpa (às vezes consciente, geralmente inconsciente) pela satisfação, não necessariamente erótica, mas por vezes também erótica, usufruída nos eventos vividos com o genitor, e que acaba engendrando ódio da vida e por si mesmo, expressos pela paciente através do rechaço do próprio corpo, da repulsa de si mesma e do suicídio social. Mas o melhor de tudo é a felicidade quando se consegue evitar o pior.

F- A indução iatrogênica

Quem nunca pensou em encontrar uma maneira de dar fim ao sofrimento através da própria morte? Quem nunca desejou a própria morte em meio a uma profunda crise existencial? Quantos não esperam uma eutanásia, no sentido grego original,[8] ao se sentirem próximos do fim da vida ou apenas ao pensar na inevitabilidade do fim da existência? Nas palavras de Karl Menninger (1966):

> *... the extraordinary propensity of the human being to join hands with external forces in an attack upon his own existence is one of the most remarkable of biological phenomena.*

Muitos doentes já desesperançados anseiam por uma morte desse tipo. Mas, não são só os doentes terminais. Não são poucas as pessoas que tentam, inconscientemente, aproveitar a doença para encontrar o derradeiro alívio para uma vida de sofrimento ou uma saída honrosa para uma ocorrência excessivamente vexatória ou, ainda, como um excelente veículo expiatório para culpas inconscientes. É quando o doente procura a "ajuda" de um médico para morrer que se pode falar de síndrome de eutanásia. Como escreveu Eksterman (1986a):

> *O doente chamado somático nem sempre pretende, ao buscar ajuda médica, aliviar ou curar seus males. Ao contrário, levado por impulsos mórbidos suicidas inconscientes, procura no médico auxílio para uma eutanásia parcial ou total. Muitas vezes o consegue. São induções iatrogênicas, comuns na prática clínica e cirúrgica.*

Como já foi dito, iatropatogenia ou iatrogenia é a denominação usada para os males originados pela própria ação terapêutica. Inicialmente limitado à ação médica, hoje o conceito inclui as ações de toda a equipe de saúde e tem sua origem na ignorância profissional, nos conflitos institucionais ou na impregnação irracional do campo assistencial (Eksterman, 1968).

[8] Uma morte sem sofrimento, de preferência rápida e, se possível, dormindo.

Os casos de iatropatogenia decorrentes da ação dos membros da equipe de saúde, isto é, os erros por imperícia (ignorância profissional) e por negligência (geralmente decorrentes de conflitos intra e interinstitucionais) são conhecidos de todos e é fácil saber o que se deve fazer para impedi-los. Infelizmente, o difícil é a decisão política de fazê-lo. Por outro lado, os casos de iatropatogenia inconscientemente induzidos pelos pacientes ou por membro(s) da equipe de saúde são muito menos conhecidos. Embora não sejam raros, não costumam ser facilmente percebidos e diferentemente dos erros por imperícia e negligência não é tão simples saber o que se deve fazer para evitá-los.

A síndrome de eutanásia é um tipo particular de indução iatropatogênica. Para ocorrer é preciso existir, no paciente, o desejo inconsciente de morrer (Eksterman, 1986a). Ela costuma se instalar quando o adoecimento se dá no bojo de uma crise existencial vivida como insolúvel pelo paciente ou, então, quando se estabelece um relacionamento sadomasoquista entre o profissional e o paciente (Eksterman, 1968; Tenenbaum, 2012).

A presença da síndrome de eutanásia nas fatalidades aparentemente inexplicáveis, que vez ou outra ocorrem nos hospitais ainda não foi quantificada. A presença da indução iatrogênica nas altas precoces, nos pedidos de exames e na indicação de procedimentos desnecessários, assim como nas reações emocionais e nas dificuldades da equipe assistencial cuidar dos pacientes também ainda não foi devidamente avaliada.

F.1- Rose

Trabalhar em um hospital não é fácil para ninguém. Para um cirurgião, mais difícil ainda. Pacientes, familiares, amigos e até mesmos colegas da equipe assistencial, veem os cirurgiões como pessoas frias, distantes, sem nenhuma habilidade para estabelecer uma boa relação com seus pacientes e sádicos porque se divertem, fazem piadas, contam histórias enquanto cortam os pobres e infelizes doentes. Meros técnicos que fazem um trabalho apenas um pouco melhor que o dos açougueiros. Todos morrem de medo de precisar de um deles.

Imbuída de uma forte vocação médica e disposta a enfrentar as dificuldades que vinha encontrando no preparo pré-operatório de alguns pacientes, uma médica-residente em cirurgia passou a frequentar as minhas supervisões. Trazia histórias de pacientes que desconfiavam sempre das intenções dela quando estabelecia a conduta terapêutica, pacientes que faziam todo o preparo pré-operatório e sumiam quando a cirurgia estava para ser marcada, reaparecendo meses depois em uma situação pior, pacientes que compareciam regularmente ao ambulatório

cada vez em pior estado, embora afirmassem que estavam seguindo as orientações dela e, assim, não se conseguia concluir o preparo pré-operatório. Quase todos contavam que haviam chegado a ambulatório dela após passarem por vários serviços de cirurgia em diferentes hospitais onde foram mal atendidos, tratados erroneamente ou qualquer outra situação nesse gênero que acabava levando-os a abandonar o tratamento e, eventualmente, ter um comportamento agressivo.

Sabendo que seriam necessários muitos meses de treinamento para capacitá-la a lidar sozinha com esses desafios e ciente que uma relação de confiança mútua havia se consolidado entre essa médica e uma das psicólogas em treinamento que fazia parte da equipe de Psicologia Médica que trabalhava na enfermaria dela, sugeri, após um par de meses de supervisão, que ela abrisse um espaço em sua agenda de preparo pré-operatório ambulatorial para atender a esses pacientes mais difíceis conjuntamente com a colega psicóloga. Rose foi uma das pacientes que se conseguiu preparar para a cirurgia pela dupla de terapeutas.

Rose, uma mulher negra de pouco mais de trinta anos, portadora de hipertireoidismo por bócio multinodular com possível indicação cirúrgica, apresentou-se à primeira consulta muito mal cuidada e mal trajada. Imediatamente após sentar-se estendeu a mão com o encaminhamento feito por um médico de uma das enfermarias de clínica médica do hospital, no qual estava escrito apenas: “Solicito internação urgente”.

Falando baixo, de forma confusa e desordenada, misturando fatos, pessoas e sintomas, Rose disse que se tratava há muito tempo, mas só piorava, reclamou de morar longe e de ninguém resolver o seu problema. Em seguida, emendou com a doença de um filho, seguiu falando de tremedeiras, peso nas pernas e foi se virando até quase ficar de costas. Em dado momento da entrevista a psicóloga quase esbarrou na médica para continuar a ver o rosto de Rose

Ao ser questionada quanto às medicações que estaria usando, Rose, sem levantar o olhos, tirou da bolsa um monte de papéis amassados e os colocou sobre a mesa dizendo que não estava tomando todos porque o marido não os comprou. As terapeutas se entreolharam espantadas e, em seguida, a médica começou a desamassar os papéis e os mostrou para a psicóloga: eram receitas antigas, algumas com mais de dois anos, e novas, todas emboladas, algumas rasgadas e outras riscadas. Quando instada a dizer quais medicamentos estaria efetivamente usando, Rose exaltou-se, disse estar sendo enganada há mais de dois anos pelos médicos, que agora estão dizendo que ela tem que se operar e relatou a vez em que seu irmão quebrou um consultório quando ela foi mal atendida. Nesse momento a médica explica que para decidir se ela precisa ou

não ser operada ela precisará trazer os exames que já fez. Faz a solicitação explicando que é para ela entregar ao médico que a encaminhou e trazer os exames que já fez, marca uma nova consulta para dali a quinze dias e pede para a psicóloga continuar o atendimento da paciente em outra sala. Rose sai da sala reclamando de ter que voltar ao médico anterior.

Na outra sala de atendimento, mantendo a mesma posição quase de costas, Rose contou a perda do padrasto assassinado pela sua mãe. Disse que era a única pessoa que conversava com ela. Depois conseguiu explicar melhor como foi que o irmão invadiu o hospital para agredir o médico que a teria atendido mal. Antes de encerrar o atendimento, a psicóloga perguntou se era comum os médicos a atenderem mal e se ela achava que havia sido mal atendida hoje. Rose disse que não sabia por que ela teria que buscar os exames antigos e por que vai demorar quinze dias para ela voltar. A psicóloga repetiu as explicações anteriormente dadas por sua colega médica e reforçou a volta da paciente em quinze dias.

Ao chegarem à supervisão, as duas terapeutas enfatizaram o clima tenso desde o início da consulta, tiveram o mesmo sentimento de mal estar com a atitude da paciente (o mal cuidado com as receitas + a fala confusa + o girar do corpo e acabar quase de costas + o tom de violência e ameaça no ar) e as duas interpretaram o estranho encaminhamento médico como um sinal de que o colega da outra enfermaria quis se livrar da doente, pois não havia nada de urgente no caso e ainda não havia sido configurada a indicação para a cirurgia. Com a franqueza necessária para o enfrentamento dessa situação, disseram que estavam se sentindo mal com o atendimento, mas não conseguiam identificar a origem do sentimento.

No momento inicial, como supervisor, aventei a hipótese de que elas estavam reagindo negativamente à paciente porque esta apresentava um comportamento paradoxal: procurava tratamento médico, mas causava a impressão de querer brigar e não de se tratar, induzindo, com isso, uma reação de rejeição. Alertei-as para a possibilidade de ser um caso de síndrome de eutanásia.

Além do impacto emocional negativo nas terapeutas, a forte tensão dentro do campo assistencial indicava que, provavelmente, havia alguma informação ou motivação da paciente cujo acesso à consciência estava impedido. Era plausível supor que a intenção inconsciente da paciente seria induzir a rejeição dos médicos e que ela teria tido êxito com o médico anterior. Mas, com qual finalidade? Se continuasse a ter esse tipo de êxito a paciente passaria a correr risco de morte. Estaria a paciente desejando morrer? Estaria ela ciente disso? Caso estivesse ciente, seria capaz de fornecer essa informação à médica?

Cientes de que a adesão da paciente ao tratamento iria depender do sucesso em ajudá-la a enfrentar a crise existencial que seu adoecimento encobria e, ao mesmo tempo, possibilitava a "solução" através da própria morte, estabelecemos, como primeiro passo, que a paciente seria operada só depois de conseguir olhar suas terapeutas de frente e a família estivesse engajada no tratamento e na decisão da cirurgia.

Rose veio mais arrumada à segunda consulta e foi recebida com um elogio da médica à sua melhor aparência. Respondeu ao elogio dizendo que ficara com vontade de bater numa paciente que estava lá fora falando o tempo todo. Disse que ficou irritada a ponto de ter que se afastar dela para não agredi-la. Ao lhe ser indagado com estava, respondeu que na mesma, só que agora o marido estava desconfiado por ela estar se arrumando para ir à médica, mas ela estava tomando os remédios corretamente. Ao se inteirar melhor sobre a medicação que Rose estaria usando e em qual posologia, a médica constatou que a paciente estaria usando a medicação errada em dose inadequada. Rose apresentou a prescrição das medicações da mesma forma que na primeira consulta: um bolo de receitas amassadas. O exame físico revelou que, provavelmente, Rose não estava fazendo uso de nenhuma medicação. Instada a falar a verdade sobre esse assunto, Rose contou seu drama particular: as brigas e a péssima situação conjugal na qual vivia porque o marido queria voltar para a cidade natal dele e ela não concordava, principalmente porque teriam que se desfazer da casa própria deles e partirem para uma aventura não sendo mais jovens. Ao final da consulta Rose foi mais uma vez orientada quanto à medicação e aos exames antigos que ficou de trazer e os novos que precisaria realizar.

Melhor preparadas para lidar com a paciente, tanto a médica quanto a psicóloga não reagiram mal à indução de rejeição que Rose tentou fazer em dois momentos diferentes desta consulta. Primeiro, ao falar da vontade de agredir como resposta a um elogio; depois, ao dissimular seu descaso com os profissionais que a estavam tratando e sua disposição inconsciente de não seguir a orientação de sua médica ao dizer que estava seguindo corretamente as orientações, mas revelando que estava seguindo erradamente a prescrição de outro profissional.

Por outro lado, algo de positivo estava se passando com a paciente. Embora continuasse agressiva e na mesma posição quase de costas para as entrevistadoras, ela estava com uma aparência melhor e começou a expor a crise conjugal que estava vivendo. Estes dois últimos elementos eram indicativos de que a dupla de terapeutas conseguira dar um passo no estabelecimento do vínculo terapêutico ao abrirem espaço para Rose expressar suas angústias.

Mais quinze dias se passaram e Rose estava de volta. Cada vez mais cuidadosa com sua aparência, já não reagiu tão mal ao elogio de suas terapeutas, mas ainda não conseguia olhar diretamente para elas. Falando mais pausadamente não esperou ser questionada e disse que ainda não conseguira fazer os novos exames pela dificuldade de atendimento em sua cidade. Contou o quanto precisava brigar para fazer os exames e conseguir condução municipal para vir às consultas. Precisar da municipalidade lhe envergonhava e precisar brigar por isso a fazia sentir-se humilhada. Também não estava fazendo uso de nenhuma medicação porque o marido ainda não comprara "porque ele está muito desconfiado de mim". Rose foi estimulada a trazer o marido na próxima consulta.

O fato da tensão dentro do campo assistencial estar diminuindo era sinal de que o vínculo terapêutico fora estabelecido. Na medida em que as dificuldades objetivas para ela se tratar já tinham sido expostas, chegara o momento de entrar mais na questão subjetiva.

Rose chegou à quarta consulta bem arrumada, mas bastante agitada. Começou logo a falar contando que esteve na enfermaria anterior e que lhe foi pedido um novo exame, cuja solicitação entregou à médica. Percebendo a nova tentativa de indução de rejeição, a médica pegou o pedido de exame de modo firme e sério e disse: "Você veio encaminhada para se tratar comigo. Portanto, precisava fazer os exames que eu solicitei, mas você deve sentir-se à vontade para escolher onde e com quem você gostaria de se tratar. Você fez os exames que eu pedi?"

Esta atitude firme, mas não reativa da médica mudou o comportamento da paciente. Meio sem jeito, ela disse que não havia feito os exames e que também não estava usando a medicação porque seu marido ainda não havia comprado. Enquanto contava a difícil convivência conjugal Rose foi ficando cada vez mais emocionada e mostrou seu desespero ao dizer que seria melhor morrer a viver como estava vivendo.

Impactadas com o comportamento inicial da paciente, em tudo semelhante ao da consulta inicial, mas não mais se sentindo intimidadas, a dupla de terapeutas se dispôs a entrar nas dificuldades e no sofrimento da paciente. Com atitudes firmes, mas não reativas, conduziram o diálogo ajudando a paciente finalmente expor seu desespero, sua falta de esperança e seu desejo de morrer. Nossa experiência, confirmada neste caso, tem sido no sentido de que, uma vez consciente esse desejo perde força.

Rose faltou à consulta subsequente. Alguns dias depois da data agendada, ela apareceu no ambulatório acompanhada do irmão, o mesmo que teria quebrado uma enfermaria e agredido o médico. Rose e o irmão estavam bem vestidos e foram muito educados. Rose estava muito

tranquila e tentou várias vezes fazer o irmão tomar a frente do atendimento, porém este se posicionou ao lado da porta e em nenhum momento se antecipou à irmã respondendo diretamente à médica. De fato, parecia estar ali apenas para dar apoio à irmã e não para pressionar a médica. Rose entregou os exames que haviam sido solicitados organizados numa pasta e depois entregou os exames velhos dizendo que não precisava mais destes. Disse estar se sentindo melhor e mostrou uma foto dos filhos.

Após verificar todos os exames, a médica disse que Rose precisaria ser operada. Ela e o irmão concordaram com a indicação, a médica solicitou os exames pré-operatórios e os orientou quanto aos procedimentos para a internação com os resultados desses últimos exames.

Quinze dias depois Rose foi internada e teve um comportamento completamente diferente na enfermaria. Ajudava as outras pacientes e dizia que achava estranho o medo das pacientes em operar. Na enfermaria continuou a ser atendida por suas terapeutas, agora não mais ao mesmo tempo. O último encontro de Rose com sua psicóloga foi no dia seguinte de sua cirurgia.

O não comparecimento da paciente à consulta subsequente foi outro momento difícil para as terapeutas, mas antes mesmo que houvesse tempo para que elas telefonassem, R. retornou e, mais uma vez, surpreendeu porque nem a médica e nem mesmo a psicóloga haviam presenciado um processo de desanuviamento de uma crise existencial. A morte desaparecera dos pensamentos de R. a tal ponto que ela não apresentou os medos comuns ao momento pré-cirúrgico.

Como acontece em muitos atendimentos psicológicos a pacientes internados, a solução positiva da hospitalização e a aproximação da alta precipitaram alguns acontecimentos na vida de Rose. Depois da cirurgia ela e o marido conseguiram se entender quanto ao futuro da relação. Encontraram uma solução para o drama existencial que até o momento da internação era vivido como insolúvel. Tratava-se do fim de uma relação conjugal cujos cônjuges não conseguiam assumir a decisão que se impunha e estavam adoecendo mentalmente por isso.

Ao procurar o hospital, Rose não buscava tratamento, e sim sua eutanásia. Esta era a motivação, cujo acesso à consciência estava impedido, geradora do comportamento paradoxal da paciente e que poderia ter inviabilizado mais uma tentativa de tratamento da paciente. A principal tensão psicológica presente no campo assistencial era uma tensão de aniquilamento, do próprio aniquilamento.

F.2- Luiza

Luiza, mulher batalhadora, com pouco mais de trinta anos e trabalhando como empregada doméstica desde que chegou ao Rio, contou que sua vida foi sempre muito difícil. No entanto, dizia que, apesar dos pesares, estava melhor aqui do que quando morava em sua terra natal. Lá deixou sua família - mãe, pai e irmãos - para tentar a sorte na cidade grande. Aqui no Rio de Janeiro casou-se, adquiriu sua casa própria e, no momento, espera o nascimento de seu primeiro filho. Internou-se a pedido de seu obstetra depois de contar para ele que, recentemente, notara que sangrava quando penteava seus cabelos. Este a orientou a se operar imediatamente, antes do bebê nascer.

Pessoa amistosa e sorridente, ela estava mais preocupada com o nascimento do filho, que estava previsto para dali a três semanas, e com a futura condição de mãe do que com a cirurgia que estava prestes a se submeter.

Em treinamento há mais de dois anos naquela enfermaria, a psicóloga ficou surpresa ao encontrar Luiza, grávida de oito meses, internada para ser operada. Momento quase mágico da vida, gravidez não combina com doença, cirurgia e risco de morte. Mulher grávida não é para estar internada para ser operada quase no nono mês de gravidez, a não ser que haja um risco grave para a dupla mãe-bebê. Antes mesmo de conversar com a paciente, a psicóloga foi procurar saber a razão dessa internação. Soube, por um médico da equipe, que Luiza havia sido encaminhada por seu obstetra para a retirada cirúrgica de um possível cisto na cabeça, que sangrava quando ela penteava o cabelo. O obstetra suspeitara de malignidade e a encaminhara imediatamente para cirurgia por medo de que ela não quisesse se operar depois do parto. Na interconsulta (Luchina, 1977, 1979), a psicóloga foi alertada de que Luiza nada sabia sobre as suspeitas de seu obstetra e assim deveria permanecer para evitar qualquer tipo de estresse desnecessário que pudesse apressar o trabalho de parto.

