

# A criança, sua doença e o hospital como espaço terapêutico

## Relato de uma experiência

Maria Laurinda Ribeiro de Souza

**Maria Laurinda Ribeiro de Souza** é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Professora do curso de Psicanálise.

**Resumo** Este texto faz um recorte sobre a experiência de um psicanalista no hospital geral, situando os momentos históricos de implantação, em São Paulo, dos Serviços de Higiene Mental. Atenção especial é dada ao lugar da palavra, da transferência e aos tempos possíveis de intervenção.

**Palavras-chave** psicanálise e medicina; transferência; a criança e suas doenças.

Era uma vez, muitos e muitos anos atrás... pequenos príncipes e princesas que tinham que enfrentar muitas vicissitudes para crescer e aceder a um lugar de reconhecimento...

É assim que em geral começam os contos de fadas. O início costuma ser semelhante, mas em cada um deles podemos encontrar uma forma muito diversificada de lidar com as fantasias mais primárias de desamparo, de insuficiência e dos perigos e riscos que marcam a passagem, sempre angustiante, da infância para a idade adulta. Essas mesmas vicissitudes podem ser encontradas em outros contextos que não o de conto de fadas: no difícil reconhecimento da infância como um lugar subjetivo, na dificuldade da psicanálise com crianças para ser reconhecida como pertinente ao campo oficial da psicanálise, na estranheza de um psicanalista dentro do hospital geral.

Pensei que esta seria uma boa forma para introduzir a questão que pretendo abordar neste texto. Trata-se de um recorte histórico de um momento específico de minha experiência como psicanalista num hospital geral. Essa travessia pela *terra estrangeira* confrontou-me com a dificuldade de incluir a função terapêutica no espaço hospitalar, para além dos cuidados médicos, com as resistências por parte da equipe oficialmente reconhecida, mas também com a própria resistência do discurso dito *psi* que, muitas vezes, é mais encarnado como poder soberano do que o dos outros profissionais. A frase final dos contos de fadas: *e foram felizes para sempre* não fazia parte desse enredo.



*é muito frequente que os pedidos de interconsulta dirigidos aos profissionais psi tenham como objetivo implícito, quando não explícito, a abolição dos aspectos emocionais que atrapalham os procedimentos médicos*

134

PERCURSO 44 : junho de 2010

A entrada de um psicanalista no hospital geral é atravessada por um duplo conflito: de um lado, o de não se ver reconhecido pelos seus pares mais ortodoxos, já que perverte as normas do dito *setting* analítico e, por outro, o confronto com um território já dominado por normas muito definidas de tratamento e de cura. Castel referiu-se à entrada da Psicanálise nas instituições com uma metáfora bastante significativa: “é como a entrada de um elefante numa loja de cristais” – perigo para o elefante que se vê contido em seus movimentos e perigo para os donos da loja que vivem a ameaça de que se estilhacem seus cristais dispostos numa ordem tão bem estabelecida!

Oswaldo di Loreto (2004), em seu livro *Origem e modo de construção das moléstias da mente*, texto autobiográfico em que discorre sobre o percurso como terapeuta num hospital geral e em outras instituições, assim se apresenta: “Gostaria muito de emprestar de Freud o título, mas não me senti à vontade para fazê-lo. Não sou psicanalista oficial, ‘de carreira’; sou analista adotado. Adotei a Teoria psicanalítica. Ela é minha Teoria psicológica. Como a adoção não me torna um analista, torna-me o que sou – psiquiatra oficial; psicanalista clandestino – decidi-me pelo título

clínico”<sup>1</sup>. É com esse *lugar de clandestino* que se defronta aquele que se embrenha na difícil tarefa de se tornar cidadão de uma terra já oficialmente demarcada.

O relato de algumas experiências clínicas revelará as possibilidades de se construir um lugar e um campo transferencial que, sem escamotear os conflitos apontados acima, poderá explicitar uma nova forma de se entender e escutar o sujeito que adocece e necessita de cuidados específicos. Enquanto psicanalistas somos também convocados a uma dupla inserção; não se trata apenas de escutar a criança e sua doença, mas também, de lidar com formas muito rotineiras e estereotipadas presentes no discurso médico e no ambiente hospitalar. Angústias próprias da criança hospitalizada, mas também angústias da família e da equipe que interferem na condução da cura.

