

A clínica psicanalítica como dispositivo de acolhimento para a promoção de saúde

*Maria Salete Junqueira Lucas**

*Sand Vanz^z***

*Thalita Saramago de Souza****

Resumo

O trabalho do psicanalista no hospital, quando em conformidade com a Política Nacional de Promoção à Saúde, contempla a possibilidade de aprimorar o acolhimento da subjetividade dos sujeitos, a fim de reduzir o sofrimento intrínseco à experiência de adoecimento. Neste sentido, este artigo tem como foco o estudo de caso clínico de um paciente cardiopata, vivenciado durante o Programa de Residência em Saúde do HU-UFGD. Seu objetivo pautou-se em explorar o planejamento em saúde enquanto modelo clínico para aprimorar o cuidado em saúde, o que perpassa pela Clínica Ampliada e pela teoria psicanalítica e suas contribuições para o cuidado ao indivíduo hospitalizado. Nossa análise é de que o paciente apresentado neste artigo corrobora a força do encontro analítico como um dispositivo de cuidado, no qual o espaço criado constitui-se como elemento capaz de ampliar, expandir e esclarecer a situação emocional experienciada pela analista e pelo paciente.

Palavras-chave: Promoção de saúde; Clínica Psicanalítica; Hospital.

The Psychoanalytical Clinic as a Device For Reception for Health Promotion

Abstract

The psychoanalyst's work in the hospital, when in accordance with the National Health Promotion Policy, contemplates the possibility of improving the reception of the subjects' subjectivity, in order to reduce the intrinsic suffering of the illness experience. In this sense, this article focuses on the clinical case study of a cardiac patient, experienced during the Health Residency Program at HU-UFGD. Its objective was based on exploring health planning as a clinical model to improve health care, which permeates the Expanded Clinic and psychoanalytic theory and their contributions to the care of the hospitalized individual. Our analysis is that the patient presented in this article corroborates the strength of the analytical encounter as a care device, in which the space created is an element capable of expanding, expanding and clarifying the emotional situation experienced by the analyst and the patient.

Keywords: Health promotion; Psychoanalytic clinic; Hospital.

* ORCID iD <http://orcid.org/0000-0001-5206-9358> . Possui Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Especialização em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia, Mestrado em Serviço Social Pela Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP – Franca), Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professora Adjunta da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFGD, Professora da Residência Multiprofissional em Saúde – HU – UFGD. Tem experiência nas áreas de Psicanálise, Psicologia Clínica e Prevenção Psicológica, Psicologia e Nutrição, Ensino em Saúde e Orientação Profissional
E-mail: marialucas@ufgd.edu.br

** Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Especialista em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFGD. Psicóloga de Clínica de Hemodiálise. E-mail: sandyvanz@hotmail.com

*** Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Especialista em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HU-UFGD. Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul, com atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Estado. E-mail: thali.saramago@gmail.com

O trabalho do psicanalista no hospital contempla a possibilidade de aprimorar o acolhimento de acontecimentos físicos e psíquicos dos sujeitos, a fim de reduzir o sofrimento intrínseco à experiência de adoecimento. Está em conformidade com a Política Nacional de Promoção de Saúde quando promove o empoderamento e o desenvolvimento da capacidade da população para atravessar as intempéries da vida da melhor maneira possível.

A promoção de saúde se constitui como um dos pilares para o enfrentamento dos inúmeros agravos que afetam as pessoas e as comunidades, e o resultado dessa experiência contribui para o aprimoramento de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde. De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986), a promoção de saúde consiste em um processo de capacitação de comunidades para o desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida e saúde das populações. Entende-se com esta proposta que a saúde é o maior recurso para desenvolver capacitações que englobam melhorias no campo social, econômico e pessoal.

O propósito da promoção de saúde é, então, a superação do modelo biomédico, que promove um apagamento do sujeito em suas esferas subjetivas e sociais quando privilegia o saber biológico, reduzindo outros aspectos que precisam ser levados em conta para significar a experiência complexa do sujeito. É preciso dar voz ao sujeito, ao usuário, seja de que território for, a fim de torná-lo protagonista de sua doença, sua história e das condições sociais e subjetivas que permeiam sua vida. É preciso compreender que os saberes biológico e psicológico não esgotam os fatores implícitos nessa dinâmica, e que precisamos expandir essa compreensão para outros fatores implícitos, como a cultura, o entorno ambiental e social dos sujeitos (Rozemberg & Minayo, 2001).