Acostumada a trabalhar com esta equipe cirúrgica, sempre cuidadosa com os pacientes e cautelosa nas decisões, a psicóloga estranhou o alerta e a pressa da equipe. Na supervisão, aventamos a hipótese de uma contaminação irracional do campo assistencial: o obstetra, que acompanhou a paciente durante toda a gravidez, ao saber que ela apresentava um sangramento no couro cabeludo no oitavo mês da gestação procede ao exame físico, que aponta para a existência de uma formação de consistência cística. A suspeita de malignidade se impõe ao obstetra de tal forma que ele faz uma indicação cirúrgica em caráter de urgência, que a paciente aceita sem no mínimo estranhar e o mesmo acontece com a equipe. Todos ficaram

contaminados pela ideia de uma mãe com câncer deixando uma criança órfã ainda no início da vida. A ideia da morte, mesmo sem a menor evidência de que ela estaria rondando a dupla mãe-bebê, contaminou a todos a ponto de se sobrepor ao comportamento razoável de todos os envolvidos.

A psicóloga foi orientada a fazer uma nova interconsulta (Luchina, 1977, 1979) com a equipe cirúrgica no dia seguinte com o intuito de diminuir essa contaminação irracional do campo assistencial, mas ao chegar à enfermaria a paciente já tinha sido operada. Felizmente, tudo acabou bem. O diagnóstico histológico da peça cirúrgica foi de hemangioma, uma formação tumoral formada por vasos sanguíneos sem nenhuma malignidade e que poderia ser retirada em qualquer outro momento. A paciente saiu bem da cirurgia e deu à luz semanas depois.

Essa situação me lembrou uma história vivida por um colega, também médico, que procurou um cirurgião para operar-se de uma simples fissura anal. Na consulta de revisão após a cirurgia, muito bem sucedida por sinal, o cirurgião começou uma conversa sobre as possíveis relações entre fissura anal e certos tipos de câncer e fez algumas indagações a respeito da possível existência de casos de câncer na família do colega. Meu amigo ficou preocupado, pois é impossível não reagir dessa forma a esse tipo de indução, mas, por ter experiência nessas situações, não se deixou contaminar e pôde se despedir do cirurgião.

F.3- Ana

G. perdeu seu marido cedo, nos primeiros anos de um casamento feliz. Ela havia acabado de se formar em uma área voltada para a assistência à saúde, na qual desenvolveu sua carreira até que por volta dos quarenta anos resolveu estudar Psicologia. Com uma longa experiência assistencial e com alguns meses de treinamento, G. atendeu Ana, uma mulher de sessenta e cinco anos que se internou depois de ter sido preparada ambulatorialmente para uma cirurgia de tireoide bastante simples. Seguindo a rotina da enfermaria, Ana só foi internada dois dias antes da cirurgia, quando já estava clinicamente apta a ser operada. G. a conheceu poucas horas antes da cirurgia e teve apenas uma conversa com ela. A paciente faleceu inesperadamente na primeira noite do pós-operatório, após uma cirurgia sem nenhuma complicação. G. só conseguiu levar o atendimento para a supervisão algumas semanas depois.

A morte durante ou imediatamente após um procedimento cirúrgico é sempre um risco, mas ele era considerado como bastante remoto pela equipe neste caso. Afinal, a paciente havia sido

preparada ambulatorialmente para o procedimento, só foi internada quando os exames mostraram que estava clinicamente em boas condições para ser operada, a cirurgia não era nada complicada e transcorreu sem nenhuma intercorrência inesperada. G. também teve a impressão de que Ana estava psicologicamente preparada para a cirurgia, mas depois se lembrou que encerrou a conversa com uma sensação esquisita: saiu sentindo-se mexida, embora sem saber o porquê. Isso foi o inusitado da situação e G. ainda não sabia como aproveitar seus sentimentos contratransferenciais como instrumento para compreender o que estava se passando com sua paciente. Na supervisão, ela mesma reconheceu que foi por ter se sentido mal depois do atendimento e a paciente falecido que demorou a levar seu trabalho para a supervisão.

Na supervisão, G. contou que enquanto atendia outra paciente notou a presença de uma senhora que havia chegado à enfermaria na véspera e que seria operada naquela mesma manhã: "Ela era miúda, magrinha e passeava pela enfermaria sempre solícita às pessoas que lhe pediam ajuda. No entanto, tive a sensação de que ela era estranha àquele lugar, já que a maneira como ela ia de leito em leito não parecia uma paciente que também estava internada para se operar. Vez por outra ela se virava para me olhar quando eu estava junto ao leito da outra paciente. Sendo assim, logo que acabei, dirigi-me a ela".

G. relatou que ficou surpresa com o fato de Ana, inicialmente, tentar incluir a paciente do leito ao lado na conversa, pois a ela pareceu que o olhar de Ana seria um pedido para conversar. Depois, Ana começou a contar sua vida como alguém que narra uma história de vida de alguém e não alguém que fala da própria vida. Finalmente, G. ficou surpresa, sem saber como agir, quando Ana encerrou a conversa abruptamente.

A- Estou aqui porque vou me operar. Tem um caroço crescendo no meu pescoço que me incomoda muito. É um bócio e às vezes me sufoca. Quero fazer logo a operação para melhorar. Conforme o jeito que eu inclino a cabeça ele aperta aqui (indicou a região) e fico sem ar. No início eu dava um jeito, virava a cabeça e melhorava, o ar passava, mas com o tempo esse caroço cresceu e fui ficando desesperada. Agora que está maior, puxa, é horrível! Minha filha tem corrido comigo toda roxa para o hospital e já fiquei mais de uma vez no CTI. Há muitos anos também tenho problemas de coração e de pressão alta. Sabe, custei muito para conseguir essa vaga. Estou aqui com minha vizinha (apontando para o leito à sua direita). Ela mora ao lado da minha casa e conseguimos a vaga juntas. Não é Maria? (tentando incluir a vizinha na

conversa). Tem gente boa que ajuda a gente. Minha filha conseguiu com o doutor me trazer para cá. Posso me deitar?

G- Claro, Ana, fique da maneira que for mais confortável para você.

A- A vida é dura e já fiz de tudo para sobreviver. Sempre foi difícil conseguir as coisas. Eu nasci no interior, vivi no campo desde menina, trabalhava a terra, não estudei muita coisa, mas lá aprendi os valores da vida. O importante não é a gente ter muitas coisas, o que importa é como a gente é no coração. Tenho cinco filhas. Naquelas roças eu vi minhas meninas nascerem e acompanhei elas crescerem. Com o tempo, veio a escassez de trabalho e tivemos que nos mudar para uma cidade grande: eu, meu marido e minhas filhas. Meu marido era um homem bom...

G- Era um homem bom?

A- É. Nós sempre dividimos o trabalho para sustentar nossa família, lutamos muito. Ele era um homem bom, tinha lá seus defeitos, mas era bom, até que começou a beber. Sabe, ele não se acostumou na cidade grande, chorava dizendo que sentia saudade do campo. Ele começou a beber cada vez mais. O ritmo da vida então mudou e ele foi ficando agressivo. Nós tentamos viver lá por uns tempos, mas ele foi piorando e, como o dinheiro não dava, voltamos para cá. Vivi com ele até que ele morreu de doença no fígado. Eu acabei tendo que trabalhar por mim e por ele. A carga ficou muito maior, porque eu tinha que cuidar também da educação das nossas crianças. Durante muitos anos nos levantamos no meio da madrugada para levar legumes e vender na feira. Fiz de tudo. Costurei para fora, fiz muito vestido, não era roupa chique não, mas era roupa boa, durava. Tivemos uma venda, era só uma porta, mas ajudou a nos sustentar por um tempo.

(G. teve a impressão de que Ana, gradativamente, estava parando de dialogar, passando a falar consigo mesma e com a voz cada vez mais suave, ora com lágrimas e se entristecendo, ora com sorrisos).

A- Quando a situação econômica melhorou um pouco, começamos a construir uma casa para sair do aluguel. O lugar não era muito bom; gostaria de poder dar algo melhor para minhas filhas, com mais segurança, mas nós já tínhamos o terreno e o dinheiro não dava para fazer as duas coisas. Morávamos lá fazia uns anos, os vizinhos eram bons. O problema foi que construíram uma favela por perto e foi morar gente ruim. Eu e meu marido saíamos de madrugada para trabalhar, as meninas ficavam sozinhas. Minhas filhas sempre foram caseiras, não davam trabalho, não abriam a porta para ninguém; era da casa para o colégio, do colégio

para casa. Elas foram educadas com conselhos, limites e carinho. Eu sempre gosto de conversar com elas. Um dia, cheguei mais cedo em casa e logo que pisei no quintal senti que tinha alguma coisa diferente. Coração de mãe não se engana. Então, contornei a casa em silêncio, olhando pelo basculante das janelas. Na sala, vi o olhar da minha filha em pânico, fixo na direção do quarto. Um homem armado estava levando a outra filha para lá. Quando ela me viu fez sinal para eu fugir. Aí, eu entrei devagarzinho pelos fundos, peguei o revólver que ficava guardado na cozinha e avancei para ele gritando: "vai embora miserável!". Mas ele veio na minha direção tentando tirar a arma. Atraquei com ele, rolamos no chão e a arma disparou nele. Aquele miserável nunca ia tirar a arma de mim. Nessa hora, o outro ladrão miserável que estava de tocaia fora da casa entrou. O covarde deu um tiro na minha barriga, à queima-roupa, enquanto eu lutava. Ele pegou o cara ferido, arrastou para fora e o levou embora. Nem sei se ele morreu. Minhas filhas começaram a gritar pedindo ajuda, correram até a casa mais próxima, os vizinhos vieram correndo e me levaram para o hospital. Quando acordei, já estava internada no CTI fazia um mês. Fiquei em coma entre a vida e a morte. Depois de seis meses passei para a enfermaria. Só fui para casa um ano depois. Dias depois do que aconteceu, meu marido e minhas filhas se mudaram para muito longe, não contaram para ninguém o endereço e nunca mais voltamos lá. Ficou tudo para trás. Eu só soube da mudança quando tive alta da enfermaria. Antes de sair é que eles me contaram para onde nós íamos. Só agora é que eu e as minhas filhas estamos podendo comprar casa própria. É pela Caixa Econômica. Tenho duas filhas casadas. Elas vivem com seus maridos e seus filhos. Moro com as outras três solteiras, duas têm filhos. Uma das minhas filhas me preocupa porque ela é muito revoltada com tudo isso, mas agora está aceitando mais a vida. Eu amo minhas filhas, meus netos, meu bisneto. Desejo que eles sejam muito felizes, e tenham um bom coração. Nós conversamos muito, o amor é o mais importante, vale mais do que muito dinheiro. Ah!... Como eu amo meus netos. Gosto de todos. Tenho um neto de dois anos que mora comigo. Minha filha vai trabalhar e eu cuido dele... Sinto muita saudade... Doutora, eu estou me sentindo cansada, e meio tonta por causa da labirintite, gostaria de poder ficar um pouco calada, eu não quero que a labirintite piore, não quero perder a oportunidade de operar.

G- Está bem Ana, fique descansando até a cirurgia.

A- (Tira os óculos, se ajeita de uma maneira que parecia ser mais confortável e fecha os olhos.)

G. voltou à enfermaria à tarde e Ana já havia retornado do centro cirúrgico, mas ainda estava sob o efeito da anestesia. A cirurgia havia transcorrido bem. Quando chegou à enfermaria na manhã do dia seguinte soube que Ana sofreu um infarto e faleceu ao anoitecer.

Nem sempre um olhar é um pedido de aproximação. Às vezes é justamente o contrário, uma apreensão quanto à possível aproximação do outro. O comportamento de Ana era de evitação e ela evitou o diálogo, inicialmente pela triangulação da conversa, depois, transformando o diálogo em monólogo para uma plateia de uma pessoa só, a psicóloga. G. ainda não tinha a experiência necessária para perceber isso. Certas falas eram reveladoras da disposição da paciente em relação ao tratamento e à vida em geral. Por exemplo, a paciente falava que queria fazer "logo" a operação "para melhorar", mas vinha doente há vários anos sem se tratar adequadamente a tal ponto que chegou a passar por situações desnecessárias de risco de morte (as internações no CTI), e "resolveu" se operar quando já estava com problemas de pressão arterial (os exames pré-operatórios não revelaram nenhum problema cardíaco). Outro exemplo é a fala "não quero perder a oportunidade de me operar", que nos faz pensar que oportunidade não poderia ser perdida, já que "oportunidade" não é a melhor definição para uma cirurgia.

G. também não pôde perceber o tom geral da fala da paciente, indubitavelmente de despedida, do tipo "já tive tudo de bom e de ruim nessa vida: já criei minhas filhas, inclusive quase morri por elas, já casei, já perdi meu marido e já vi meus netos, agora já posso ir embora". Assim, Ana não era uma doente que estava internada numa enfermaria para ser operada. Estava usando uma equipe médica para se despedir da vida. Um caso de síndrome de eutanásia exitosa.

Depois que pôde se dar conta do tom da fala de sua paciente, G. disse que ela mesma não sabia o que dizer quando percebia alguém querendo se despedir da vida, sem perceber o quanto ainda sentia-se triste pela perda do marido em sua juventude. Às vezes, o tom e o clima no qual a entrevista se dá são tão importantes quanto o conteúdo do diálogo e percebê-los pode fazer toda a diferença, mas para ser capaz disso, o terapeuta não pode ter nenhuma pendência pessoal.

F.4- Ester

Ester, uma mulher de quarenta e oito anos, foi internada para fazer uma tireoidectomia parcial, a retirada parcial da glândula tireoide, procedimento usual no tratamento cirúrgico do bócio multinodular atóxico. Ela percebeu o aumento do diâmetro do pescoço depois da morte da mãe, e atribuía isso ao fato dela ter chorado e se desesperado muito com essa perda.

Ester vivia atormentada pela ideia de ter matado a própria mãe e, depois de tantos exemplos não preciso mais falar do risco de se operar uma paciente com um problema existencial dessa ordem, pois já vimos que problemas existenciais desse tipo costumam levar seus portadores a flertarem com uma solução final. Infelizmente, não há nenhuma possibilidade de se resolver um problema psicológico dessa monta em um pré-operatório imediato, mas pode-se intervir psicologicamente de modo a diminuir o estresse pré e per-cirúrgico e, assim, contribuir para se evitar que o processo terapêutico tenha um fim trágico.

Ester estava andando pela enfermaria quando a psicóloga a viu pela primeira vez. Quando se cumprimentaram, Ester disse, em tom de blague, que chegara a hora dela se confessar e a psicóloga, aceitando a "brincadeira", perguntou-lhe por onde ela queria começar. Caminhando em direção ao seu leito, e mudando o tom, Ester afirmou: "Eu matei a minha mãe". Sem conseguir disfarçar o impacto, a psicóloga se deu conta que este seria mais um pré-operatório no qual o adoecimento ocorreu no bojo de uma profunda crise existencial e ela teria pouco tempo para elucidar o sentimento de culpa e diminuir a tensão presente no campo assistencial. Por isso, iniciou a história da pessoa exatamente pelo tema aberto pela paciente, isto é, pedindo que Ester explicasse por que afirmara isso,

E- Minha mãe teve derrame e era eu quem cuidava dela. Ela morava comigo. Na verdade ela teve três derrames... E eu vivo com isso até hoje. As pessoas falam que não foi minha culpa, mas eu não acredito... Minha mãe teve o primeiro derrame oito anos atrás. Ela ficou internada no hospital por um mês, depois recebeu alta e veio para casa. Ela tinha setenta anos de idade. Fez fisioterapia e ficou boazinha, nem parecia que tinha passado por aquilo tudo. Dois anos depois, ela teve outro derrame. Desse, ela ficou apenas com um pequeno probleminha na fala: falava um pouquinho enrolado. Ela estava tão bem que às vezes nem dava para notar que ela tinha passado por aquilo. Um dia, eu estava em casa e recebi um telefonema da minha irmã a respeito do meu irmão. Ele tinha tido uma briga feia com a esposa: ela tinha um amante e ele ia pegar o cara, só que o cara era barra pesada. Eu fiquei nervosa, estava falando alto com a minha irmã e nem me preocupei com o fato de que minha mãe estava do meu lado. Quando desliguei, comecei a falar com minha mãe e notei que ela estava tremendo, tinha um braço tremendo e não falava. Corri com ela para o hospital. O médico disse que ela estava tendo um derrame. Ela foi internada, mas não adiantou: entrou em coma e dias depois morreu. No enterro, eu gritava e pedia perdão, mas não sei... Minha família disse que eu não podia ter adivinhado. Eu acho que eu tinha que ter pensado nisso. Ela estava bem. No primeiro derrame,

ela não ficou com nada; no segundo, só a fala ficou um pouquinho enrolada; no terceiro, ela morreu feito um passarinho. Eu vivo assim, culpada desde então.

Ester não havia matado a sua própria mãe, mas ela não estava totalmente equivocada em relacionar o acidente vascular da mãe à escuta da conversa telefônica. Sabendo que não adiantaria tentar convencê-la de que, embora houvesse uma possível relação entre estes dois eventos, isso não seria o suficiente para ela se sentir a assassina da própria mãe, a psicóloga seguiu abrindo espaço de interlocução dentro do tema trazido pela paciente e pediu para Ester falar como era a mãe dela.

E- Ah, ela era minha gracinha. Eu a amava. Gostava de tê-la em casa. Sinto muito sua falta.

P- Sempre foi assim?

E- Ah, não. Antes não era assim. Minha mãe era muito sexuada; entende?

P- Não, não entendi.

E- Quando meu pai morreu, ela não ficou sem homem. Ela teve muitos homens depois do meu pai; por isso ela era sexuada. Um de seus homens tentou mexer comigo. Eu era moça feita e fui morar com minha irmã por causa disso. Ela só voltou a se preocupar conosco depois de velha.

P- Como assim?

E- Quando éramos pequenos, ela nos deixava em casa sozinhos à noite para sair, para namorar. Às vezes não voltava sozinha. Eu fingia que estava dormindo e via que ela não vinha só. Ela se fechava no seu quarto e muito mais tarde o homem ia embora.

P- Isso te aborrecia?

E- Não sei. Não gostava quando ela saía e dava mais atenção aos seus namorados do que a nós.

P- Sentia ciúmes?

E- Não, tinha medo de ficar sozinha, pensava que ela não ia mais voltar. Ficava esperando ela voltar e ela não voltava sozinha (silêncio).

P- Por que você foi morar com sua irmã?