Em seu livro, Di Loreto relata o início pioneiro do Setor de Higiene Mental e Psiquiatria Infantil, serviço que organizou, juntamente com Dulce Marcondes, na década de 1950, no Hospital das Clínicas. Esse nome *Higiene Mental* devia-se a uma tentativa de não criar conflitos com o poder oficial da psiquiatria, mas estava também carregado de um sentido de higienização que persiste, em certa medida, até hoje. É muito frequente que os pedidos de interconsulta dirigidos aos profissionais psi tenham como objetivo implícito, quando não explícito, a abolição dos *aspectos emocionais* que *atrapalham* os procedimentos médicos. Enquanto a ciência age sobre o corpo, numa tentativa de eliminar os sintomas, a psicanálise propõe-se a escutar o sujeito; a incluir seu sofrimento, seu mal-estar, no processo de cura. Um pediatra fez-me, certa vez, um pedido angustiante para que o acompanhasse numa visita ao leito de uma criança; ele a atendera durante longo tempo quando estava em coma, mas quando ela acordou e começou a falar e agitar-se, ele não sabia como responder-lhe!

Outro aspecto dessa higienização era o isolamento do serviço; o atendimento era ambulatorial – não estava disponível para as crianças internadas na enfermaria de pediatria. Sua am-



pliação exigiu, como diz Di Loreto, uma tarefa de *catequese*: “Dulce e eu percorremos os dez andares do HC, clínica por clínica, aproveitando as suas reuniões gerais e contando, a nosso favor logicamente, tudo o que sabíamos e nos foi perguntado. Tirante algumas ironias – obrigatórias quando se fala da mente – fomos recebidos com simpatia, interesse e, principalmente, com curiosidade. Éramos bichos raros de uma espécie nova”<sup>2</sup>. A partir da década de 1970, essa experiência inseriu-se nas enfermarias e tornou-se modelo de formação para muitos analistas.

Do ponto de vista histórico, é importante assinalar que a ideia de Higiene Mental estava intimamente associada ao conceito de eugenia<sup>3</sup>: A Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada no Rio de Janeiro, em 1923, com o objetivo inicial de melhorar a assistência aos doentes mentais por meio da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Seus programas visavam à higiene psíquica individual e à prevenção das doenças mentais. Apenas cinco anos depois essa ideia de higiene se expandiu para os meios escolar, profissional e social e justificou suas práticas apoiando-se nos progressos teóricos da eugenia. Em 1934, com forte influência da psiquiatria alemã, a eugenia tornou-se o principal objetivo dessas práticas, recebendo apoio e reconhecimento do Estado Novo. Mas houve, também, um grupo de higienistas que se opuseram a esse princípio eugênico e lutaram pela humanização dos hospitais e contra os preconceitos raciais, entre eles Ulisses Pernambucano, em Recife, que foi quem iniciou a primeira experiência comunitária de atendimento, com equipes multiprofissionais.

1 O. di Loreto, *Origem e modo de construção das moléstias da mente*, p. 3.

2 O. di Loreto, *op. cit.*, p. 82.

3 Jurandir Freire Costa, em seu livro *A história da Psiquiatria no Brasil*, desenvolve uma análise crítica a respeito dessa associação.

4 Uma descrição mais detalhada sobre as “Vias iniciais da Psicanálise no Brasil” e sobre a “Psicanálise com crianças em São Paulo” encontra-se no texto de Maria Dias Soares e Mary Ono: “Psicanálise com crianças: histórias que configuram um campo”, no livro *Psicanálise com crianças. Perspectivas teórico-clínicas*.