Em consonância com esse propósito, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual busca: “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (Brasil, 2014, p. 13). O trabalho para a melhoria das condições de vida da população visa operar uma transformação importante na organização dos sistemas e serviços de saúde, nas práticas e na formação dos profissionais (Buss, 2000).

Este trabalho pretende explorar o planejamento em saúde enquanto modelo clínico para aprimorar o cuidado em saúde, o que perpassa pela Clínica Ampliada e pela teoria psicanalítica e suas contribuições para o cuidado ao

indivíduo hospitalizado. Nesse sentido, ao considerarmos as práticas nos serviços de saúde para a melhoria das condições de vida dos sujeitos, estamos levando em conta o resgate da importância da clínica nos serviços públicos de saúde. No hospital, a clínica, na verdade são as clínicas, porque engloba todas as profissões que compõem um serviço de saúde e a diversidade das modalidades clínicas que lidam com o cuidado ao paciente desde o diagnóstico, tratamento, reabilitação, e até a prevenção secundária (Campos, 2003).

Observamos que a clínica psicológica ficou bastante reduzida ante as práticas de saúde coletiva, como se não fosse importante e como se não pudesse auxiliar na prevenção e na promoção de saúde. Esquecem de que uma parte da Saúde Coletiva depende, em alguma medida, dos modos de subjetivação que são operados por parte da elaboração de novos parâmetros que subsidiem o exercício profissional. Campos (2003, p. 110) afirma que “o Planejamento em Saúde estará sempre ligado às questões advindas das modelagens clínicas e da subjetividade dos grupos que estão em ação”.

Tradicionalmente, a Saúde Coletiva estruturou-se no cuidado da população a partir de práticas grupais, com a compreensão das determinações sociais, econômicas e políticas, contrapondo-se às práticas individuais, causando um estranhamento quando se pensa numa clínica que deveria ser plural e voltada para o reconhecimento da subjetividade da própria equipe e da singularidade dos sujeitos.

Quando pensamos na proposta clínica que deve fazer parte do planejamento dos serviços de saúde, não nos interessa a Clínica Degradada nem a Clínica Tradicional, categorizações elencadas por Campos (2003). A Clínica Degradada é aquela que trata os sintomas com inúmeras consultas destinadas aos pacientes e com poucas reflexões sobre o que foi produzido de saúde efetivamente; e a Clínica Tradicional procura tratar os sujeitos focada na cura, não na prevenção e nem na reabilitação. Esta categoria procura sistematizar as doenças através do que há de comum nelas, ela é herdeira da tradição biomédica. Em contrapartida, interessa-nos, sim, a Clínica Ampliada, categoria que melhor responde aos anseios de uma práxis na qual a doença não ocupa todo o lugar do sujeito, e sobre a qual abordaremos mais pormenorizadamente no decorrer desse texto. O que nos interessa nessa clínica é o sujeito, com seu adoecimento, com sua subjetividade, seu modo de estar no mundo.

Nessa perspectiva, torna-se relevante pensar sobre a inserção do psicólogo no hospital geral, mais especifica-

mente inserido em um contexto de uma residência multiprofissional em saúde; na experiência de atendimento para dar voz aos inúmeros questionamentos suscitados pela escuta e intervenção que a psicanálise propõe, mesmo que ela seja realizada em um curto espaço de tempo, como costuma ser o da hospitalização de um paciente submetido a uma cirurgia cardíaca; a consonância entre o profissional da psicologia com a promoção de saúde, quando promove a capacidade dos sujeitos e usuários dos dispositivos de saúde para desenvolver habilidades pessoais que os farão adquirir mais poder decisório e autonomia, bem como poder desenvolver na equipe, enquanto trabalhadores da saúde que acolhem os usuários, maiores competências para o trabalho de promoção da saúde para a vida das pessoas.

A experiência com o paciente, bem como os resultados das nossas análises mostraram a importância da escuta singular que a Psicanálise propõe em contextos diferentes da clínica padrão. No hospital, deparamo-nos com a constituição de um ethos próprio, do paciente estar circunscrito a um lugar de cuidados, da incessante constatação da existência de doença e de morte e, talvez, da resignificação da vida que algumas pessoas terão a oportunidade de vivenciar, sejam elas pacientes, familiares ou profissionais da saúde.