E- Porque o namorado dela mexeu comigo. Ele disse que estava com minha mãe, mas era eu que ele queria. Eu fiquei horrorizada e fui morar com minha irmã até me casar. Nunca falei isso para ela, mas ela também nunca perguntou por que fui morar com minha irmã. Meu casamento foi horrível, eu não gosto de sexo, não sinto nada, sou muito diferente da minha mãe. Minha vida com ele era ruim, ele ficava me cobrando sexo, chegou a um ponto que não deu mais: ele foi embora e eu fiquei trabalhando e cuidando do meu filho. Hoje, meu filho é um homem feito, graças a Deus. Tive muita dificuldade para educá-lo: trabalhava na escola e vinha correndo para casa. Quando ele cresceu, tive muitos problemas com ele por causa de más companhias. Depois do meu marido, nunca mais arranjei homem; não queria ter que fazer sexo com ninguém. Acho que fiquei traumatizada porque minha mãe era sexuada.

P- Como assim?

E- Ela não vivia sem sexo e teve muitos homens. As coisas só ficaram boas quando ela veio morar comigo.

P- É?

E- Ela já estava bem velhinha. Morava sozinha e cuidava de suas coisinhas. Sua casa era bem arrumadinha e todas as suas coisas ficavam em seus lugares. Foi uma vizinha que chamou quando ela passou mal. E depois do primeiro derrame, eu quis que ela viesse morar comigo.

P- E sua vida ficou perfeita.

E- É...

P- E aí você pensou que nunca mais você se separaria dela, que ela nunca fosse morrer?

E- Ela estava muito bem. Ela se recuperou e ficou perfeita, sem nada depois do primeiro derrame. Quando ela teve o segundo, eu estava em casa e a levei rápido para o hospital. Ela ainda fazia fisioterapia e só ficou com a fala enrolada. Parecia que não tinha tido nada.

P- Ela estava tão bem que você pensou que ela fosse viver para sempre?

E- Você não entendeu! Eu queria que ela viesse falar comigo. Depois de sua morte, eu nunca mais sonhei com ela. Não sei se ela está bem. Queria sonhar, pelo menos sonhar, e que nesse sonho ela me dissesse que está bem e me perdoa. Quando eu penso nela, eu sinto que ela está com raiva de mim! Parece até que eu escuto sua fala, como quando ela brigava comigo.

P- Como era essa fala.

E- Ela falava de modo ríspido e gritava. Eu queria muito sonhar com ela.

P- Como você não tem notícias dela, você pensa que ela está com raiva de você.

E- Mas eu podia pelo menos sonhar com ela! Ela podia falar comigo no sonho, dizer que está bem e que me perdoa.

P- O problema é que você se condenou, está fechada em sua própria condenação.

A resposta para a intrigante situação de não ser a assassina da própria mãe, mas assim se sentir estava na ambivalência de sentimentos da paciente para com a mãe. Ester sentia-se absolutamente carente de cuidados maternos e nutria um ressentimento assassino inconsciente pela mãe, pois culpava a mãe pelas próprias dificuldades psicológicas.

Como a vida é imprevisível e nossas carências e conflitos estão sempre procurando meios para serem resolvidos, a doença da mãe deu à Ester a chance de estabelecer, de uma maneira ilusória, a relação que nunca teve com a mãe. Perder essa situação, mesmo que ilusória, era voltar ao vazio gelado da carência ressentida: melhor morrer. Seu desejo de morrer era, portanto, sobredeterminado: castigo pela culpa e incapacidade mental de administrar a carência.

Na supervisão, a psicóloga foi orientada a fazer uma interconsulta (Luchina, 1977, 1979) com o cirurgião no sentido de adiar a cirurgia por alguns dias para que fosse possível diminuir a tensão de autoaniquilamento presente no campo assistencial. Para isso, era preciso reforçar um pouco mais o vínculo que a psicóloga estava estabelecendo com a paciente e dar a ela a esperança de que o sofrimento dela poderia ser resolvido em um acompanhamento psicológico a ser iniciado logo após a cirurgia.

Assim foi feito e elas tiveram mais dois encontros, nos quais ficou evidente que a tensão de autoaniquilamento decorrente do desejo inconsciente de morrer estava relacionada com sentimentos inconscientes de fracasso como mulher (por não gostar de sexo) e como mãe (o filho envolveu-se com drogas na adolescência e desde então eles quase não se falam), ambos encobertos pelo sentimento consciente de culpa.

Elas voltaram a se encontrar no primeiro dia do pós-operatório.

P- Como você está?

E- Não sei do que você está falando.

P- Como assim?

E- A anestesia apagou a minha mente.

P- Quer dizer que a anestesia não fez o serviço direito?

E- Eu vou vir lhe procurar quando eu ficar boa (levanta-se e vai para seu leito).

P- Tá bom. Vou ficar te esperando (com a impressão de que ela está aborrecida por estar viva, vai atrás dela). Ester o que houve?

E- Eu tive falta de ar depois da cirurgia. Não aguentei não poder respirar. Fui colocada no balão de oxigênio e eu não consegui dormir a noite toda. Ficava acordando e olhava para o teto.

P- Do que teve medo?

E- Não sei. Não quero mais conversar. Eu vou vir falar com você.

Ao começar a falar sobre a força dos desejos inconscientes, Freud usou a seguinte epígrafe, retirada da obra máxima de Virgílio (70-19 AC) "A Eneida": *Flectere si nequeo superos, Acheronta movebo*.[9] As forças infernais quase tiveram êxito e, surpreendentemente para a própria paciente, ela não quis morrer. A psicóloga havia conseguido seu objetivo, mas pagou o preço que os psicólogos e psicanalistas às vezes pagam: o preço de desviar a raiva da paciente. A raiva estava agora dirigida para a terapeuta e Ester não procurou a psicóloga depois da alta.

F.5- Sandra

Sandra, mulher bonita e batalhadora, ficou viúva muito cedo e criou os dois filhos com dificuldades. Vaidosa, trabalhava como instrutora de ginástica e, há alguns anos, vivia maritalmente com José. Ela estava com cinquenta e dois anos quando foi internada em uma enfermaria cirúrgica com o diagnóstico inicial de grave mastite bilateral. Poucos dias depois ela foi transferida para o CTI para diminuir o risco de infecção hospitalar, dada a gravidade das lesões. Foi por esta razão que o membro da equipe de Psicologia Médica associada à enfermaria cirúrgica foi atendê-la no CTI, dando continuidade ao atendimento já iniciado na enfermaria.

[9] "Se não posso usar as forças superiores, moverei as do inferno" (Freud, S. [1900] A Interpretação dos Sonhos, vol. IV).

No primeiro contato com a equipe do CTI, antes mesmo de ver a paciente, a psicóloga soube por uma médica que a equipe estava encontrando dificuldades em lidar com a paciente "porque ela está se sentindo muito culpada e envergonhada pelo que ela fez com ela mesma".

Já com alguma experiência em interconsulta (Luchina, 1977, 1979), a psicóloga perguntou à médica o que ela achava que Sandra tinha feito com ela mesma e obteve como resposta uma frase seca: "Ela botou silicone industrial nos seios!". Sem entender o uso daquele adjetivo e surpreendida com o tom da resposta, a psicóloga foi ver a paciente e só então entendeu o jeito da médica falar. O quadro de Sandra era realmente chocante e havia chocado a médica.

Ao se aproximar do leito da paciente, a psicóloga viu uma mulher ainda bonita, mas muito abatida, com duas enormes lesões no tórax, na região dos seios. Sandra apresentava uma extensa área de necrose decorrente da aplicação de silicone líquido industrial nos seios. Nesta primeira fase do tratamento, enquanto a equipe do CTI lutava para debelar a grave infecção, a equipe cirúrgica estava limpando as extensas lesões. Em seguida seriam feitos enxertos de pele e, numa etapa mais distante no tempo, a possibilidade de cirurgia reparadora pela equipe de cirurgia plástica dependeria do sucesso na colocação de enxertos de pele.

A reação de Sandra à aproximação da psicóloga revelou o estado de espírito em que ela se encontrava: Sandra foi logo perguntando quem era e o que a psicóloga queria com ela. Sandra estava na defensiva, acuada, portanto havia algum tipo de ameaça sobre ela. Já nesta primeira conversa ficou evidente que Sandra não estava conseguindo confiar em ninguém. Ela olhava insistentemente para a porta do CTI enquanto conversava com a psicóloga. Disse que toda manhã ela ficava aflita esperando a equipe cirúrgica chegar porque tinha medo de que eles simplesmente desistissem dela. Para ela, os médicos não acreditavam na sua recuperação, mas não podiam ser francos para que ela não se desesperasse. Sandra estava ameaçada pela própria morte.

Chorando muito e olhando sempre para a porta, Sandra contou que colocou silicone nos seios sem o marido e os filhos saberem. Justificando-se, disse que queria fazer isso há muito tempo porque a única coisa de que nunca gostou nela eram os seios pequenos, estava com pouco mais de cinquenta anos e queria fazer uma surpresa para o marido, mas tinha medo de que eles se opusessem à sua vontade. Uma amiga a apresentou a uma pessoa que se disse enfermeiro, mostrou um diploma de um curso que teria feito em São Paulo para aprender a técnica de colocar silicone e depois desapareceu. Sandra demorou a procurar ajuda médica

porque, nos primeiros dias, ficou esperando o marido notar. Depois, quando a reação de rejeição começou,

Eu fiquei com medo que meu marido e meus filhos descobrissem. Eu fui atropelada uns meses atrás, então menti para eles dizendo que estava com problemas nos seios em consequência do atropelamento. Meu filho mais novo está chocado com essa situação e diz que, se eu tivesse contado, jamais teria permitido que eu fizesse o que fiz.

A psicóloga encerrou o atendimento preocupada. Sandra estava muito envergonhada, culpada e prevendo a própria morte, sentimentos que não são bons ingredientes para a recuperação da saúde, mas ainda não entendia o porquê deles. Afinal, vivendo em um tempo no qual a beleza da juventude se tornou um bem de valor, Sandra era apenas uma mulher bonita e vaidosa querendo manter a beleza através de procedimentos comuns hoje em dia (ginástica e silicone). Por que uma mulher se sentiria culpada por isso? Por que precisou fazer escondido do marido? E por que Sandra ficou tanto tempo sem procurar ajuda, deixando as lesões chegarem ao ponto de acabar com os seios? Onde estava a raiva de ter sido enganada de uma maneira tão vil? Eram perguntas que a psicóloga queria nos fazer na supervisão após este primeiro atendimento.

Para se entender por que Sandra sentia-se envergonhada, culpada e merecedora de castigo (a própria morte) por ter sido enganada por uma pessoa inescrupulosa, é preciso entrar nos meandros psicológicos da pessoa que se envolve em um conto do vigário.[10] Por isso, comecei a supervisão convidando a psicóloga a pensar nas vezes em que ela mesma já fora enganada e se sentiu envergonhada por isso. E, mais importante, em quais circunstâncias ela fora enganada?

As formas de beleza feminina, que têm variado ao longo do tempo e constituem valores estéticos de pregnância também variável, na atualidade se concentram naquelas relacionadas com a juventude. O uso da indumentária jovem e a preocupação com a modelagem do corpo para mantê-lo com a aparência jovem estão nos corações e mentes de um expressivo conjunto de mulheres ocidentais, responsável pela incrível expansão da indústria cosmética e estética.

Sandra, pessoa de origem humilde e bombardeada pela propaganda desta indústria, muitas vezes com informações parciais e tendenciosas, divulgadas nos veículos de comunicação de

[10] Expressão de origem portuguesa utilizada para designar qualquer golpe ou ardil para se tirar dinheiro de alguém, no qual o vigarista se utiliza de uma história com certa verossimilhança.

massa por profissionais cientes do papel de formadores de opinião, a todo instante ouvia e via mulheres que ela admirava (geralmente apenas por estarem na mídia)[11] sendo utilizadas para a propagação de valores de consumo fácil. A propaganda enganosa é quase irresistível quando o produto oferecido também serve para anseios de reparos psicológicos. Sandra, mulher bonita e vaidosa, que aos cinquenta e dois anos estava lutando para manter as derradeiras formas de sua mocidade, encontra alguém de confiança (apresentado por uma amiga) e hábil em oferecer algo de muito valor para ela a um preço acessível.

Não tivemos tempo para saber se com Sandra a busca pela manutenção da juventude estava a serviço de uma reparação narcísica (perda da beleza da mocidade), de uma reparação conjugal (seu casamento podia não estar muito bem e ela imaginava que ficando mais desejável as coisas melhorariam com seu marido) ou uma mistura de ambos ou uma outra configuração qualquer. Sabemos apenas que Sandra não resistiu à tentação e abriu-se uma lacuna específica em sua capacidade crítica[12] para que ela pudesse se entregar à ilusão de obter algo muito desejado de maneira fácil e a preços módicos. Mas, a vida lhe foi ingrata. Era pobre e só tinha dinheiro suficiente para ser mal enganada. Sobrevieram a desilusão e a vergonha, mas não a raiva. Esta foi projetada no marido. A vergonha era tanta e o desejo de ser castigada tão forte que ultrapassaram o desejo de viver, pois escondendo as lesões colocou a vida em risco.

Deu entrada no hospital imersa na trama psicológica parcialmente consciente de querer viver e ao mesmo tempo achar que não vale mais a pena viver, e que deveria ser castigada pelo que lhe estava acontecendo,[13] Sandra estava aflita, excessivamente aflita, para que os médicos fizessem logo os procedimentos necessários para curar suas feridas. A todo instante pedia ansiosamente a presença dos cirurgiões no CTI e nunca mostrava nenhuma indisposição com os procedimentos, por mais dolorosos ou incômodos que fossem.

Em poucos dias, a vergonha e urgência inicial desapareceram. Sandra já não estava mais ansiosa e sim "calma". Também não tinha mais apetite e a enfermagem notara que estava se alimentando mal. Passou as duas últimas entrevistas com a psicóloga se lembrando dos bons tempos do casamento e da infância dos filhos. Nitidamente estava se despedindo da vida. Dias depois, fez a cirurgia para a colocação dos primeiros enxertos e passou o dia bem. De madrugada teve uma súbita parada cardíaca que foi revertida. Ao chegar pela manhã, a

[11] A frase de Andy Warhol de que esta é uma fama de quinze minutos denuncia a efemeridade desse tipo de valor para a pessoa que o está buscando, mas não aborda o inegável efeito gerador de opinião.
[12] Este processo, em linguagem freudiana, seria descrito como uma clivagem – divisão – em seu ego.
[13] Contribuindo de forma inegável para essa desilusão existencial havia também a dor decorrente do fato de seu filho ter-lhe revelado poucos meses antes que iria morar com um travesti.

psicóloga encontrou Sandra no respirador, em coma e com um médico da equipe cirúrgica desolado ao seu lado. Durante aquela manhã Sandra teve mais três paradas cardíacas e depois faleceu.

F.6- Marta

Em um tranquilo dia outonal, a psicóloga foi chamada por uma enfermeira logo ao chegar. Havia uma paciente que estava muito triste desde a antevéspera, quando fora internada. Na véspera, ela havia chorado muito durante a visita do marido e, mais tarde, ao assistir um filme na TV, que, infelizmente, a enfermeira não soube dizer qual era. Naquele dia, a paciente acordara acabrunhada. Ao dirigir o olhar para a paciente em seu leito, a psicóloga a reconheceu imediatamente. Marta, aos vinte e sete, casada há dois anos, acabara de passar pelo primeiro parto. Ela estava tentando engravidar já há algum tempo e havia dado à luz uma menina saudável num parto cesáreo sem nenhuma complicação há uma semana. Vendo a cara de interrogação da psicóloga, a enfermeira disse que a paciente precisou se reinternar devido ao surgimento de abscessos na ferida cirúrgica, tendo deixado a filhinha em casa.

Ao aproximar-se, a psicóloga encontrou uma mulher muito triste, sentada com as pernas para fora da cama e alternando o olhar entre o bebê da paciente do lado e a janela acima do seu leito. Na supervisão, a psicóloga contou que ao perguntar por que ela estava novamente internada, Marta começou a chorar. Soluçando, contou que teve que deixar a filhinha em casa sendo cuidada pela avó e voltar para o hospital por causa dos abscessos na ferida operatória. Infeliz, completou:

Sabe, doutora, estava tudo indo muito bem. Fiz a consulta de revisão, nada de anormal foi encontrado, mas três dias depois comecei a sentir dores na cicatriz e vi manchinhas de sangue na calcinha. Estou aqui já há dois dias".

Marta esperava sair naquele mesmo dia, mas ao fazer o curativo e constatar a presença de secreção na ferida cirúrgica, sua médica não pôde dar-lhe alta.

A psicóloga ficou surpresa com o fato de Marta estar completamente diferente de quando a conheceu na internação para o parto. Ela, agora, estava aflita, inquieta, reclamando de tudo: do hospital, da equipe, da comida... Nem mesmo a visita diária do marido para pegar o leite que ela

tirava com uma bombinha conseguia tranquilizá-la. Para Marta, o ambiente do hospital se tornara tão horrível que estava com medo de que seu leite fizesse mal à filha; ansiosa, dizia querer ir embora a toda hora; sentia-se suja e temia levar algum germe que contaminasse sua filhinha. Ela própria notava seu estado emocional e comentou que estava descontrolada, sem conseguir pensar direito em nada, só chorava. Desculpava-se por estar chata, lamentava o tempo todo o que estava passando e repetia não desejar isso a ninguém. Parecendo sentir-se profundamente injustiçada, dizia não entender por que isso estava acontecendo com ela: "Tem tanta gente má nesse mundo, por que estou passando por tudo isso, meu Jesus?!".

A equipe também não estava entendendo muito bem o que estava acontecendo com Marta. Não entendiam principalmente por que ela não queria a presença da filha. Para todos era óbvio que tal fato não só iria facilitar a permanência dela na enfermaria, pois atenuaria os efeitos da separação em ambas. Antes que começasse a haver uma pressão para fazer Marta aceitar a vinda da filha, o que inevitavelmente iria aumentar a tensão presente no campo assistencial, com resultados imprevisíveis, a psicóloga foi orientada a fazer uma interconsulta (Luchina, 1977, 1979) com a médica assistente a fim de esclarecer o drama psicológico de Marta. Com isso haveria tempo para se trabalhar a situação com a paciente, que considerava a vinda da filha ao hospital muito perigosa por dois motivos: um, compreensível e razoável; outro, irracional. O primeiro dizia respeito ao fato do hospital ser um ambiente contaminado por germes e coisas do gênero; o segundo estava relacionado com o fato da paciente sentir-se suja podendo, ela própria, contaminar sua filha. Este último é que impedia a paciente de se tranquilizar com as explicações racionais da equipe em relação ao primeiro motivo, fato que estava levando alguns membros da equipe a começarem a questionar a sanidade mental da paciente.

A experiência tem mostrado que quando a emoção domina a razão as explicações objetivas e racionais não surtem efeito; ao contrário, costumam aumentar a tensão dentro do campo assistencial, pois os pacientes passam a desconfiar de que estão sendo enrolados. Nessas horas, os sentimentos se transformam em bússolas. E Marta sentia-se vítima de uma injustiça. Depois de nove meses de espera, sonhos, ansiedades, preocupações e tudo o mais que envolve esperar e se preparar para ser mãe pela primeira vez, Marta via tudo ameaçado por algo que dizia respeito a ela (ao seu corpo), mas que ela não tivera participação ativa. Pelo contrário, fizera tudo certinho, como os médicos mandaram. Quando fazemos tudo como deve ser feito e mesmo assim as coisas não acontecem como esperávamos, somos tomados por uma mistura de sentimentos que podem nos desorganizar. Às vezes, a tristeza vem acompanhada pela raiva, com as correspondentes fantasias agressivas que geram, por sua vez, culpa e fantasias

expiatórias, base do medo de que aconteça algo de ruim com a própria pessoa ou com alguém que a pessoa ama. Marta, muito provavelmente, estava afastando sua filha de si mesma sem se dar conta disso e movida pelo medo de que a raiva inconsciente contaminasse a relação entre as duas.