»  
*a psicanálise foi se  
incorporando ao discurso  
social e fundamentando  
as novas práticas  
de Saúde Mental em vários  
dispositivos institucionais*

Outro fato histórico que nos interessa é que o surgimento institucional da psicanálise no Brasil só se deu no final da década de 1940 – a Sociedade de Psicanálise de São Paulo foi fundada em 1949. Experiências anteriores de introdução da psicanálise deram-se através da divulgação de sua produção teórica ligada à pedagogia, ao direito, à pediatria e, também, às primeiras propostas de educação e tratamento de crianças nas instituições públicas por meio das Clínicas de Orientação Infantil<sup>4</sup>. A partir da década de 1970, criaram-se serviços alternativos às práticas asilares vigentes, marcados por um movimento de contestação à situação política ditatorial da época, e com influência dos efeitos, também contestatórios, da revolta de maio de 1968, na França, do início da antipsiquiatria, na Inglaterra e na Itália, dos movimentos comunitários americanos da década de 1960, e das práticas sociais na Argentina. Iniciaram-se, também, outras ofertas de formação para analistas – fora do âmbito da sociedade oficial, e sua ação extrapolou o espaço dos consultórios privados. A psicanálise foi se incorporando ao discurso social e fundamentando as novas práticas de Saúde Mental em vários dispositivos institucionais. A ideia de humanização



*foi com essa ideia  
de humanização que  
se iniciou, em 1982,  
um projeto de Saúde Mental  
para os oito Hospitais  
e oito Pronto-Socorros  
da Prefeitura de São Paulo*

136

PERCURSO 44 : junho de 2010

e inclusão sobrepôs-se – às vezes só no discurso – à de higiene e eugenia.

Foi com essa ideia de humanização que se iniciou, em 1982, um projeto de Saúde Mental para os oito Hospitais e oito Pronto-Socorros da Prefeitura de São Paulo. O pedido era amplo: trabalhar com a integração das equipes, com os relacionamentos grupais, com o atendimento aos pacientes... Uma proposta, portanto, não ambulatorial, mas de integração ao cotidiano do hospital<sup>5</sup>. O momento era de abertura política; depois de longo tempo retomava-se o processo democrático e havia perspectivas de mudanças possíveis nas instituições<sup>6</sup>. A entrada em um dos hospitais, para implantação do projeto, foi marcada por um longo ano de perambulação até que se vislumbra-se a possibilidade de algum reconhecimento que se confirmou pelo acesso a um espaço físico.

O primeiro pedido de atendimento veio através de um médico que atendia uma criança que sofrera um acidente. O pai morrera no acidente e a equipe não sabia como dar a notícia à criança que perguntava por ele. A mãe, atendida por mim e pela assistente social, não sabia se o filho aguentaria a notícia; ela também se sentia muito fragilizada com a perda sofrida. O menino

ficou internado duas semanas. Durante esse tempo acompanhei-o no leito e atendi a mãe. Antes da alta, com minha presença, ela deu a notícia ao filho. A resposta do filho foi surpreendente para ela e para a equipe: ele disse que já sabia; só estava esperando que ela pudesse dizê-lo. Ele deu-lhe o tempo necessário para que pudessem falar do que acontecera e chorar juntos. Primeiro encontro com aquilo que se demanda a um analista nessa instituição: ocupar-se das palavras que não podem ser ditas, facilitar a possibilidade de sua circulação, reconhecer que a verdade dita é sempre menos angustiante do que seu ocultamento. *Suportar um tempo de espera e de presença para que ela possa advir.*

Vejamos outra situação: Ney chega ao hospital em estado muito grave. Fora atropelado por um caminhão, estava com o abdome aberto e com dificuldade respiratória. Fui chamada dois dias depois da internação porque os médicos se surpreenderam com sua rigidez corporal e com seus olhos arregalados e assustados – há dois dias não dormia. Quando chego perto de seu leito, ele está cercado pela equipe. Também me assusto, penso que esperam de mim um milagre e que não sei o que fazer. Aproximo-me, pego a mão do menino que está dura e fria e apresento a ele as pessoas que o cercam. Explico-lhe por que está ali e o que lhe aconteceu. Digo-lhe que todos estão preocupados porque ele não dorme; que eu imagino que ele esteja com medo e tendo que tomar conta de tudo que lhe acontece; mas, todos estão ali para cuidar dele e, portanto, ele podia descansar... Logo em seguida, ele adormece. De fato, as palavras têm um efeito milagroso – verdade que nunca deixa de nos surpreender em nosso percurso como analistas. Algum tempo depois, estou atendendo esse menino na UTI e uma criança ao lado chora desesperada, embora a enfermeira tente acalmá-la. Quando a criança diminui a agitação, ele me olha e diz: “Sabe, eu também fiquei assustado quando cheguei aqui”. E, então, conversamos sobre sua chegada e sua permanência na UTI. Tempos depois ele iria para o quarto da enfermaria, na Pediatria.



Essa passagem da UTI para a enfermaria da pediatria marcou, para a equipe da UTI, um impasse que revelou a intensidade da transferência estabelecida com essa criança, a dificuldade em se desligar dela e a projeção que se fazia dos afetos implícitos nesse processo, através de uma desconfiança com relação à continuidade do tratamento. Surgiram falas de temor por um risco de contaminação e de anulação de tudo que havia sido feito para possibilitar o processo de cura. Tornou-se, então, necessário estabelecer uma estratégia de passagem – tanto para a equipe quanto para a criança.

Em sua primeira visita à Pediatria – num processo interessante de despedida da equipe da UTI que o acompanha nessa passagem – acontece uma situação de emergência num dos leitos. O médico rapidamente isola o leito e continuamos como se nada tivesse acontecido. Ao final da visita, na volta à UTI, ele me pergunta: “quando eu for para lá também vou ser operado?” Conquistou um espaço para perguntar e para dizer que percebe o que acontece à sua volta; penso que ele também apreendera a ideia de riscos presente na equipe da UTI.

Em outro dia, durante minha visita, pega a caixa de papelão que contém seus brinquedos, a maior parte deles trazidos pela equipe que trata dele, escolhe uma carteira e arruma nela o dinheiro que também ganhara durante os sete meses de internação. Olha-me e diz que está arrumando suas coisas para quando for viajar. Ele se prepara para sair da UTI. De fato, nessa mesma semana ele é transferido para a Pediatria de onde, algum tempo depois, vai para casa.

Formular pedidos de interconsulta era sempre mais suportável para a equipe do que incluir um trabalho rotineiro nas enfermarias. Mas, com o tempo, isso tornou-se possível. Organizaram-se

- 5 No início da década de 1980, o Hospital Infantil Menino Jesus era o único hospital municipal que possuía um Serviço de Higiene Mental, que funcionava prioritariamente como serviço ambulatorial.
- 6 A análise dessa experiência de diagnóstico dos hospitais e implantação do projeto encontra-se no livro *Psicologia hospitalar*. Para os fins deste texto vou ater-me ao atendimento às crianças internadas em um dos hospitais onde atuei.

»  
*uma criança sobrevive  
ao ataque mortífero da mãe  
que esfaqueara seus três filhos e  
depois tentara suicídio ingerindo soda  
cáustica. A equipe que atende a mãe  
faz, sem se dar conta, várias tentativas  
de ataque à sua sobrevivência;  
insuportável a ideia do que  
uma mãe pode fazer à sua cria*

grupos de discussão, visitas diárias e acompanhamentos conjuntos, além de uma biblioteca e passeios com as crianças pelas áreas livres do hospital – o que causou grande escândalo e terror de contaminações. É verdade que a assepsia é um princípio médico importante, mas, muitas vezes, ela apenas serve como argumento para que não haja contatos ou para que os pacientes não abandonem seu lugar de passividade. Os profissionais, apesar do discurso de assepsia, não ficam imunes às transferências que se estabelecem com seus pacientes, às realidades psíquicas e sociais com que são confrontados, e poderão instrumentar seu saber ou seu desconhecimento, em direção à cura ou em direção à morte, dependendo daquilo que puderem reconhecer e elaborar nesse processo. Às vezes, as situações colocam-se no limite do trágico: uma criança sobrevive ao ataque mortífero da mãe que esfaqueara seus três filhos e depois tentara suicídio ingerindo soda cáustica. A equipe que atende a mãe faz, sem se dar conta, várias tentativas de ataque à sua sobrevivência; insuportável a ideia do que uma mãe pode fazer à sua cria. O pai desaparece da cena e pouco visita a filha. A menina desenvolve uma série de sintomas fóbicos e começa a falar como bebê;



na história do movimento psicanalítico, Dolto, Winnicott, Maud Mannoni, Arminda Aberastury, Ginette Raimbault, entre outros, deixaram-nos várias contribuições sobre as aproximações possíveis entre a psicanálise e a medicina