Mas, por que a raiva de Marta ameaçava a própria filhinha? No parto, a psicóloga que a atendeu naquele momento não notara nenhum sinal de fantasias agressivas inconscientes. Marta, ao ser novamente internada, em meio a dores e secreções purulentas, complicações da cirurgia a que havia se submetido, estava, como todos os pacientes internados, com medo de morrer. Se, por um lado, Marta sabia que seu problema atual nada tinha a ver com sua filhinha, por outro lado, sabia também que não estaria passando por nada daquilo se não tivesse ficado grávida. Havia, portanto, um elemento de agressividade inconscientemente dirigido para a filha e, provavelmente, era esse elemento que estava perturbando a relação dela com o bebê. Marta defendia-se tornando a ameaça externa, isto é, projetando sua raiva em aspectos realmente ameaçadores e presentes em todos os hospitais (germes, doenças e morte).

Ao entender que era a raiva reprimida da paciente para com sua filha que estava sendo projetada na instituição e na equipe da enfermaria, a psicóloga foi orientada a fortalecer o vínculo com a paciente e criar um espaço de segurança para a elaboração do conflito inconsciente subjacente, assim como fazer interconsultas (Luchina, 1977, 1979) com a equipe assistencial. Só assim seriam evitados os dois grandes riscos presentes nesse caso: a separação forçada entre mãe e filha, com efeitos imprevisíveis na relação das duas, e a rejeição da paciente pela equipe como reação inconsciente à raiva projetada, com inevitáveis efeitos iatrogênicos.

G- Os Limites Assistenciais:

O desejo de ajudar, a vontade de aplicar os conhecimentos adquiridos com tanto esforço, a curiosidade quanto às novidades teóricas, técnicas e tecnológicas e a necessidade de manter-se atualizado são motivações básicas de todo profissional. Municiados com elas vamos ao encontro de cada paciente em sua realidade existencial. É desse encontro que surge uma das mais importantes tensões assistenciais: o dilema entre o que se deve e o que se pode fazer com cada doente.

Em nosso país esse dilema tem sido exacerbado pela conjugação de uma política de desmantelamento da saúde pública com a comercialização da assistência médica. Pacientes morrem e profissionais adoecem por causa disso.

G.1- Alessandra

Alessandra, uma moça de 25 anos, penúltima de cinco filhos, perdeu o irmão caçula há alguns anos em um acidente de moto. Filha de pai alcoólatra, que maltratava a mãe e com quem não fala desde a adolescência, está em seu segundo casamento e não tem filhos. Ela havia iniciado um tratamento ambulatorial há dois meses devido a dores lombares e edema generalizado quando, repentinamente, entrou em coma, foi internada de urgência e depois transferida para o nosso hospital onde uma hepatite autoimune já avançada e de mau prognóstico foi diagnosticada.

Logo depois de chegar à enfermaria, Alessandra começou a apresentar comportamento prepotente e agressivo, não só com as outras pacientes da enfermaria como também, e principalmente, com o marido quando este vinha visitá-la, gerando uma forte tensão na equipe assistencial.

Seguindo sua própria rotina, a psicóloga havia deixado para conversar com a nova paciente depois de atender as que já vinha acompanhando. Alessandra, de forma impertinente, interrompeu por diversas vezes esses atendimentos puxando conversa com a paciente que estava sendo atendida. Quando não interrompia, ficava rondando o local do atendimento como se não estivesse aguentando esperar para ser atendida, a ponto de uma destas pacientes comentar: "A Alessandra é toda cheia de vontades, fica o dia inteiro no celular ligando para a mãe trazer coisas. Ela pede e exige que seja na hora que ela quer".

Ao dirigir-se à Alessandra, a psicóloga se apresentou e disse que havia notado que ela estava querendo muito conversar. Alessandra apenas sorriu, não fez nenhum comentário e adotou um tom *blasé*. Falou com uma certa indiferença sobre a morte do irmão, sobre o sofrimento contínuo da mãe em relação a esta perda, sobre as brigas com o pai motivadas pelos ciúmes dele quando ela começou a namorar e sobre seus casamentos, marcados por ciúmes: no primeiro, era o marido que tinha crises de ciúme, nas quais a agredia fisicamente; no segundo, é ela que tem crises de ciúmes, nas quais agride fisicamente o marido. Foi da mesma forma que falou sobre o casamento dos pais, marcados pelo alcoolismo do pai e pelo afastamento da mãe. Assim também contou que, em pequena, era a filha querida do pai e que o acompanhava em tudo, já

que a mãe não o fazia. Finalmente, foi também desta maneira que falou sobre o sobrinho, filho do irmão mais velho, que é criado pelos avós desde o nascimento como filho deles e irmão do pai biológico, que também vive na mesma casa.

Ao voltar à enfermaria na segunda-feira seguinte, a psicóloga foi informada que Alessandra havia fugido do hospital no fim de semana, mas já havia ligado pedindo para retornar, o que foi aceito pela equipe com dificuldade.

Curioso o comportamento da Alessandra: mal conseguia esperar sua vez, mas ao ser chamada para conversar adotou uma atitude *blasé*, como se nada a afetasse, como se não houvera nenhuma consequência psicológica do tratamento ineficaz a que fora submetida, assim como ainda não tinha, e parecia não querer ter, consciência de sua doença. Parecia mais interessada em manipular as pessoas do que interagir com elas. Vivia tão enredada em suas fantasias que chegou a evadir-se da enfermaria "para chegar de surpresa em casa para ver se o meu marido estava fazendo alguma coisa errada". Além disso, vivia em uma família constituída por um pai alcoólatra e violento, que ainda não tinha aceitado perder sua filha para outro homem, por uma mãe deprimida, que ainda não havia concluído o luto da perda de um dos filhos e provavelmente estava desenvolvendo um quadro clínico de luto patológico, e um irmão, que não assumira sua paternidade propiciando a criação de seu filho com base em uma mentira. A própria Alessandra também mostrou dificuldade na elaboração do luto pela perda de seu irmão e, ao tentar construir sua família, também engendrou um ambiente de manipulação, com mentiras e violência.

Era evidente que Alessandra apresentava falhas importantes no seu desenvolvimento psicológico para as quais desenvolveu defesas caracterológicas de difícil transformação, além de conflitos que impediam a elaboração de seus dramas pessoais. Psicodinamicamente podemos dizer que o ego da Alessandra havia se desenvolvido tão pouco que não lhe era possível estabelecer uma relação verdadeira, tomar consciência de seus problemas e sequer administrar os próprios sentimentos. Esses eram vividos de maneira tão reificada e urgente que acabavam se sobrepondo até à própria sobrevivência. Em nenhum momento ela falou do seu adoecimento, da sua doença e de suas preocupações quanto ao seu futuro. Segundo a psicóloga, Alessandra falava como se estivesse contando coisas banais e triviais da vida de outra pessoa.

Além de estar com uma doença grave e de prognóstico reservado, e apresentar as características psicológicas descritas acima, Alessandra fazia parte de um grupo familiar onde a violência e a mentira eram ingredientes já institucionalizados. A possibilidade desse tipo de

grupo tomar consciência da gravidade da situação de um de seus componentes e ajudar na tarefa terapêutica é mínima. Nesses casos, a equipe deve se preparar para a possibilidade do grupo (ou de alguns de seus membros) reagir mal à tarefa terapêutica. Boicotes, mentiras e acusações devem ser esperados.

Todos que trabalham em hospitais sabem como é difícil para uma equipe de saúde conduzir um tratamento nessas condições: paciente sem consciência da doença e com familiares sem condições de atuar como auxiliares terapêuticos. É muito comum a equipe desistir e se afastar após algumas tentativas fracassadas de aproximação. Para complicar ainda mais o campo terapêutico, esses pacientes são geralmente pessoas muito dependentes e infantis. Esperam sempre a compreensão absoluta dos outros e quando ela não lhes é dada sentem-se injustiçados, rejeitados e mal atendidos. Esse campo psicodinâmico favorece o desenvolvimento de reações irracionais, tanto na equipe quanto no paciente e nos familiares, as quais, geralmente, acabam em recusa ou abandono do tratamento, alta precoce, alta administrativa ou alguma outra ação desse tipo. Várias interconsultas (Luchina, 1977, 1979) foram necessárias para se evitar um destes destinos assinalados acima.

Diante desse quadro sombrio, pouco há a fazer e menos ainda se pode esperar. Em situações como esta, o objetivo psicoterápico deve se restringir a diminuir as tensões emergentes no campo assistencial (no paciente, em seus familiares e na equipe de saúde) para que o tratamento médico não se torne inviável. A maior dificuldade reside na necessidade de se limitar o *animus* e, principalmente, o *furor curandi* da equipe de saúde. Os profissionais de saúde costumam sair das faculdades imbuídos da tarefa de curar seus pacientes, que, para alguns, assume características de uma missão apostólica (Balint, 1988). Quando frustrados, esse desejo salvacionista se transforma facilmente em rejeição.

Durante os primeiros dois meses de tratamento, Alessandra vivia criando problemas na enfermaria e quase recebeu alta administrativa por ter brigado com outra paciente numa crise de ciúmes. Quando saía de alta, não seguia o tratamento e era internada novamente em estado muito pior e, como previsto, a equipe médica não conseguia a cooperação da família para que Alessandra seguisse o tratamento. Enquanto a equipe falava que a sobrevivência de Alessandra dependia de um transplante de fígado, ela e sua família tentavam continuar a vida como se nada estivesse acontecendo. Prestes a ser encaminhada a um hospital para exames com essa finalidade, Alessandra teve o seguinte diálogo com a psicóloga.

A- Acho que os médicos estão escondendo algo sobre a minha saúde.

P- Por que você pensa assim?

A- Ontem peguei escondido o prontuário da paciente do leito 2 e vi que ela está com câncer e os médicos não lhe disseram nada.

Apesar do esforço da equipe de saúde, inclusive para conseguir um hospital para Alessandra fazer o transplante hepático, seu último recurso terapêutico, ela continuava sentindo-se enganada e mal atendida, exatamente como estava ao ser internada pela primeira vez, mostrando claramente seus próprios limites e o limite assistencial.

Teria sido possível ampliar a consciência de doença nesse grupo familiar? Dever-se-ia insistir mais nesse sentido com a Alessandra para se conseguir uma maior adesão ao tratamento? O processo de ampliação da consciência exige um ego minimamente capaz de lidar com o aumento da tensão psicológica inerente a este tipo de trabalho mental, o que ela definitivamente não apresentava. Se tivesse sido tentado, o aumento da tensão psicológica poderia ser catastrófico tanto física quanto mentalmente para a paciente, com repercussões imprevisíveis no grupo familiar.

G.2- Walter

Motivada pelo comentário de um médico a respeito da irritação que determinado paciente ficou ao saber que uma auxiliar de enfermagem pegara, por engano, um lençol dele e usara-o no leito do paciente ao lado, que estava muito mal, o membro da equipe de Psicologia Médica associado à enfermaria foi atender o paciente. Mas, antes foi conversar com o médico que o acompanhava. Pelo médico-assistente a psicóloga soube que o paciente tinha 39 anos e se internara há alguns dias devido a fortes dores nas pernas, as quais ainda perduravam e procediam de uma hérnia de disco entre L5 e S1. Além disso, o teste anti-HIV teve resultado positivo, o qual fora comunicado ao paciente.

Walter estava realmente bastante irritado. Reclamou de quase tudo e principalmente de dores nas pernas, que estavam piorando e não melhorando como esperava ao ser internado.

Eu fui a vários médicos, mas nenhum deles deu jeito. Teve um neurologista que queria me operar. Eu tomava cortisona por conta própria até que, conversando com uma pessoa, ela me encaminhou para cá. Se não fosse ela, não sei o que seria... Se minha mãe estivesse viva, era ela que estaria tomando conta de mim.

Ainda nessa primeira conversa, Walter contou que era cabeleireiro, não nascera no Rio de Janeiro, mas vivia aqui há 18 anos. Com um misto de orgulho e frustração, disse que chegou até a iniciar um curso superior. Tinha apenas uma irmã mais nova, que ainda vivia em sua cidade natal e era casada. Seus pais separaram-se quando tinha cinco anos, por causa do alcoolismo do pai. Nesse encontro, ele pouco falou do pai e, quando o fez, foi para expressar ressentimento. Há muitos anos sem ter contato com ele, disse que se afastou completamente por conta das brigas que sempre aconteciam quando se encontravam, e porque continuava bebendo. Por outro lado, a irritação de Walter desaparecia quando falava da mãe. Contou que ela casou muito nova, com treze anos, e que ele nasceu quando ela tinha quinze anos.

Adorava sair com ela. Quando eu namorava uma menina, eu a levava junto. Se ela não fosse, eu não ia. Só que ela não gostava de nenhuma, achava todas safadas. Só gostou de uma, que eu namorei muito tempo e gosto até hoje. Sempre fiz questão de comprar bons vestidos para ela andar bonita ao meu lado. Eu a admirava tanto que até tinha medo de ter Complexo de Édipo! Ela sofreu muito com o meu pai. Ele sempre tinha uma desculpa para continuar bebendo. Ela cansou e o largou quando eu tinha cinco anos. Mas, casou logo depois... Meu padrasto era legal para ela. Eles ficaram juntos até ela morrer do coração. Ela só tinha trinta e oito anos e nunca tinha ido a médico, sempre foi saudável.

Walter contou ainda que esta perda o deixou completamente desequilibrado. Acabou internado numa clínica psiquiátrica ao ser pego tentando desenterrá-la. Foi após a alta desse tratamento que veio para o Rio de Janeiro e nunca mais voltou à sua cidade natal.

Nesse momento da conversa, Walter não estava mais irritado. Abatido, contou que teve apenas um relacionamento amoroso com uma moça, que durou seis anos e acabou porque ele estava se relacionando também com um cara. Após um breve silêncio, disse:

Agora não adianta mais nada. É tarde demais... Nunca me cuidei. Eu sempre sonhei que minha mãe e meu padrasto estavam construindo uma casa para eles morarem juntos lá no céu. Acho que encontrei a forma de ir para perto deles mais rápido. O doutor me disse essa semana que estou com AIDS. Conversou muito comigo antes de eu fazer o exame, mas eu já estava desconfiado que daria positivo porque meu ex-parceiro era muito sacana. Eu perdi muitos amigos com essa doença, não existia tratamento como hoje em dia. Eu tinha um amigo que sempre mandava que eu fizesse o teste, mas na hora me faltava coragem... Acho que meu ex-parceiro tem AIDS porque uns cinco anos atrás um doutor pediu o teste para ele. Ele fez, mas não abriu o envelope. Disse para mim que era muito covarde, não queria saber... Eu já havia tido uns parceiros antes dele, mas com certeza foi dele que eu peguei. Sempre fui fiel... Tive tanto medo de fazer o exame... Acabei vindo para cá por outros motivos e olha só o que aconteceu.

No segundo atendimento, a psicóloga observou que a irritação do paciente com o cotidiano da enfermaria havia diminuído. Bastou o estabelecimento de um vínculo para que o processo de elaboração entrasse em movimento. O tema dessa segunda conversa foi a futura visita do atual companheiro do paciente e o medo de contar seu diagnóstico.

No terceiro atendimento, a psicóloga foi recebida assim:

P- Oi, como você está passando?

W- Estou melhor, mas não tem jeito mesmo...

P- Como assim?

W- É, eu atravessei a rua errado e fiz muita gente infeliz por só pensar em sexo. Se eu tivesse casado com aquela ex-namorada nada disso teria acontecido. Vida de homossexual é só ilusão, é só fantasia.

A irritação cedera lugar à revisão culposa da vida. Num clima de desistência com uma pitada de revolta, Walter contou que sua iniciação homossexual aconteceu quando namorava a única moça que sua mãe gostara. Por coincidência, era a cunhada de sua irmã, na época recém-casada. A moça era cinco anos mais velha que ele e namoraram quase seis anos.

Tudo acabou por causa de um deslize. Uma noite eu fui a uma boate dançar e acabei saindo com um cara só de brincadeira. Depois ele começou a me perseguir e a me ameaçar de contar tudo se eu terminasse com ele. Ele acabou conhecendo e ficando amigo da minha namorada e aí, um dia, contou tudo para ela. Ela acabou comigo e três meses depois se casou com outro cara. Quando minha irmã soube que eu era homossexual me afastou da filha dela, que era minha afilhada. Aí eu arranjei uma namorada para poder voltar a ver minha afilhada.

Só no final da consulta é que a psicóloga foi entender a frase inicial de Walter "eu atravessei a rua errado". Para expressar sua opinião sobre a própria homossexualidade, Walter se utilizou de uma metáfora bastante interessante, que fala de alguém que não sabe que direção tomar. Psicologicamente, Walter havia parado naquela etapa do desenvolvimento em que a sexualidade ainda não está definida, sua identidade de gênero ainda não havia se consolidado. Preso na sedução materna e no conflito com a figura paterna, Walter não conseguiu estabelecer seu caminho para a identidade masculina plena. O *quantum* de responsabilidade que poderia ser atribuído à conjugação entre as dificuldades do pai de Walter com a função paterna (Tenenbaum, 2014) e às dificuldades da mãe com a função materna, mantendo o filho como se próprio falo (Lacan, 1998, 1999) fica como uma questão aberta.

No atendimento seguinte, Walter estava cansado e desanimado. Ainda não havia conseguido contar qual era a sua doença para seu companheiro: "parece um pesadelo que não tem fim". Mas, ao se aproximar do leito para o quinto atendimento, a psicóloga notou que ele estava mais animado.

Ontem ele (o companheiro) veio e eu contei tudo. Depois chamei o doutor para orientá-lo a fazer o exame. Ele disse que era muito covarde, que não sabia se ia conseguir fazer. Ele ficou arrasado, começou a chorar. Eu achava que ele era mais forte do que eu, mas foi o contrário. Eu não disse que precisaria falar com ele aos poucos? Agora ele sabe que eu estou com AIDS. Nossa, que palavra forte, né?

O processo de aceitação da própria doença havia se completado, Walter pôde contar para o seu companheiro, saiu de alta consciente de sua doença, com sua relação afetiva revitalizada e

com uma forte adesão ao tratamento. Tudo o que se poderia almejar para que Walter tivesse um prognóstico melhor do que quando se internou. O trabalho da Psicologia Médica havia sido feito diminuindo-se a tensão da internação e trabalhando-se apenas as tensões emergentes em cada atendimento, evitando-se o tema maior da vida do paciente.

Caso a psicóloga não tivesse agido assim, provavelmente, o processo de elaboração e aceitação do diagnóstico teria se complicado pelo recrudescimento dos conflitos inconscientes do paciente com as respectivas imagos parentais subjacentes à fragilidade da sua identidade de gênero. As consequências para o tratamento do paciente e do namorado seriam imprevisíveis.

G.3- Sonia

Vez por outra milagres acontecem e temos uma segunda chance. Assim foi com Sonia, uma adolescente recém-internada.

P- Oi, meu nome é F., sou psicóloga. Como você está?

S- Eu pensei que estava grávida, mas junto com o feto tinha mola.[14]

P- E como você veio saber disso?

S- Eu estava em casa quando comecei a perder sangue e a sentir muita dor. Quando cheguei aqui no hospital fizeram uma ultrassonografia e então disseram que eu estava com mola. O médico me explicou o que era e fizeram uma aspiração. Internei na sexta-feira e tive alta na segunda-feira. Tive que voltar no mesmo dia porque a dor voltou e tive uma hemorragia muito grande. Fizeram alguns exames e, enquanto eu esperava o resultado, eu fui ao banheiro e senti que alguma coisa saía de mim. Coloquei a mão e vi um feto completo, com olhos, nariz, boca... Pensei que estivesse vivo porque ele esticou as perninhas. Saí pelo corredor e entreguei a uma médica que levou para uma sala. Perdi muito sangue e fizeram outra aspiração.[15] *Eu estava muito fraca, parecia que eu ia desmaiar. Então tive um sonho estranho.*

P- Um sonho?

S- É, sonhei que o diabo me puxava.

[14] Mola hidatiforme ou neoplasia trofoblástica gestacional, doença que se caracteriza pelo crescimento de um tumor maligno a partir de um óvulo fecundado.

[15] A ultrassonografia não detectara que era uma gravidez gemelar, na qual a mola atingiu apenas um dos fetos. O segundo feto permaneceu no útero, mas inviabilizado pela primeira aspiração foi espontaneamente abortado. F. soube disso dias depois, após a alta de Sonia.

P- Como foi esse sonho?

S- Eu estava numa loja, não era o hospital, quando entrou um menino. Tinha cara de homem, mas corpo de menino. Parecia um monstro. Usava uns óculos com uma lente muito grossa. O corpo era todo torto, seu rosto era horrível! Ele me puxava dizendo que ia me levar e que eu era dele, pertencia a ele. De repente, entrou uma mulher que parecia com minha mãe, mas não era ela. Apertou meu pescoço para trás e eu levei um grande susto. Todos ao meu redor olharam para mim e aí eu gritei bem forte e acordei.

P- Quando eu cheguei sua mãe estava com você.

S- O meu médico deu permissão para ela ficar comigo.

P- Você mora com ela?

S- Quando meus pais se separaram fui morar com minha avó paterna. Minha mãe não tinha dinheiro para me sustentar e meu pai foi morar longe. Gosto muito dele. Minha avó me dava tudo, era boa para mim. Ela era muito doente e eu cuidava dela. Quando ela ia para a igreja, eu tinha que ir junto porque ela precisava colocar um remédio debaixo da língua. Eu já morava com minha mãe quando minha avó morreu.

P- Quantos anos você tinha?

S- Catorze anos; foi no ano passado. A família da minha mãe não gosta de mim, dizem que eu faço tudo errado.

P- Quem diz que você faz tudo errado?

S- Minha bisavó. Ela é muito velha, não entende nada e acha que eu sempre estou fazendo as coisas erradas. A família da minha mãe é muito grande, todos moram no mesmo terreno. Dizem que sou indolente e não acreditam em mim quando falo a verdade.

P- Como assim?

S- Porque quando não tenho nada para fazer vou me deitar. Até hoje só tive uma amiga, que é minha prima. Sou diferente das outras meninas da minha idade. Não gosto de sair, ir à festa, dançar. Não acreditam em mim porque sempre falo quem está errado nas brigas da família.

(Sonia olha para a porta, talvez tentando saber onde estaria sua mãe. Depois vira-se de volta para a psicóloga e continua a falar. Nesse momento, a terapeuta nota que o tom da fala da paciente é sempre o mesmo, os olhos e os gestos não expressavam nenhum tipo de emoção, como se fosse a espectadora de sua própria vida.)

S- Minha mãe é boa para mim, mas não tem condições de sustentar a gente. Mora com a minha irmã do meio, a preferida da família porque tem a mesma cor deles. Ela também é preta, é divertida e agrada todo mundo. Minha irmã mais nova mora com a ex-patroa da minha mãe. Hoje eu moro com o pai do meu filho. Fui apresentada a ele pelo irmão da minha mãe. Engravidei pela primeira vez e fui morar com a família dele. No início não queria ir. Meu pai não gostava dele, dizia que ele não me dava valor. Sabe, doutora, eles são bons para mim, fazem tudo para me agradar, me tratam como minha avó me tratava. Eles me dão valor... Agora meu pai gosta dele.

A entrevista é interrompida pela entrada do médico-assistente que, após cumprimentar a ambas, pede para Sonia ir à sua sala para ser examinada depois desse atendimento. Em seguida, Sonia voltou a falar.

S- A primeira gravidez eu perdi quando estava com três meses. Dessa vez eu já tinha todo o enxoval comprado pela minha sogra. O pai do meu filho tem medo que eu não possa engravidar mais.

P- E você, o que acha?

S- O médico me explicou. Primeiro devo fazer o tratamento, então, mais tarde, posso engravidar.

A entrevista é novamente interrompida e encerrada, agora pela mãe de Sonia comunicando que o médico a aguardava. Mais tarde, ao voltar à enfermaria, a psicóloga encontrou Sonia já arrumada para ir embora. Ela havia recebido alta.

Sonia, aos 15 anos, filha branca de um casamento inter-racial desfeito violentamente, vivendo na casa dos pais de seu namorado, cursando ainda o primeiro grau, estigmatizada (Goffman, 1975) em sua própria família, recebe a notícia de que sua gravidez se transformou em um tumor. Submetida a um aborto terapêutico, passa por uma segunda experiência de aborto, agora espontâneo, e tem um sonho.

Freud nos ensinou a importância dos sonhos para a compreensão da vida mental. A partir deles concebeu sua teoria sobre o funcionamento mental e os utilizou para entender a linguagem do inconsciente. Como todo legado cultural, o de Freud também influenciou e foi influenciado

pela cultura num processo sem fim de retroalimentação. Na interação com a cultura, o legado de Freud sobre os sonhos ficou condensado a uma frase: “todo sonho é a realização de um desejo”, como se a evolução tivesse construído a mente baseada apenas na criação e realização de desejos. É muito mais do que isso. A mente é o melhor instrumento biológico criado pela evolução para a adaptação de uma espécie. É verdade que ela não tem sido usada só para isso, mas esse é um outro e enorme problema. Graças à mente, o ser humano pode desenvolver respostas e não apenas reações ao ambiente. Mas, para esse fim, o sistema operacional da mente, o ego, precisa ser desenvolvido. E é justamente ao apontar o que ainda não está bem resolvido que os sonhos são importantes. Além de apresentarem os desejos inconscientes do sonhador como realizados, os sonhos revelam conflitos, anseios, pessoais e sociais, e também experiências existenciais ainda não devidamente elaboradas. Esse sonho de Sonia estava nessa última categoria. Ela estava pensando sonhalmente suas experiências mais recentes e fez um sonho no qual condensou experiências que, se não forem elaboradas, se tornarão traumatismos psicológicos. Como verdadeiros ícones, cada ponto do sonho refere-se a um tema da vida dela que carecia de elaboração. Vamos ver como é isso.

Os fatos:

Ao sonhar, Sonia estava em um hospital acompanhada pela mãe. Havia sido operada (aborto terapêutico) por um médico de estatura baixa, de compleição franzina e que usava óculos de grossas lentes para miopia. No pós-operatório sofreu um aborto espontâneo no qual viu um feto morrer.

As circunstâncias nas quais os fatos se deram:

Sonia, uma moça de 15 anos que cresceu entre violência e discriminação, sem pai nem mãe, embora biológica e socialmente os tivesse, vivendo em um ambiente no qual a inexistência da adolescência, etapa psicológica dedicada à consolidação da identidade, faz com que a menina passe direto da infância (puberdade) para a etapa adulta da vida (sexo, maternidade e trabalho), encontra uma pessoa que a faz sentir-se alguém. Tratada com carinho e atenção, sente-se valorizada, sente-se alguém. Engravida e, pela primeira vez, sua existência adquire um sentido: criar um filho, ser mãe. Mas, aborta. Engravida novamente e o pior acontece: passa muito mal e um médico lhe diz que o que tem na barriga não é um bebê e sim um tumor que precisa ser tirado e assim faz, puxando-o através de um instrumento cirúrgico. Após a cirurgia, ela presencia a morte de seu feto.

O sonho:

Eu estava numa loja, não era o hospital, quando entrou um menino. Tinha cara de homem, mas corpo de menino. Parecia um monstro. Usava uns óculos com uma lente muito grossa, tinha o corpo todo torto, seu rosto era horrível! Ele me puxava dizendo que ia me levar e que eu era dele, pertencia a ele. De repente, entrou uma mulher que parecia com minha mãe, mas não era ela. Apertou meu pescoço para trás e eu levei um grande susto. Todos ao meu redor olharam para mim e aí eu gritei bem forte e acordei.

Através da linguagem imagética dos sonhos, Sonia nos diz que está numa loja e não em um hospital. Assim, nos avisa que a experiência atual está sendo vivida regressivamente (loja é o lugar onde as crianças olham objetos de desejos que são dados pelos adultos, geralmente os pais). Prestes a ganhar seu bebê-presente, vivência que para ela conjuga a realização biológica com um desejo infantil e com o anseio por um papel social, o processo é interrompido pelo diabo (um médico não faria isso, só uma figura maligna). Portanto, Sonia está vivendo esse acidente biológico como um sinal de que ela é uma pessoa má, do diabo, diabólica. Como toda criança, Sonia chama pela mãe na hora de grande aflição, mas a realidade existencial dela se impõe: nunca teve isso da mãe. Pelo contrário, como a relação das duas sempre esteve contaminada pela disputa edípica, a mãe estaria mais propícia a matá-la. A realidade (traumática) de que não conta com a ajuda das pessoas cuja função é cuidar se impõe e ela acorda em meio a um grito de socorro.

Infelizmente não houve tempo para que se pudesse começar a trabalhar esse material para ajudar Sonia a elaborar melhor a experiência que tinha acabado de passar. Além disso, a psicóloga não tinha a formação psicanalítica necessária para utilizar os sonhos como instrumentos de compreensão psicodinâmica e, a partir dele, estabelecer uma estratégia terapêutica. Ela também ainda não se sentia segura para procurar o médico de Sonia e dizer-lhe que a paciente não deveria ter alta sem elaborar, minimamente que fosse, a experiência que havia acabado de passar. Foi uma alta psicologicamente precoce.

Mas, a sorte quis que a psicóloga reencontrasse Sonia, que estava aguardando uma consulta de revisão com seu namorado. Toda sorridente, Sonia cumprimentou a psicóloga com dois beijinhos e explicou que estava vindo toda semana para dar continuidade ao tratamento. Convidada pela psicóloga, ambas se dirigiram para uma sala de atendimento e tiveram o seguinte diálogo, no qual podemos ver a psicóloga retomar a criação de um espaço de segurança para a paciente elaborar a experiência que acabou de viver e os temas a ela relacionados.

P- Como vai?

S- Estou bem. Estou fazendo o acompanhamento clínico toda semana. Minha dosagem hormonal diminuiu bastante, mas ainda precisa diminuir mais. K. (o namorado-marido) é muito bonzinho, não é igual aos outros.

P- Como assim?

S- Sabe, doutora, ele é assim... diferente. Não se incomoda de fazer tudo certinho.

P- Explique melhor.

S- Por exemplo: eu tenho que vir aqui e ele me acompanha sem reclamar. Se fosse outro, diria que é bobagem, que eu não precisava fazer tudo isso. Ele sabe que eu preciso me tratar, ele se preocupa comigo. Tem medo que eu volte a me internar. Foi horrível o que eu passei. As dores que eu senti, o sangramento... Pior foi na hora que eu fui ao banheiro e saiu no meu absorvente um feto inteiro. Estava vivo! Quando eu peguei, ele se esticou. Entreguei a uma médica no corredor e ela colocou num vidro. Eu estava sangrando muito.

P- Você tem medo que isso possa acontecer novamente?

S- É, mas eu estou fazendo tudo o que os médicos mandam. Eu preciso continuar a tomar o remédio, mas por falta de dinheiro, parei de tomar por uma semana.

P- Que remédio é esse?

S- Combiron[16]*. Meu pai, da última vez que foi me visitar, ficou de comprar para mim. Na verdade, ele não quer nem saber. Nas poucas vezes em que estamos juntos, ele fica falando coisas que não entendo. Minha mãe que é boa para mim, me ajuda muito e não fala nada.*

P- Que coisas são essas que ele fala para você?

S- Ele diz que eu sou muito nova e que não podia levar essa vida. Mas, ele não tem esse direito! Não me dá nada, nada mesmo. O remédio que ele ficou de comprar para mim, até hoje estou esperando.

P- Você está decepcionada com seu pai?

S- É. Ele mudou muito. Antes, quando minha avó era viva, ele demonstrava que gostava de mim. Eu morei um tempo com ele quando meus pais se separaram. Ajudava nas tarefas de casa. Nós saíamos, era bom. Agora, ele está casado com outra mulher. Ela é mulher de bandido. Tem

[16] Composição de sulfato ferroso com vitamina C e complexo B, empregado no tratamento de anemias.

cinco filhos e cada um é de um pai. Quando meus pais viviam juntos, ele batia na minha mãe. Ela saía de casa e depois voltava até que se separaram definitivamente. Acho que batia por ciúme. Eu adorava morar com minha avó, ela era muito boa para mim, me dava tudo que eu precisava. Ela foi morar com meu tio quando ficou muito doente, e eu fui morar com minha mãe. Sabe, doutora, meu pai não entende nada.

P- Não entende o que?

S- Que não sou mais criança. Eu cresci, tenho minha vida. Antes da minha avó morrer eu a visitava toda semana. Ela se preocupava muito comigo. Não sabia que eu tinha me perdido. Ela perguntava se eu estava fazendo tudo certo, se eu saía, se estava estudando... Quando me fazia essas perguntas, eu mentia. Dizia que estava fazendo tudo certo para ela não se preocupar. Ela sabia que eu não gostava de sair e foi por isso que eu parei de estudar. Tenho medo de sair de casa. Toda vez que meu marido me chama para sair com ele, fico muito nervosa, quero logo voltar para casa.

P- De que você tem medo?

S- Lá onde moro é muito perigoso. Um dia, eu estava sentada numa praça esperando umas meninas quando, de repente, dois homens começaram a discutir. Eu queria sair correndo, mas não conseguia. Eu sou assim, quero correr, mas não consigo. É como se minhas pernas estivessem amarradas. Fiquei muito assustada quando um dos homens atirou no outro e ele morreu. Não conseguia nem me levantar. Não me lembro quem me puxou e me levou para dentro de uma loja. Depois que me acalmei, fui para casa. Sonhei com isso três noites seguidas. Acordava assustada, achando que poderia acontecer com minhas irmãs alguma coisa. Olhava para ver se as duas estavam ali.

P- Com qual das suas irmãs você acha que poderia acontecer algo semelhante?

S- Com minha irmã que tem 11 anos e que já tem autorização para sair de casa. Ela já é mulher, já fica menstruada e por isso minha mãe deu permissão para sair de casa, encontrar as amigas, ir a festas. Eu e meu marido estamos querendo ter um filho depois que eu ficar boa. Meu marido diz que não queria que eu tivesse um filho aqui nesse hospital. Falo para ele que estão me tratando bem aqui; todos me conhecem e estou querendo ter meu filho aqui. É bom conversar com alguém. Certas coisas eu só posso falar com o K. Vir aqui conversar com a senhora é muito bom.

A psicóloga encerrou o encontro após combinar a continuidade do acompanhamento psicológico nos dias em que Sonia viesse à consulta médica. Refeita do impacto, ajudada pelo acaso e pela supervisão, a psicóloga deu continuidade ao atendimento de Sonia, agora no ambulatório.

Conhecer pessoas como Sonia e seu namorado me faz acreditar em milagre. É um verdadeiro milagre alguém se humanizar em ambientes onde a patologia dos vínculos e a patologia social predominam, propiciando os mais variados tipos de desumanização. É também um verdadeiro milagre o quanto essas pessoas se desenvolvem com a pequena ajuda que recebem.

H- Homenagens

Encerrando a apresentação dos casos clínicos nos quais foram evidenciadas as principais tensões presentes na assistência, peço licença para prestar a minha homenagem às equipes assistenciais que trabalham nos hospitais públicos, cujas agruras nos mostra que o nosso trabalho não é simples e nem inócuo. Estas situações ocorreram muito antes desta pesquisa, as duas primeiras são exemplos de tensões diante das limitações assistenciais impostas pelo sistema de saúde e a última mostra um tipo de adoecimento profissional decorrente da identificação dos profissionais com seus pacientes.

H.1- Crônica de uma morte anunciada

Indignado. Foi assim que fiquei ao ter que atestar um óbito tantas vezes anunciado. Por que tantas vezes anunciado? Porque internar pessoas em síndrome de abstinência em emergências psiquiátricas, é prenunciar uma morte. Todos os bons livros de Medicina ensinam que pacientes nestas condições necessitam de acompanhamento clínico constante, exames laboratoriais frequentes para monitorização do reequilíbrio hidroeletrolítico que precisa ser feito e material de recuperação cardiorrespiratória para possíveis urgências. Portanto, devem ser internadas em unidades preparadas para ministrarem cuidado intensivo. Mas, aqui no Rio de Janeiro, sou levado a pensar que essas pessoas são descartáveis. São apenas alcoólatras crônicos ou drogados, pessoas sem força de vontade, que perderam a quase tudo, principalmente a

dignidade, perderam a luta da vida vivendo à margem da sociedade, frequentemente poliqueixosos, querelantes e agitados (mesmo quando torporosos).

Eu sei que existem outras indignidades numa emergência psiquiátrica pública. O abandono do doente ao efeito da medicação, a ausência de programas de tratamento que comecem na própria emergência, por vezes a ausência até de roupas de cama, enfermagem mal preparada, médicos mal remunerados etc. etc. etc. Na miséria é sempre difícil eleger prioridades, mas o alcoolismo está relacionado com as maiores taxas de óbito nos hospitais e emergências psiquiátricas. Vários colegas plantonistas já passaram por isso.

Assim, logo no início do meu plantão fui obrigado a atestar o óbito de um homem de 49 anos que, por algum motivo por mim desconhecido, fazia uso regular e abusivo de bebidas alcoólicas e que fora internado (não pela primeira vez) há dois dias naquela emergência. Morreu sem ter sido submetido a nenhum exame clínico e laboratorial, pelo menos que constasse em seu prontuário (o hospital não contava nem com clínico e nem com laboratório de plantão), fundamentais para o reequilíbrio eletrolítico do paciente. Estava sendo submetido a uma tentativa de reidratação e reequilíbrio hidroeletrolítico "pela média". Desta vez Deus não o ajudou e cobrou aos médicos essa morte há muito anunciada.