138

PERCURSO 44 : junho de 2010

ninguém consegue dizer-lhe o que aconteceu, embora ela pergunte pela mãe e pelos irmãos. Depois de um tempo de acompanhamento, fico com ela na sala lúdica da Pediatria e ela me repete a pergunta. Começo a falar sobre o que se passou. Ela aproxima-se, senta-se no meu colo e chora. Diz-me com voz clara, própria de uma menina de nove anos: “minha mãe nos amava; fez isso porque enlouqueceu”. Nesse momento tenho certeza de que ela tinha razão. Ela me fala dos ciúmes que tinha dos irmãos, mas que não queria que eles morressem. Eu lhe digo que ela não tem culpa, que os irmãos têm ciúmes uns dos outros; ela até tentou salvá-los pedindo ajuda aos vizinhos. Foi como ela disse: a mãe gostava deles, mas enlouqueceu. Ao final de nosso encontro, os sintomas fóbicos desaparecem e ela circula com mais liberdade pelo hospital. *Aqui o tempo é de urgência, de falas necessárias para que se mantenha a possibilidade de sobrevivência psíquica*<sup>7</sup>.

Na história do movimento psicanalítico, Dolto, Winnicott, Maud Mannoni, Arminda Aberastury, Ginette Raimbault, entre outros, deixaram-nos várias contribuições sobre as aproximações possíveis entre a psicanálise e a medicina. Legado que nos instrumenta, enquanto

analistas, a ocupar um lugar legítimo dentro das instituições hospitalares.

Maud Mannoni assim se refere a esse lugar: “a realidade da doença não é em nenhum momento subestimada pela psicanálise... Para a criança, são as palavras pronunciadas pelo seu grupo a respeito da doença que vão adquirir importância. São essas palavras ou a ausência delas que vão criar nela a dimensão da experiência vivida. É também a verbalização de uma situação dolorosa que pode permitir-lhe dar um sentido ao que vive. Qualquer que seja o estado real de deficiência ou de perturbação da criança, o psicanalista procura entender a palavra que permanece condensada numa angústia ou cercada numa enfermidade corporal”<sup>8</sup>. Se há disponibilidade para essa escuta, a criança a apreende e, em geral, é capaz de responder de imediato ao que lhe é oferecido.

O caso de Iiro, relatado por Winnicott, em seu livro *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*, é um exemplo claro dessa afirmação. Winnicott visitava um hospital infantil, na Finlândia, e a equipe lhe pediu que descrevesse para eles um paciente. Ele se dispôs a apresentar seu trabalho por meio de um paciente que eles próprios já conhecessem. Foi escolhida uma criança da ortopedia portadora de sindactilismo – um problema congênito que demandara atenção permanente e que apresentava, também, uma série de sintomas bastante vagos – dores de cabeça, confusões, dores abdominais. Iiro tinha na época 9 anos e 9 meses.

Winnicott lhe apresentou o jogo de rabis-cos e fez o primeiro traço. O menino respondeu imediatamente – é o pé de um pato. Tornou-se evidente que ele desejava falar sobre sua incapacidade. No decorrer dos desenhos há uma aproximação progressiva dos processos de negação de sua deformidade e da idealização das cirurgias sucessivas a que se submetia, como uma forma de garantir o amor de sua mãe. Após essa entrevista com o menino, a mãe solicita também um atendimento e Winnicott é sensível ao conluio que se formara entre a mãe e a criança com relação à



insistência nas cirurgias corretivas. A partir dessa intervenção, a equipe e a mãe mudam sua conduta e uma atitude mais realista foi adotada com relação à correção das mãos e dos pés de Iiro.