H.2- Criando monstros[17]

Como tudo hoje em dia, o trabalho hospitalar está intimamente conectado ao progresso científico-tecnológico, o que tem salvado muitas vidas e levado a algumas reflexões. A equipe de saúde vive situações nas quais nem sempre fica claro se o avanço científico-tecnológico é um bem em si mesmo. Esse avanço, às vezes, me faz pensar em alguns slogans que se adequariam muito bem a certas situações do trabalho hospitalar. "Trabalhe num hospital, crie monstros e sofra" seria um deles. É um absurdo, não é? Mas, é a pura verdade. Essa é uma das muitas histórias, todas dramáticas, que me trazem nas supervisões.

Um treinando trouxe a informação de que a equipe do CTI não sabia o que fazer com um determinado doente, cuja história era a seguinte: ao subir em uma escada para pegar um objeto em cima do armário, ele caiu e fez uma fratura da coluna cervical perdendo todos os movimentos voluntários do pescoço para baixo. Graças à rapidez do socorro e ao empenho da equipe, junto com a moderna aparelhagem de ressuscitação e de controle respiratório, a vida

[17] Escrita no 6º mês de internação do paciente no CTI. O paciente veio a falecer no 10º mês de internação.

dele foi salva. Conseguiu chegar ao hospital com vida, estava no CTI, lúcido, mas não podia ser retirado do respirador e comunicava-se através da fala peculiar aos traqueostomizados.

Como é que a Psicologia Médica entrou na história, e ainda por cima para atender alguém nesse estado? O paciente estava internado já há alguns meses e com seu funcionamento orgânico estabilizado, mas a única possibilidade de sair do CTI, e continuar vivo, era ser transferido para um lugar onde pudesse continuar com a respiração monitorizada e com assistência especializada (de enfermagem, fisioterápica e médica). Como era de família pobre, só poderia ter acesso a tudo isso se internado em algum hospital ou clínica especializada, já que a família não tinha a menor condição financeira para fazer isso em casa. Acontece que essas clínicas, no nosso país, não são acessíveis para pessoas que não tenham plano de saúde. E, mesmo assim, não é qualquer plano que assegura esse tipo de assistência.

Assim, a equipe médica não conseguia dar o devido encaminhamento ao paciente, cujo quadro clínico já não mais justificava sua permanência em um CTI e, por isso, começou a sofrer as pressões institucionais para liberar o leito. Como não conseguia efetuar a transferência do paciente porque sabia que ele não sobreviveria se não pudesse contar com a moderna tecnologia médica, a equipe começou a viver um drama, cada profissional reagindo de uma maneira: um passou a chegar atrasado e a não mais desempenhar suas funções como vinha fazendo; um outro começou a dizer que não aguentava mais trabalhar ali e que estava ali como castigo por uma determinada situação institucional ocorrida no passado, e assim evitava a conscientização do "castigo" presente; um terceiro começou a brigar com os colegas, tornou-se mais rígido e inflexível e passou a ser repelido pelos demais. Enfim, o sofrimento era geral, mas não percebido como tal e muito menos relacionado com o salvamento de uma vida. A equipe começou a se fragmentar e isso era visível para quem é treinado para perceber esses movimentos. Além disso, a equipe começou a discutir, sem estabelecer qualquer relação com a situação deste paciente, se a eutanásia seria equivalente a um assassinato ou se seria algo que deveria ser possível ética e legalmente.

Vejam só a situação: uma equipe de profissionais salva uma vida graças aos conhecimentos clínicos e tecnológicos modernos e começa a sofrer por isso. "Venha trabalhar num hospital e sofra com seus sucessos" seria outro slogan.

Aos poucos foram surgindo queixas da própria equipe em relação à situação indefinida do paciente, o que o transformou em um problema. Foi quando a equipe fez um pedido de parecer médico à Psicologia Médica no qual constava a solicitação de acompanhamento para um

paciente que estaria criando problemas no CTI por estar lúcido e agitado. Como um paciente tetraplégico e traqueostomizado poderia ficar agitado? Qual a possível relação entre lucidez de consciência, agitação e ser problema para a equipe de um CTI? Deveria haver alguma porque, se assim não fosse, isso não apareceria escrito no pedido de parecer.

Ao chegar, o profissional da Psicologia Médica encontrou a seguinte situação: um paciente confinado ao leito, no respirador e, portanto, sem conseguir falar, tetraplégico, lúcido, mas ainda sem plena consciência do seu prognóstico, sendo acompanhado por uma equipe fragmentada em pequenos grupos que se agrediam mutuamente, mas que se uniam para atacar a chefia nos momentos em que surgia o assunto eutanásia, agora tratada objetivamente como solução para o problema do paciente. A equipe chegou a traçar planos de não mais sustentar a vida do paciente através de medicamentos, dando-lhe apenas a alimentação parenteral. Mas quando o quadro clínico começou a piorar voltaram imediatamente com as medicações.

Tenho me perguntado por que é tão comum nessas situações os "psis" ficarem com a impressão de que a equipe assistencial é formada por profissionais frios e desumanos, que não sabem tratar seus doentes e preferem se livrar deles. Embora alguns até fiquem assim, ao nos aproximarmos um pouco mais da equipe, geralmente a impressão anterior se desfaz. Existe um grande risco dessa primeira e superficial impressão se tornar um preconceito. Perceber as razões da desintegração, já em parte reveladas na forma oblíqua como a ajuda foi pedida, deve ser sempre o nosso caminho. O pedido de ajuda foi feito porque havia alguém que estava lúcido e agitado em um CTI, e isso quer dizer que o CTI não é lugar para lucidez de consciência ou, então, que a lucidez desse caso (a plena consciência da situação que estamos tentando alcançar) está deixando as pessoas agitadas (culpadas?), pois a saída imaginada para a situação (eutanásia) não é possível por ser vivida como sendo um assassinato. A eutanásia é um assassinato? E a ortotanásia?

Uma equipe que soubera usar seus conhecimentos para salvar uma vida passou a sofrer, mesmo sem o saber, com a lucidez do paciente (possibilidade de saber seu prognóstico, este em estreita relação com o sistema de saúde do país) e por não poder dar a devida sequência ao seu trabalho, fragmentara-se, estava em uma luta fratricida e, para piorar, corria o risco de ser vista pelos outros profissionais do hospital como incompetente (por não conseguir dar alta) e desumana (como se quisesse se livrar do doente)!

Uma pessoa devia ser salva e o foi, mas o mandamento da Medicina deve ser a vida a qualquer preço? Atualmente o conhecimento técnico-científico dá ao homem a capacidade de

salvar vidas que de outra forma acabariam. Só que ao fazer isso o profissional se torna refém de uma situação que ultrapassa em muito sua simples atuação profissional.

Assim como o gênio e o verdadeiro artista estão sempre à frente de sua época, e por isso pagam um preço, o avanço tecnológico coloca o homem comum diante de situações para as quais ainda não está preparado, exatamente porque elas ultrapassam os limites dos princípios estabelecidos. Foi assim com os transplantes, em relação aos quais a sociedade precisou normatizar e redefinir a morte como sendo morte encefálica para que eles pudessem ser realizados sem que houvesse qualquer dúvida quanto ao respeito pela vida do moribundo. Está sendo assim com as inovações da engenharia genética, e é também assim nos casos como o citado, nos quais a sociedade ainda não definiu se pretende acolher e dar continuidade a (sustentar) uma vida que de outra forma teria naturalmente se extinguido.

Incrível, não? Comecei a escrever sobre o cotidiano de um hospital e acabei me deparando com os princípios que norteiam o convívio humano. Seriam princípios éticos ou seriam morais? São diferentes? Alguns fazem distinção entre ética e moral, enquanto que outros não. Com quem estará a razão nesta discussão tão antiga? Por não aceitar um certo uso que é feito de uma possível sinonímia que acaba endossando o oportunismo e a falta de compromisso social, acabei posicionando-me entre aqueles que defendem a distinção entre ética e moral. E, como diz Hanna Arendt (1993), diferenciar a ética da moral é tentar dar à ética um conteúdo transcendental. Será que a Psicanálise pode contribuir com essa discussão e ajudar a tirar a ética da esfera metafísica?

Resumindo, fiquei com três perguntas:

1- É possível a existência de princípios humanos transcendentes à sua época?

2- Se esses princípios existem, quais seriam?

3- E quais seriam os princípios que acompanhariam o evoluir do Homem, mudando conforme a época e o lugar?

Se todos concordam que a existência desses princípios ajuda o homem na sua vida diária, e que sem eles a convivência humana seria impossível, esses princípios, então, devem regular o que vai contra essa convivência. Assim sendo, entramos no mundo das leis, respondendo a pergunta número 3.

Mas, se as leis regulam a convivência humana, o princípio básico bastaria ser o respeito a elas, o que significa que as leis devem ser para todos. Seria essa a resposta para a pergunta

número 2? A ética se restringiria à submissão às leis? Mas isso seria apenas mais uma lei e como as leis estão em constante mudança, essa afirmação não serve como princípio básico e geral.

Submissão, na Psicanálise, faz pensar em superego e, como psicanalista, sei que a submissão nunca dá bons resultados. Se a ética for, como a moral, dependente do sistema superego-ideal de ego, não há porque distinguir uma da outra. Acho que a saída é voltar ao caso e ver se, com ele, é possível responder à pergunta número 2, ou então concluir que estou enganado em supor a existência de princípios éticos que independam de época e lugar (pergunta número 1).

Eu esbarrei com a necessidade de tais princípios ao constatar que os profissionais que lidam com o avanço tecnológico sofrem ao se depararem com situações ainda não legisladas. Nesse nosso caso específico, as questões a serem definidas são: até quando se mantém uma vida artificialmente? A manutenção da vida está acima de tudo? Se não está acima de tudo, existe algo correlacionado que deveria influir nesta decisão? Se existe, quem deve decidir a interrupção? A função do médico é salvar vidas, mas relacionado com qualidade de vida ou não?

Só depois de ter essas perguntas respondidas é que veremos como, ou mesmo se, ideias como a da eutanásia ou da ortotanásia persistem. Por não ter tido respostas a essas questões, a equipe começou a sofrer, a se desintegrar. Acredito mesmo que a falta de respostas para essas perguntas coloque qualquer pessoa e qualquer equipe na mesma situação de sofrimento mental. E a consciência dessas questões revela cuidado, respeito com o ser humano e atenção para as consequências de nossos atos e ações (não só os tecnológicos).

Será esse então o princípio ético fundamental: respeito e consideração pelo outro, que, se estivesse no nosso lugar, e na mesma situação, teria os mesmos direitos e deveres que nós temos? Creio que sim.

Portanto, a ética está vinculada à consciência e à consideração pelo outro. Foi essa observação que apontou para mim o caminho psicanalítico para a resposta para as questões acima. A prática psicanalítica tem demonstrado que a consciência de si mesmo (não apenas dos desejos, anseios e necessidades) e o processo de conscientização são funções ligadas ao desenvolvimento do ego, que trazem consigo a consciência do outro. Sabemos também que a submissão é sempre uma exigência superegóica, e como princípios éticos não são impostos, mas sim alcançados, as leis é que são impostas, a ética não se baseia em submissão, nada tendo a ver com superego. Esses pensamentos, para mim, justificam a manutenção de uma diferenciação

entre ética e moral relacionada com os processos de desenvolvimento do ego e diferenciação do eu, saindo, com isto, da discussão filosófica a respeito da transcendência.

Existe ainda outro ponto que não posso deixar passar. É a relação entre avanço tecnológico e onipotência, que no nosso caso é a famosa onipotência médica.

O conceito de onipotência criado por Freud refere-se a certo tipo de funcionamento mental, a onipotência do pensamento (Freud, 1908, p.186; 1913, p. 83-91, 186, 188; 1914, p. 75, 98, 100; 1918, p. 139; 1919, p. 240, 241n, 243-4, 246-7, 250; 1920a, p. 77-8, 84-5; 1925b, p. 66; 1930, p. 121), e não a atos e ações. Ela é caracterizada pelo predomínio do processo primário de pensar (Freud, 1900, 1911a, 1915b), que é regido pelo princípio do prazer, onde tudo é possível e centrado nos desejos da própria pessoa. Por isso é uma etapa dita primitiva, apesar de perdurar, no inconsciente, por toda a vida. É verdade que certas ações humanas são levadas a cabo para confirmar a onipotência do pensamento, mas isso é diferente de dizer que existe uma onipotência médica e que os médicos retiram uma satisfação (muitas vezes com insinuações de um colorido perverso) dela. O contato com a vida hospitalar, principalmente em países como o Brasil, mostra exatamente o contrário: vemos médicos estressados e impotentes. Se alguns se vestem de uma capa de onipotência, o problema é da ordem do funcionamento mental individual, pois se existe alguma onipotência médica ela vem de outro lugar.

O desenvolvimento tecnológico vem dando ao homem poderes inusitados, como no caso relatado. A ciência, de um modo geral, tem conseguido coisas antes atribuídas aos deuses, tanto na área de salvar quanto na de destruir (às vezes penso que a ciência tem evoluído mais na área da destruição, mas isso é outro problema). Esses poderes podem ser emocionalmente usados por alguns para confirmar a onipotência dos próprios pensamentos e assim negar a finitude do ser, mas como já disse, isso é um problema individual. O que podemos ver no caso relatado é outra coisa: é uma equipe se desestruturar porque ainda não estava preparada para lidar com certos poderes dados pelo desenvolvimento tecnológico e suas respectivas repercussões sociais.

Quando não se está preparado para lidar com a realidade, o fazemos regressivamente. No caso, a equipe acabou sentindo-se responsável pela vida e, consequentemente pela morte.

“Deus criou o Homem;

O Homem, ao tentar imitar Deus, sofre”. Seria outro slogan.

H.3- Uma equipe de enfermagem

Ouvindo o relato de uma reunião dos membros da minha equipe de Psicologia Médica com os auxiliares de enfermagem de uma enfermaria com pacientes nefropatas escutei uma frase, na verdade uma queixa, que me fez pensar mais um pouco na tensão diante da doença, do desamparo e do sofrimento inerente ao trabalho assistencial.

É muito curiosa a situação de já se ter ouvido e tratado de um assunto inúmeras vezes e, de repente, perceber uma novidade no tema já tantas vezes abordado. Meus supervisionandos estavam relatando uma reunião que fora solicitada pelos auxiliares de enfermagem da enfermaria em que eles atuavam e cujo tema era a dificuldade que estes profissionais estavam encontrando para realizar o trabalho. Até aí nada demais. Todos que trabalham com Psicologia Médica já se encontraram com o tema dos limites assistenciais várias vezes. Acostumados a ouvir queixas relacionadas com a baixa remuneração, com as difíceis condições de trabalho e com cobranças injustas, meus supervisionandos sentiram-se pegos de surpresa ao escutarem que os auxiliares de enfermagem estavam notando que urinavam mais no dia em que vinham trabalhar na enfermaria. Quando aventei a hipótese de que esses profissionais estavam identificados com seus pacientes e, por isso, temiam ficar como eles, um dos membros da minha equipe (uma psicóloga) revelou que ela também sentia vontade de urinar com uma frequência maior quando na enfermaria.

Expliquei a diferença entre hipocondria, quadro clínico psiquiátrico bastante conhecido, e a emergência de ansiedades hipocondríacas, fato bastante comum em quem lida com doentes e os convidei a pensar com mais detalhe sobre essa situação que eles estavam também vivendo.

A hipocondria é uma enfermidade na qual a pessoa, além de viver todas as angústias inerentes ao fato de possuir uma doença grave e geralmente suposta como fatal, apresenta também uma série de queixas físicas nunca evidenciadas nos exames, sejam clínicos ou laboratoriais.

A emergência de ansiedades hipocondríacas em estudantes de Medicina que estão iniciando as atividades nos hospitais-escola foi bem estudada por Eksterman (1986a). Também nos profissionais da área da saúde se observa a situação clínica descrita por este autor, que é transitória e se caracteriza pela presença de ansiedade de cunho hipocondríaco, geralmente expressa através do medo de desenvolver a doença de seu paciente ou pelo surgimento de alguma sintomatologia corporal, sempre sem substrato orgânico e de alguma forma relacionada com o quadro clínico de algum doente ou de algum parente que teve a mesma doença.

A prática assistencial é insalubre. O risco não é só pegar os microrganismos dos nossos pacientes. Graças ao complexo jogo das identificações inconscientes também podemos nos sentir doentes como eles.

Assim como existem treinamento para a prevenção das doenças profissionais, precisamos preparar melhor nossos estudantes e profissionais para a prática assistencial. E como pontapé inicial para isso, é preciso que se diga que esses quadros de hipocondria transitória decorrem, basicamente, de dois elementos psicológicos. O primeiro deles é a quebra abrupta da onipotência individual decorrente do contato diário com a fragilidade humana. O outro é a ocorrência de identificações cruzadas: identificações inconscientes entre o estudante ou o profissional e o paciente ou entre alguém significativo para o estudante ou para o profissional e o paciente. Essas identificações são favorecidas por situações históricas ainda não adequadamente elaboradas por quem está atendendo o doente. É um jogo muito complexo de identificações baseado em tensões regressivas que são abertas pela característica muito peculiar do trabalho assistencial: ele é todo baseado no estabelecimento de relações de dependência, as quais favorecem este tipo de identificação.

A emergência de ansiedades hipocondríacas não é o único sinal de sobrecarga frente às tensões psicológicas presentes na prática assistencial. Talvez a "visita de médico" (a consulta ultrarrápida) e o conselho dos médicos mais velhos para os mais jovens não se envolverem tanto com seus pacientes nada mais sejam do que medidas defensivas contra este tipo de situação.

VI- Resultados

Acompanhando-se os casos clínicos apresentados pode-se observar que dirigimos nosso exame para as tensões psicológicas que são geradas no encontro clínico, optando por apenas mencionar as tensões engendradas pelas pressões de cunho social, econômico, político e cultural no trabalho assistencial. Estas, quando presentes, apontavam para o enquadre institucional do campo assistencial dentro do qual o encontro clínico acontece.

Nas situações clínicas em que emergiu mais de um tipo de tensão psicológica optamos por priorizar aquela que implicava mais riscos para o tratamento do paciente, posto que o objetivo dos atendimentos psicológicos sempre foi a otimização do tratamento clínico de acordo com os princípios da Psicologia Médica expostos por Eksterman (1986a).

Dirigimos nossa atenção para as tensões que emergiam nos encontros clínicos a partir do impacto emocional gerado pela comunicação, comportamentos e atitudes dos componentes do campo assistencial. Ficou evidente que as tensões psicológicas, quando presentes, por sua vez, influenciavam a comunicação, os comportamentos e a conduta daqueles que estavam interagindo, mesmo quando a existência da tensão psicológica não fazia parte do campo da consciência dos envolvidos. A influência da tensão psicológica sobre os envolvidos no campo assistencial invariavelmente diminuía na medida em que ela se tornava consciente através das interconsultas e do trabalho psicoterápico, executado de maneira explícita ou implícita (Eksterman, 1978).

Agindo assim, examinamos preferentemente, mas não exclusivamente, a impregnação irracional do campo assistencial (Eksterman, 1968), isto é, as situações nas quais a comunicação, as ações ou o comportamento dos componentes do campo assistencial estavam sob a influência de elementos emocionais predominantemente inconscientes. O conflito institucional e a ignorância profissional, os dois outros fatores que, conjunta ou separadamente, interferem negativamente na prática assistencial e também possibilitam a ocorrência da iatropatogenia, a alienação e o adoecimento dos profissionais envolvidos na tarefa assistencial, não foram examinados pelos mesmos motivos que não examinamos as tensões geradas pelas pressões de cunho social, econômico, político e cultural.

Procedemos desta forma por julgarmos ser esta a aproximação mais adequada aos objetivos da pesquisa, que foi caracterizar as principais tensões psicológicas presentes no encontro bipessoal entre o doente e aquele que está cuidando dele naquele momento e, a partir disso, construir um programa de treinamento contínuo para a equipe assistencial voltado para a capacitação psicológica do profissional para o desenvolvimento da qualidade terapêutica na prática assistencial e para a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout.

E, nesse sentido, a pesquisa alcançou plenamente seus objetivos. Evidenciamos as situações clínico-assistenciais mais propícias à emergência de tensões psicológicas (quadro 1), identificamos as tensões psicológicas que emergiram nos encontros clínicos (quadro 2) e elaboramos um programa de treinamento permanente para os profissionais de saúde. Os dados dos quadros 1 e 2 estão consolidados no quadro 3.

Quadro 1

Situações clínico-assistenciais mais propícias à emergência de tensões psicológicas	
Dentro da rotina hospitalar	**Fora da rotina hospitalar**
- O momento da internação	- A sobreposição do adoecimento a uma crise existencial
- A comunicação do diagnóstico	- Os limites assistenciais
- A realização de procedimentos invasivos	- A ocorrência de induções iatrogênicas (TENENBAUM, 2013)
- A alta hospitalar	

Quadro 2

Principais tensões psicológicas produzidas no encontro clínico
- Tensões de aniquilamento
- Tensão diante do sofrimento e do desamparo
- Tensão diante da dependência
- Tensão diante das limitações profissionais
- Tensões regressivas

Foram encontradas duas ameaças diferentes na gênese das tensões de aniquilamento: a ameaça às integridades do eu e do ego. A primeira está relacionada com a finitude existencial e é gerada pela existência de impulsos suicidas, pela proximidade da morte e por identificações mórbidas inconscientes enquanto que a segunda surge diante da percepção interna, não necessariamente consciente, de algum nível de desorganização mental. Foi observado que, de uma maneira geral, as equipes assistenciais não estão preparadas para lidar com os sinais e os sintomas de desorganização mental.

A tensão diante da dependência se apresentou de forma mais intensa nos primeiros momentos da internação enquanto que a tensão diante do desamparo foi mais observada na

vigência da alta hospitalar, a qual, com frequência, foi vivida como uma situação de desamparo, por pacientes e familiares.

A tensão que surge diante das limitações profissionais pode estar relacionada com o sistema de saúde, com a disponibilidade de recursos técnicos e tecnológicos da instituição e com aquilo que Balint (1988) chamou de missão apostólica do profissional, isto é, o anseio em curar.

As tensões regressivas estão relacionadas com a incapacidade mental de se lidar adequadamente com a experiência que está sendo vivida. Quando ocorrem, observa-se a predominância de reações emocionais a partir de situações históricas não elaboradas e induzidas pelo encontro clínico. Tanto a insegurança quanto a incerteza diante da experiência atual favorecem a ocorrência de fenômenos regressivos e, dentre estes, os mais frequentes são a transferência e a contratransferência.

Quadro 3

Situações clínicas	**Pacientes**	**Motivos das internações**	**Tensões emergentes no encontro clínico**
A-Momento da internação:			
	A.1- Paulo	hemorragia digestiva	tensão regressiva de dependência
	A.2- Severino	cefaleia frontal + dispneia em repouso + náuseas e vômitos	tensão de aniquilamento do eu
B- Comunicação diagnóstica:			
	B.1- Pedro	síndrome cerebelar	tensão diante dos limites assistenciais na equipe + tensão regressiva no paciente
	B.2- Maria de Lourdes	paraparesia espástica tropical	tensão diante da dependência
	B.3- Marcia	colesteatoma + crise convulsiva	tensão de aniquilamento do ego
	B.4- Francisca	hipertensão + diabetes + desmaios	tensão de aniquilamento do eu
C- Preparação para os procedimentos terapêuticos			

	C.1- Maria	retirada cirúrgica de nódulos na glândula tireoide	tensão de aniquilamento do eu
	C.2- Elvira	cirurgia de hérnia abdominal	tensão diante dos limites assistenciais do profissional
	C.3- Hélio	dor nas costas após transplante	tensão regressiva de cunho edípico
	C.4- Madalena	dores precordiais	tensão de aniquilamento do eu
D- Momento da alta hospitalar			
	D.1- Solange	crises de asma brônquica	aparente falta de tensão da paciente (negação) + tensão diante dos limites assistenciais na equipe
	D.2- Nilza	fraqueza nas pernas + cefaleia+ dificuldade de enxergar	tensão de aniquilamento do ego na paciente + tensão diante dos limites assistenciais na profissional
	D.3- Carlos	dor no corpo + diarreia + conjuntivite + secreção no pênis	tensão regressiva de cunho edípico familiar
E- Adoecimento e crise existencial			
	E.1- José	descompensação cardíaca	tensão de aniquilamento do eu
	E.2- Mara	hepatite autoimune	tensão de aniquilamento do ego
	E.3- Clara	doença de Chron	tensão de aniquilamento do eu
	E.4- Joana	cesariana de emergência	tensão de aniquilamento do eu
	E.5- André	Psoríase	tensão regressiva
	E.6- Lídia	alopecia areata totalis + parestesia nas pernas e mãos + manchas hipocrômicas em axilas e dedos	tensão de aniquilamento do eu
	E.7- Áurea	retirada cirúrgica de nódulos na glândula tireoide	tensão de aniquilamento do eu
	E.8- Sueli	síndrome de Sjögren + fibromialgia	tensão de autoaniquilamento
F- Induções iatrogênicas			
	F.1- Rose	Hipertireoidismo	tensão de autoaniquilamento (síndrome

			de eutanásia)
	F.2- Luiza	sangramento no couro cabeludo + gravidez	contaminação irracional do campo assistencial
	F.3- Ana	Tireoidectomia	tensão de autoaniquilamento (síndrome de eutanásia) na paciente + tensão diante dos limites assistenciais da profissional
	F.4- Ester	retirada cirúrgica de bócio nodular atóxico de tireoide	tensão de autoaniquilamento
	F.5- Sandra	mastite bilateral	tensão de autoaniquilamento
	F.6- Marta	Cesariana	tensão de aniquilamento do ego
G- Limites assistenciais			
	G.1- Alessandra	Nefropatia	tensão diante dos limites assistenciais
	G.2- Walter	AIDS	tensão diante do sofrimento e do desamparo no paciente + tensão diante dos limites assistenciais na profissional
	G.3- Sonia	aborto terapêutico	tensão regressiva
H- Homenagens			
	H.1- Equipe de plantão nas emergências de hospitais públicos	Indignação	tensão diante dos limites assistenciais imposta pelo sistema de saúde
	H.2- Equipe de CTI de hospital público	desagregação da equipe	tensão diante dos limites assistenciais imposta pelo sistema de saúde
	H.3- Equipe de enfermagem	sintomas urinários	tensão diante da doença, sofrimento e morte

Além das situações mais propícias à emergência de tensões psicológicas e das principais tensões psicológicas que emergem nos encontros clínicos, o acompanhamento das equipes assistenciais revelou que a qualidade da relação que o profissional estabelece com cada paciente depende mais da competência psicológica individual do que da ideologia, das crenças ou das concepções pessoais, e até dos conhecimentos adquiridos durante os anos da formação profissional.

Observamos que a ocorrência da iatropatogenia, a alienação e o adoecimento dos profissionais estão inversamente relacionados com esta competência, a qual está sujeita a variações e interferências. As principais fontes de interferência na competência psicológica individual do profissional para o estabelecimento de relações assistenciais com qualidade terapêutica observadas durante a pesquisa estavam relacionadas com o momento da vida do profissional e com as características psicológicas do paciente. Em menor frequência, também foram observadas variações nesta competência associadas a interferências grupais (de acordo com a dinâmica dos relacionamentos entre os profissionais da equipe assistencial) e institucionais.

Partindo-se destas observações desenvolvemos um programa de capacitação voltado para a preservação, desenvolvimento e recuperação da competência psicológica para o exercício da atividade assistencial, prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout. O programa conjuga aspectos de um grupo Balint, utiliza recursos de dramatização, possui atividades de conteúdo teórico e fica no limite do grupo terapêutico. O programa tem como eixo central uma atividade psicológica grupal específica, a discussão da tarefa assistencial a partir de um caso clínico no qual um profissional esteja com alguma dificuldade, técnica ou pessoal.

Como o Grupo Balint, esta atividade grupal também é dedicada ao exame da tarefa assistencial a partir de situações clínicas a serem fornecidas pelos participantes, necessariamente coordenada por um(a) psicanalista. Mas, é exigido deste(a) psicanalista conhecimentos adicionais em Medicina Psicossomática, Psicologia Médica, Antropologia Médica e Sociologia Médica, além de experiência pessoal no atendimento a pacientes internados em hospital geral e em hospital psiquiátrico.

Embora a atividade seja realizada em grupo e tenha como ponto de partida a dificuldade psicológica do profissional no atendimento a um determinado paciente, explicitamente não é uma psicoterapia em grupo. Algumas vezes o grupo pode “pedir” este tipo de intervenção ao coordenador(a), que deve ser sempre evitada pelos riscos inerentes a toda psicoterapia realizada fora de seu contexto específico. A conjugação da dificuldade psicológica do profissional com as características psicológicas do paciente formam um sistema psicodinâmico bipessoal que pode ser entendido, utilizado pedagogicamente e modificado evitando-se que as dificuldades psicológicas iniciais da dupla se consolidem deturpando ou desviando o profissional dos objetivos terapêuticos.

A atividade pode ser realizada com estudantes em treinamento clínico e com todas as categorias profissionais que têm atividade clínica. A experiência demonstrou que ela é mais efetiva quando realizada com grupos homogêneos, isto é, grupos formados por estudantes e profissionais de uma única categoria profissional porque cada categoria tem sua dinâmica própria, com os respectivos objetivos assistenciais. Além disso, o grupo homogêneo evita que as tensões entre as categorias profissionais prevaleçam e se sobreponham às tensões decorrentes do encontro bipessoal e relacionadas com a experiência intersubjetiva. As tensões dentro das equipes assistenciais são adequadamente trabalhadas em atividades psicológicas grupais com o conjunto dos profissionais da equipe assistencial posto que a atividade psicológica com este tipo de grupo é útil e eficaz para a integração da equipe a partir do trabalho das tensões entre as categorias e entre a equipe e a instituição.

Também diferentemente do Grupo Balint, a capacitação psicológica e psicodinâmica dos profissionais de saúde não visa o exercício explicitamente psicoterápico por parte dos profissionais. A capacitação visa o encontro bipessoal específico da atividade assistencial, o desenvolvimento da qualidade terapêutica desta atividade, a prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout. Para estes fins, o exame do material clínico é complementado por seminários e por simulações de situações assistenciais típicas, como já vem sendo realizado como já vem sendo realizado por Abram Eksterman no Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e em outras instituições. Por vezes também é necessário o exame da dinâmica grupal com fins pedagógicos.

VII- Programa permanente de capacitação profissional

VII.1- Justificativa

A necessidade de treinamento e capacitação profissional tem sido uma orientação permanente dos órgãos de ensino em todos os níveis de governo, federal, estadual e municipal. Seguindo as orientações governamentais, esta proposta está orientada a um público específico formado pelos profissionais expostos a um tipo específico de adoecimento profissional: os profissionais da saúde e a síndrome de burnout.

O programa está assentado nos resultados do estudo de Mestrado Profissional e de acordo com os objetivos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH.

VII.2- Ementa

Trata-se de um curso de capacitação profissional que se desenvolve através de ações teóricas e práticas com o objetivo de habilitar os profissionais de saúde a identificar as tensões psicológicas que emergem no encontro profissional-paciente e agir terapeuticamente no sentido de evitar ações iatropatogênicas e o adoecimento do profissional. Discute temas relativos à intersubjetividade, psicoterapia implícita, iatropatogenia e ao adoecimento profissional no ambiente hospitalar.

1- Objetivos: capacitar os profissionais para o encontro intersubjetivo específico da relação assistencial; desenvolver a capacidade dos profissionais para a psicoterapia implícita; melhorar a qualidade da relação assistencial; prevenir a iatropatogenia e a síndrome de burnout.
2- Público alvo: estudantes e profissionais da saúde.
3- Questão norteadora: um caso clínico em que um profissional esteja com alguma dificuldade, técnica ou pessoal.
4- Estratégias: fornecimento de conhecimentos sobre a especificidade da intersubjetividade da relação assistencial; identificação das tensões psicológicas emergentes em cada encontro clínico; compreensão dos elementos psicodinâmicos relacionados com a tensão psicológica emergente; estabelecimento de estratégias para a situação clínica em estudo.
5- Instrumento: grupo de discussão da tarefa assistencial

Quadro 4

Tema	Conteúdo	Estratégias pedagógicas
As tensões emergentes no encontro clínico	Relacionado com as tensões identificadas em cada reunião	Pré-teste Exame do material clínico em suas vertentes orgânica e psicodinâmica Exame da dinâmica grupal Dramatização de situações clínicas Seminários Avaliação semestral

Pré-teste: Quais são as suas expectativas acerca deste treinamento? Qual a utilidade prática deste conhecimento?

Avaliação semestral: O treinamento proporcionou alguma modificação na sua prática assistencial? Qual? Você tem alguma sugestão para o treinamento?

VIII- Conclusão

Revendo minhas anotações de campo sobre os atendimentos realizados durante a pesquisa, notei que alguns fatos chamaram a minha atenção durante a coleta de dados. Fiquei intrigado com alguns pacientes apresentarem melhoras em suas condições psicológicas com poucos atendimentos e isto ocorrer em situações adversas de saúde, da instituição e até mesmo da experiência clínica do profissional. Também chamou a minha atenção a existência de um

elemento psicológico comum no sentido que os doentes atribuem às respectivas experiências de adoecer, construídos de acordo com a história pessoal e com as circunstâncias do adoecimento de cada um, portanto estritamente pessoais. O tom, o colorido emocional, e a maneira como cada doente expressa a própria experiência de adoecer também decorrem deste elemento psicológico comum.

Durante os atendimentos e as supervisões pude constatar que a resposta do paciente ao tratamento está intimamente relacionada à qualidade da relação que o profissional estabelece com ele, o que, por sua vez, está, também intimamente, relacionada ao tipo de vínculo que este profissional imprime à relação assistencial. O elemento psicológico comum é a regressão, condição psicológica presente em todo paciente em decorrência da ameaça de morte que é vivida em todo adoecer, independentemente da gravidade da doença.

Precisamente por isso é que são observadas reações emocionais e comportamentos não condizentes com a situação real, seja em relação à doença que o próprio paciente apresenta, seja em relação aos profissionais envolvidos no atendimento. É esse elemento psicológico que induz os pacientes a não entenderem o que lhes é dito, a reagirem infantilmente diante da doença (mentindo, enganando, omitindo e fingindo, para si mesmos e para os profissionais), a padecerem de temores infantis diante dos membros da equipe e assim por diante. Enfim, parece que voltam a agir como crianças ou adolescentes, e, o que é pior, alguns profissionais (e familiares também) lidam com eles como se crianças ou adolescentes fossem!

Embora se saiba que a reversão da flecha do tempo é uma impossibilidade física e existencial, o termo regressão foi consagrado porque o tipo de comportamento que ele define provoca no observador a impressão de que o doente voltou a um comportamento anterior. No caso de crianças, mais infantil ainda. Podemos continuar a usar o termo, desde que se entenda a dinâmica mental que o engendra. E a dinâmica mental nesses casos é simples: toda vez que o ego não consegue lidar com uma dada situação, externa ou interna, ocorre uma desorganização na qual os sistemas cognitivos estruturados a partir da relação da pessoa com a realidade são sobrepujados pelos sistemas subjetivos, estruturados a partir de experiências afetivas. E são as situações que implicam em alguma ameaça à sobrevivência biológica (do corpo) ou psicológica (do ego e/ou do eu) que mais comumente acarretam esse tipo de desorganização, cuja profundidade e extensão são extremamente variáveis e, na maioria dos casos, reversíveis, desde que não se produzam situações que acarretem a cristalização da desorganização.

Os sistemas cognitivos são construídos e reciclados a partir das experiências vividas ao longo da vida. Inicialmente, eles são fortemente influenciados pelas relações afetivas; posteriormente, pela relação com a realidade. Os sistemas estruturados a partir das relações afetivas são mais antigos e também servem para informar sobre a situação que está sendo vivida, só que desencadeiam uma reação, sempre emocional ou afetiva, não uma resposta adequada ao estímulo. É por isso que, sentindo-se ameaçado, o paciente (regredido) reage fugindo ou brigando (padrão persecutório); sentindo-se agredido, reage rejeitando (padrão agressivo); sentindo-se culpado, ele pode induzir as pessoas (inclusive as que cuidam dele) a rejeitarem-no (padrão depressivo) e assim por diante.

A pesquisa comprovou a importância e a implicação da intersubjetividade na qualidade da prática assistencial, assim como o papel do vínculo, que se estabelece ou não entre profissional e paciente, na qualidade da relação terapêutica. A pesquisa também comprovou que o tipo deste vínculo tem uma relação direta com a capacidade de ambos – profissional e paciente - vivenciarem o encontro intersubjetivo.

Esta pesquisa nos autoriza afirmar que o fracasso ou o sucesso de qualquer tratamento começa pelo tipo de vínculo que se estabelece "entre aquele que coagido pelos imperativos profissionais (éticos e sociais) está ali para intervir no sentido de aliviar ou curar e aquele que, coagido pelo imperativo da doença, está lá para receber ajuda" (Centro de Medicina Psicossomática e Psicologia Médica, 2013, Eksterman, 1968; 1975; 1980; 1986a; 1986b; 1992). E, o manejo do vínculo terapêutico depende da capacidade do profissional lidar com os aspectos regressivos do doente, que estão sempre presentes e colorem a maneira dele agir e interagir.

Também podemos afirmar que, no âmbito estritamente assistencial, isto é, clínico, humanizar é, essencialmente, reconhecer e lidar com a intersubjetividade presente na experiência clínica e esta pesquisa demonstrou que esta capacidade não é inata e nem espontânea.

Critérios de humanização da assistência que podem ser retirados desta pesquisa: o reconhecimento que a subjetividade dos pacientes e a dos profissionais interage formando sistemas psicológicos com dinâmicas próprias que influenciam o processo terapêutico, a valorização do apuro técnico dos profissionais e o reconhecimento dos direitos e dos valores culturais dos pacientes.

A pesquisa teve o objetivo secundário de trazer a reflexão de como preparar os profissionais de saúde para esta tarefa. Dela resultou um programa permanente de capacitação profissional

voltado para a preservação, desenvolvimento e recuperação da competência psicológica para o exercício da atividade assistencial, prevenção da iatropatogenia e da síndrome de burnout, que já está sendo aplicado no Instituto de Dermatologia do Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.