Termino com um relato de Françoise Dolto. Ela nos fala do lugar da transferência, da importância de se reconhecer na criança um sujeito, não importando a idade que ela tenha e das ressonâncias de uma presença significativa do analista.

Dolto estava em uma reunião, na casa de amigos, num fim de semana e, de repente, lembra-se de um de seus pequenos pacientes. Levanta-se e sai rapidamente dizendo: “Esqueci de dizer ‘até logo’ a Michel! Volto dentro de uma hora...” Ela deixa todos curiosos com essa saída e retorna ao hospital de Crianças-Doentes onde trabalhava. Michel era uma criança de 18 meses, que estava na seção de radiologia, quando, na sexta-feira, Dolto deixou o hospital ao meio-dia. Ela prometera a si própria que se despediria dele antes de sair, mas fora embora sem o fazer. Ao chegar ao hospital a vigilante lhe disse que o menino estava pior desde que saíra da radioterapia. Aproxima-se do leito de Miche, que está triste, prostrado com ar indiferente, e lhe diz: “Veja só! Sua senhorita Marette é muito má. Esta manhã esqueci de ir dizer a você ‘até logo’ quando você estava na radioterapia... Parece que você não tomou o lanche. Ele não está bom? Escute-me, penso em você... e agora o doutor vai passar e eu não venho, mas estarei de volta na segunda, de manhã. Amanhã é domingo, é um dia que não venho, mas o doutor está aí e, além disso, sua

»  
*Winnicott foi muitas vezes criticado e acusado de não ser psicanalista. A isso ele respondia dizendo que não importava se o que fazia era ou não psicanálise; o importante era fazer aquilo de que o paciente precisava*

mamãe e seu papai virão ver você, e você também tem seus colegas. Até segunda”. Na segunda de manhã, a vigilante lhe disse que, após sua saída, Michel melhorou, conseguiu comer e dormiu tranquilo.

Winnicott foi muitas vezes criticado e acusado de não ser psicanalista. A isso ele respondia dizendo que não importava se o que fazia era ou não psicanálise; o importante era fazer aquilo de que o paciente precisava. Dolto e Mannoni, por sua ousadia transgressiva, foram chamadas de bruxas por seus pares, mas nós sabemos que há que haver bruxas para que se faça um bom conto de fadas.

7 Um relato mais detalhado deste atendimento encontra-se na revista de psicanálise *Percurso*, do segundo semestre de 1992.

8 M. Mannoni, *A criança, sua “doença” e os outros*, p. 65.

### Referências bibliográficas

- Birman J. (coord.) (1988). *Percursos na história da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus.
- Costa J.F. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil*. 4.ed. Rio de Janeiro: Xenon.
- Di Loreto O. (2004). *Origem e modo de construção das moléstias da mente. A psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dolto F. (2005). *A causa das crianças*. São Paulo: Ideias&Letras.
- Gueller A.S.; Souza, A.S.L. (org.) (2008). *Psicanálise com crianças. Perspectivas teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mannoni M. (1971). *A criança, sua "doença" e os outros*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Souza, M.L.R. (1992). O hospital como espaço terapêutico. *Percurso*, revista de psicanálise, ano v, n. 9, 2. sem.
- \_\_\_\_\_. (1997). Psicanálise, hoje e amanhã. *Percurso*, n. 19, 2. sem.
- \_\_\_\_\_. (1984). A elaboração e implantação de um projeto de atendimento de saúde mental em hospitais municipais na cidade de São Paulo – relato de uma experiência. In: Camon V.A.A. (org.), *Psicologia hospitalar. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço.
- Winnicott D.W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago.

### The child, his illness and the hospital as a therapeutic area

**Abstract** This text presents the experience of a psychoanalyst in a general hospital, focusing on the historical moments of the establishment of Mental Health Services, in São Paulo, Brazil. Special attention is paid on the place of the words, the transference and the time of the interventions.

**Keywords** Psychoanalysis and Medicine; transference; child and his diseases.

**Texto recebido:** 12/2009

**Aprovado:** 04/2010