Quando ainda estudante, andando pelos hospitais psiquiátricos e querendo muito conseguir conversar com os pacientes, cujo tipo de sofrimento me mobilizava e ainda me mobiliza sobremaneira, comecei a prestar atenção na conversa deles com seus psiquiatras. Notei que ela girava sempre em torno da inserção do paciente na realidade. O psiquiatra estava sempre atento e pronto para perceber se o que o paciente estava falando provinha da realidade compartilhada (Lorenz, 1977) ou se era um delírio, uma fala proveniente da realidade pessoal e exclusiva do paciente. O mesmo com as percepções, juízos e conclusões do paciente. O clínico não se comporta de maneira muito diferente ao valorizar as queixas e os sintomas dos pacientes conforme a existência ou não de um substrato orgânico, mensurável, palpável ou passível de ser materializado pelos exames e desconsiderar tudo que é pessoal e subjetivo. Como critérios valorativos, a objetividade e a subjetividade indicam a inserção na realidade, compartilhada e particular respectivamente.

É muito difícil dizer quem começou o longo processo, ainda em curso e cheio de avanços e recuos, de legitimação do sofrimento mental como algo biográfico, portanto inseparável das circunstâncias históricas, sociais e culturais inerentes ao viver. Apesar de todas as dificuldades, estamos lentamente adquirindo conhecimentos sobre a interseção deste conjunto com o conjunto formado pelo funcionamento orgânico. A qualidade da assistência que é prestada a cada paciente revela a posição de cada instituição nessa caminhada.

Na ciência, o conceito de verdade está ligado à verificabilidade do fenômeno, exigência metodológica das ciências naturais. A busca do sentido, do significado ou da compreensibilidade não tem essa exigência. O desenvolvimento da linguística ocorrido no século passado colocou a linguagem como paradigma do conjunto das formas de objetivação social, onde nasce a compreensão, a hermenêutica. Existem autores contemporâneos que afirmam que é o sentido, e não a verdade, que deve ser buscado pelas ciências humanas, enquanto que outros defendem a posição de que, embora concordando com a importância fundamental do sentido na experiência humana, a busca da verdade não deve estar ausente do projeto humano. É curioso observar-se a oscilação metodológica dos textos psicanalíticos,

inclusive os freudianos. Essa oscilação é, por alguns, considerada uma contradição epistemológica enquanto que para outros, uma tentativa de articulação dialética, já que o fenômeno humano é tanto biológico (natural) quanto psicológico (representacional, hermenêutico).

Em se tratando de fenômenos humanos, temos aqueles que são compartilháveis e os que não o são. Os primeiros são adjetivados como verdadeiros ou como reais, os demais são descritos como subjetivos, às vezes delirantes. Mas, a eugenia, o racismo e tantas outras ideologias, sociais, educacionais e sanitárias, embora não tendo nenhum grau de verificabilidade, são compartilhadas por parte da humanidade, tendo para os respectivos grupos o sentido de verdade. Portanto, tanto os compartilháveis como os não compartilháveis são contingenciais e nunca aleatórios. No hospital, quanto mais o paciente está aderido à sua maneira de ver e sentir o que lhe acontece ou se julga na posse de uma verdade pessoal ou tenta conduzir sua vida de acordo com ideias estritamente pessoais, mais doente ele está.

O ser humano é capaz de se esforçar em não reconhecer como sendo dele certas realidades íntimas e alguns fenômenos mentais pessoais, mesmo quando por si só estes afloram à consciência ou lhe são revelados por outrem. Ao mesmo tempo, defendemos e lutamos pelo reconhecimento de verdades e realidades construídas com pensamentos lógicos e racionais, às vezes reveladores das mesmas verdades que lutamos para não reconhecer. Médicos e psicólogos enfrentam essa dicotomia cotidianamente e grande parte das dificuldades existentes no processo de ajudar nossos semelhantes a não soçobrarem no curso da vida está exatamente nessa peculiaridade humana.

Os fenômenos mentais habitualmente desconsiderados pela maioria das pessoas, isto é, as formações do processo primário de pensar (Freud, 1900, 1911a, 1915b): fantasias, sonhos, alucinações e as construções delirantes, são o que há de mais particular e privado. Já os processos que chamamos de pensamento, etapas intermediárias e internas da linguagem compartilhada, cuja capacidade de articulação é inerente ao processo secundário de pensar, no qual o ser humano é introduzido por quem dele cuida, não têm esta peculiaridade. Isso nos possibilita pensar na existência de duas linguagens: uma particular e a outra pública ou compartilhada. O mais impressionante é que uma linguagem se articula na outra, uma sem a outra dá a impressão de algo irreal ou mesmo falso: não existe enquanto possibilidade de comunicação empática. Nesse sentido, a incompreensibilidade dos sintomas funcionais, orgânicos e mentais, deriva do fato de eles ainda serem ouvidos como se fossem aberrações da linguagem compartilhada e não expressões da linguagem privada.

É a compreensão do que está sendo expresso que transforma em comunicação o que era apenas uma expressão, restabelecendo o ciclo interativo que interrompe o retraimento narcísico característico das condições patológicas. Muitas vezes, a recuperação da capacidade de interação do paciente é um processo muito semelhante ao que se observa no início da vida, quando quem cuida da criança fornece os elementos cognitivos que ajudam a localizar a criança e dar/encontrar significado às experiências que estão sendo vividas. Daí a importância dessa relação especial, chamada relação diádica, cujo modelo, não a exclusividade, é a relação mãe-bebê, e que tem a função de desenvolver a mente.

Foi assim que cheguei à conclusão de que todo e qualquer fenômeno humanamente perceptível só adquire sentido se puder ser significado numa relação. Aquilo que não tiver essa qualidade torna-se aparentemente incompreensível ou irreal. Também a realidade só é real se compartilhada. Se toda experiência humana é relacional, se o homem se humaniza através das relações, por meio dos vínculos, toda a problemática relacionada com as experiências dentro/fora, interno/externo, objetivo/subjetivo só passa a existir quando o entre fracassa. Talvez a mente não esteja em nenhum lugar, nem dentro (no cérebro), nem fora (como nos estados psicóticos), e sim entre, no espaço da intersubjetividade (Eksterman, 2006).

E aqui retomamos o tema dessa dissertação: a relação profissional de saúde-doente. Os resultados desta pesquisa apenas exemplificam que também esta experiência humana, o cuidar, acontece no espaço da intersubjetividade, naquilo que Martin Buber (2004) considerou uma protocategoria da realidade humana: o “entre”.

IX- Bibliografia

ABRAHAM, K. Teoria psicanalítica da libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ALEXANDER, F. Functional disturbance of psychogenic nature. Jornal of American Medicine 100, 469-473, 1933.

ALEXANDER, F. Fundamentals of psychosomatic medicine. New York: Norton, 1950.

ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. A história da Psiquiatria. Uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. São Paulo: Ibrasa, 1968.

ARENDT, H. A vida do espirito: o pensar, o querer, o julgar. 2ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

BALINT, M.; HUNT, J.; JOYCE, D.; MARINKER, M.; WOODCOCK, J. Treatment or Diagnosis. A study of repeat prescriptions in general practice. London: Tavistock, 1970.

BALINT, M. The basic fault. Therapeutic aspects of regression. Londres: Tavistock, 1968.

BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BALINT, M. Psicanálise e Prática Médica. In Missenard, A. (coord) A experiência Balint. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

BARANGER, W; BARANGER, M.. Problemas del campo psicoanalitico. Buenos Aires: Kargieman, 1969.

BARRA, D.C.C.; NASCIMENTO, E.R.P.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE G.L.; ERDMANN A.L. (2006) Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. In Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006;8(3):422-30. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm

BION, W. R. Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

BLEGER, J. Psicología de la Conduta, 7ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1977.

BOWLBY, J. Apego. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BOWLBY, J. Separação. São Paulo: Martins Fontes, 1993a.

BOWLBY, J. Perda. São Paulo: Martins Fontes, 1993b.

BREUER, J. & FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1893-1895).

BUBER, M. Eu e tu, 9ª edição. São Paulo: Centauro, 2004.

CAPGRA, F. A teia da vida.Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

CENTRO DE MEDICINA PSICOSSOMÁTICA E PSICOLOGIA MÉDICA. Disponível em: http://www.medicinapsicossomatica.com.br/materialdidatico. Acessado em junho 2013.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. (2009) Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. In Ciência e Saúde Coletiva vol.14 suppl.1. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In MINAYO M.C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.) Caminhos do pensamento. Epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DUNBAR, F. Emotions and bodily changes. A survey of literature on psychosomatic interrelationships 1910-1953. New York: Columbia University Press, 1954.

EKSTERMAN, A. Fatores Iatrogênicos na Relação Médico-Paciente. In Jornal Brasileiro de Medicina, vol. XV, nº 6, dezembro 1968.

EKSTERMAN, A. Psicanálise, Psicossomática e Medicina da Pessoa. Relatório oficial apresentado no I Encontro Argentino-Brasileiro de Medicina Psicossomática. Buenos Aires, 1975.

EKSTERMAN, A. Formação Psicossomática em Ciências da Saúde. O Ensino de Psicologia Médica. Trabalho apresentado no Congresso de Medicina Psicossomática. La Cuenca del Plata, 1977.

EKSTERMAN, A. O clínico como psicanalista. In Contribuições psicanalíticas à Medicina Psicossomática, vol. I, março/1978.

EKSTERMAN, A. O Psicanalista no Hospital Geral. Relatório oficial da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de janeiro ao 8º Congresso Brasileiro de Psicanálise. Rio de Janeiro, 1980.

EKSTERMAN, A. O Ensino de Psicologia Médica. In Psicossomática, ano I, nº 1, vol. jan/março 1986a.

EKSTERMAN, A. Relação Médico-Paciente na Observação Clínica. In Revista de Clínica Médica, vol. 4, nº 5, 32-45, junho 1986b.

EKSTERMAN, A. Lacunas Cognitivas no Processo Psicanalítico. In Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, 1986c.

EKSTERMAN, A. A Metapsicologia de Freud. In Neuroses de Transferência: Uma Síntese. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática no Brasil. In MELLO F. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

EKSTERMAN, A. O ato psicanalítico e a medicina do corpo. In Cadernos de Psicanálise da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro, nº 22, vol. 19, p. 51-76, 2003.

EKSTERMAN, A. Ten psychoanalytical mistakes in Freud´s theory. Trabalho apresentado no Congresso Comemorativo do 150º aniversário de nascimento de Sigmund Freud. Praga, 2006.

FENICHEL, O. Teoria psicanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós.

FONAGY, P. Attachment theory and psychoanalysis. London: Karnac, 2001.

FREUD, S. On aphasia. London: Imago, 1953. (Trabalho original publicado em 1891).

FREUD, S. Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1886).

FREUD, S. Um caso de cura pelo hipnotismo. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1892).

FREUD, S. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (trabalho original publicado em 1893).

FREUD, S. As neuropsicoses de defesa. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1894).

FREUD, S. Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Trabalho original publicado em 1896).

FREUD, S. O mecanismo psíquico do esquecimento. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Trabalho original publicado em 1898).

FREUD, S. A Interpretação dos Sonhos. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vols. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1972 (trabalho original publicado em 1900).

FREUD, S. A psicopatologia da vida cotidiana. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1901).

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1972 (trabalho original publicado em 1905).

FREUD, S. Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1908).

FREUD, S. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1909a).

FREUD, S. Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1909b).

FREUD, S. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1970 (trabalho original publicado em 1910).

FREUD, S. Formulação sobre os dois princípios do funcionamento mental. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Trabalho original publicado em 1911a).

FREUD, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*). In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Trabalho original publicado em 1911b).

FREUD, S. A dinâmica da transferência. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Trabalho original publicado em 1912).

FREUD, S. Totem e tabu. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Trabalho original publicado em 1913).

FREUD, S. Sobre o narcisismo. Uma introdução. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Trabalho original publicado em 1914).

FREUD, S. Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Trabalho original publicado em 1915a).

FREUD, S. O Inconsciente. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Trabalho original publicado em 1915b).

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Trabalho original publicado em 1915c).

FREUD, S. Conferências introdutórias. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XV. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1916-17).

FREUD, S. Luto e melancolia. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1917).

FREUD, S. A história de uma neurose infantil. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1918).

FREUD, S. Uma criança é espancada. Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1919).

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1920a).

FREUD, S. A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (trabalho original publicado em 1920b).

FREUD, S. Uma neurose demoníaca do século XVII. In FREUD, S.. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1977 (trabalho original publicado em 1923a).

FREUD, S. O ego e o id. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1923b).

FREUD, S. A organização genital infantil: uma interpolação à teoria da sexualidade. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1923c).

FREUD, S. Neurose e Psicose. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1924a).

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1924b).

FREUD, S. Algumas consequências da distinção anatômica entre os sexos. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1925a).

FREUD, S. Um estudo autobiográfico. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1925b).

FREUD, S Fetichismo. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (Trabalho original publicado em 1927a).

FREUD, S. Futuro de uma ilusão. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (Trabalho original publicado em 1927b).

FREUD, S. Mal estar na civilização. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974 (Trabalho original publicado em 1930).

FREUD, S. Um distúrbio de memória na acrópole. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1976 (Trabalho original publicado em 1936).

FREUD, S. Construções em análise. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Trabalho original publicado em 1937).

FREUD, S. Esboço de psicanálise. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Trabalho original publicado em 1940a).

FREUD, S. A divisão do ego no processo de defesa. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Trad. J. Salomão, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1975 (Trabalho original publicado em 1940b).

GARCÍA-BADARACCO, J.E. (1994) Comunidade Terapêutica Psicanalítica de Estrutura Multifamiliar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

HANS, L. Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HEIDBREDER, E. Psicologias do século XX. São Paulo: Mestre Ju, 1969.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. In Revista da Escola de Enfermagem USP, 38(1):13-20, 2004.

JAPIASSU, H. Introdução às ciências humanas. São Paulo: Letras e Letras, 1994.

JAPIASSU, H. Introdução à epistemologia da Psicologia, 2ª edição. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

KARDINER, A. A influência da psicodinâmica no estudo da cultura. In KARDINER, A; PREBLE, E. Eles estudaram o homem. São Paulo: Cultrix, 1964.

KAUFMANN, P. (Ed) Dicionário Enciclopédico de Psicanálise – O Legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

KLEIN, M. Inveja e gratidão e outros trabalhos (1925-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1991.

KLEIN, M. Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1946-1963). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M. A Psicanálise de crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998

LACAN, J. O seminário. Livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LALANDE, A. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.-B. Vocabulário da Psicanálise. 3ª ed. Lisboa: Moraes, 1976.

LEWIN, K. Princípios de Psicologia Topológica. São Paulo: Cultrix, 1973.

LORENZ, K. A agressão. Uma hitória natural do mal. Lisboa: Moraes, 1973.

LORENZ, K. Behind the mirror. A search for a natural history of human knowledge. New York: Harvest/HBJ, 1977.

LORENZ, K. Fundamentos da etologia. São Paulo: Unesp, 1995.

LUCHINA, I., LUCHINA, N. FERRARI, H. La Interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Ed. Nueva Visión, B. Aires, 1977.

LUCHINA, I., LUCHINA, N., FERRARI, H. Nuevos desarrollos de la Interconsulta médico-psicológica. Ed. Nueva Visión, B. Aires, 1979.

LUCHINA, I. et cols. El Grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional. Buenos Aires: Paidós, 1982.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para a humanização do processo de trabalho em saúde. In Ciência do Cuidado em Saúde, 2007 Jul/Set;6(3):351-356.

MARTY, P.; MÚZAN, M. El pensamento operatório. In Revista de Psicoanálisis, v.40. Buenos Aires, 1983.

MEHRY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 6, 2000. Disponível em www.scielo.br.

MEHRY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MENNINGER, K. Man agains himself. New York: Harcourt, Brace & World, 1966.

MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992).

MINAYO, M.C. de S. Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social. In MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.) Caminhos do pensamento. Epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Manual do Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília, 2000. Acessível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf

MISSENARD, A. (coord.) A experiência Balint. História e atualidade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MOORE, B.E. & FINE, B.F. Termos e Conceitos Psicanalíticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MOREIRA, J.B. Comunicação: Tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do cuidado - enfermeiro e usuários. Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. Campos Gerais, 2010. Disponível em www.scielo.br.

NEILL, A. S. Liberdade sem medo. São Paulo, Ibrasa, 1967.

NEILL, A. S. Liberdade sem excesso. São Paulo, Ibrasa, 1976.

OBHOLZER, K. Conversas com o Homem dos Lobos. Uma psicanálise e suas consequências. Rio de Janeiro: Zahar. 1993.

PERESTRELLO, D. A Medicina da Pessoa, 4ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.

PICHON-RIVIÈRE, E. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RICOEUR, P. Freud: uma interpretación de la cultura. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 1970.

RIBEIRO, L.; GOMES, R.; SILVA, M. Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. In Actas do VII Simposio Nacional de Investigação em Psicologia. Portugal: Universidade do Minho, 2010.

SALLES, A. A. Transformações na relação médico-paciente na era da informatização. In Revista Bioética 2010; 18 (1): 49-60.

SELYE, H. Stress. A tensão da vida. 2ª edição. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SIFNEOS, P.; NEHEMIAH, C. Alextymia. Na overview. In Modern trends in psychosomatic medicine. Boston, Little Brown: 1983.

SPROUL, B. Mitos primais. São Paulo: Siciliano, 1994.

TAVARES, F.M. Reflexões acerca Iatrogenia e Educação Médica. In Revista Brasileira Educação Médica. In Revista Brasileira de Educação Médica 31(2): 180-185; 2007. Disponível em www.scielo.br

TENENBAUM, D. Crônica de um Hospital Geral II - O Leito nº 5. In Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, nº 3, 1991.

TENENBAUM, D. Crônica de um Hospital Geral VIII - Médicos Psicólogos num Hospital Geral. A Saída Melancólica. III Jornada da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática sobre o trabalho em instituições de saúde: teoria e prática, Regional do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1992a.

TENENBAUM, D. Abordagens psicoterápicas num hospital Geral. Reunião científica do Serviço de Psicologia Médica do hospital Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, 1992b.

TENENBAUM, D. Pulsão de morte – Dr. Freud, um antropólogo? In Revista de Psicanálise do Rio de Janeiro, n°1, vol. 2, ano 2, 1992c.

TENENBAUM, D. Crônica de um Hospital Geral VI - Dr. Freud, um machista genial (Uma contribuição ao tema da genitalidade). In Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, julho/1994.

TENENBAUM, D. Crônica de um Hospital Geral V – Criando Monstros. In Revista Ide nº 26, abril, 1995.

TENENBAUM, D. Uma contribuição da Psicanálise à Medicina Psicossomática. IX Congresso Sul Mineiro de Medicina Psicossomática, 2009, São Lourenço.

TENENBAUM, D. Investigando Psicanaliticamente as Psicoses. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

TENENBAUM, D. As principais contribuições da Psicanálise à Medicina Psicossomática, Psicologia Hospitalar e Psicologia Médica. Curso ministrado no 29° Congresso da Federación Psicoanalítica de la América Latina (Fepal), São Paulo, 2012.

TENENBAUM, D. Paternidade e função paterna. In Revista Trieb, vol. XII, n°1 e 2, 2013.

UEXKÜLL, J. J. Umwelt und Innenwelt der Tiere. Berlin: J. Springer, 1909.