O ambiente privilegiado do mal-estar, por excelência, o hospital, nos instiga a realizar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, e de como o cuidado em uma unidade de internação pode ser expandido para além da análise clássica da psicanálise, a partir de um manejo que ofereça um encontro essencialmente humano para que o paciente possa expor sua dor emocional ante a inexorabilidade da doença e da sua condição.

Nesta direção, pretendemos resgatar a psicanálise tal como a experiência de Freud, quando constrói um método e inaugura um descentramento do sujeito ao descobrir o inconsciente como determinante do psiquismo. A experiência de Freud no hospital marcou profundamente a maneira como o sujeito começou a ser visto. Foi com a descoberta do inconsciente e com a força da clínica estabelecida na relação transferencial vivida entre psicanalista e paciente que a Psicanálise surgiu. Foi necessário, para tanto, caminhar por entre os encontros dos quartos e atendimentos beira leitos de hospital, descortinar o inusitado que aparece com o acontecer clínico, a fim de compreender um pouco mais sobre a possibilidade do psicólogo poder utilizar as concepções primordiais da psicanálise, para que ela possa ser uma resposta efetiva para o cuidado de pacientes em um hospital.

A Psicanálise pode estar no hospital? De que forma? É possível pensar a clínica no hospital se estivermos dispostos a empreender uma investigação criativa aliada à percepção do sofrimento psíquico da natureza humana. Essa outra clínica do hospital aparece quando o psicólogo se dispõe a escutar o paciente, e este passa a reconhecer no psicólogo um profissional dotado de um outro olhar, diferente do olhar do médico. O lugar e o olhar ofertados pelo psicólogo se sustentam no acolhimento e na escuta singular que vão para além do sintoma e da condição biologizante do ser humano. O psicólogo provido de uma escuta psicanalítica é capaz de apontar uma nova concepção sobre o adoecimento quando expõe os processos, estruturas e sistemas complexos envolvidos no processo saúde-doença, passando a ser o intérprete desse processo (Eksterman, 1992). A Psicanálise busca compreender a experiência dos sujeitos no âmbito da cultura em saúde. Coloca-se como uma das possibilidades de intervenção diante dos vários olhares que são necessários para experiência tão complexa que é o sujeito diante do processo saúde-doença.

No caso desse artigo, o interesse de estudo surgiu a partir de uma reflexão conjunta entre duas residentes do Programa de Pós-Graduação do HU-UFGD e da professora da disciplina Tópicos Especiais em Psicologia Cardiovascular. O espaço das aulas foi propiciador de inúmeras construções de sentimentos e pensamentos que o trabalho na Residência Multiprofissional suscitou.

A construção do caso clínico foi primordial para a feitura desta reflexão, corroborando com a ideia de que o alcance de um nível de compreensão e de significação da experiência emocional para a apreensão do trabalho coletivo em saúde se dá através do ato de compor a história do sujeito, colocando-o como a autoridade maior na condução de seu tratamento. Na construção do caso clínico coloca-se o paciente em trabalho, são registrados seus movimentos subjetivos a fim de escutar sua palavra (Andrade, 2005). Portanto, construir a história do paciente e o modo como ele se relaciona consigo mesmo e com seu meio é o ponto central da contribuição da Psicanálise.

A construção do caso clínico valoriza, no ato clínico, a história subjetiva. O que irá orientar e estabelecer a condução da escuta e tudo aquilo que se pode extrair de sua história e, em menor grau, a sintomatologia, a conduta ou o comportamento do paciente. (Andrade, 2005, p. 50).

São considerados o modo como o paciente traz à tona sua existência, suas produções, as posições de seus

discursos. O analista ou psicólogo, por meio deste ato, a escuta da subjetividade do paciente, visa compreender determinada posição que o paciente ocupa com sua existência a fim de conduzir o tratamento.

Segundo Figueiredo (2004), no campo da saúde mental há uma forte tendência a negar e desqualificar a clínica como se ela fosse contrária à reabilitação. Em consonância com o autor, discutiremos que a escuta da subjetividade pode instrumentalizar o paciente a sair de uma situação psíquica traumática e tomar as rédeas de seu tratamento, por isso, a importância da construção de uma reflexão sobre a inserção do psicanalista no hospital, de como pode ser estabelecida uma prática clínica voltada para o entendimento do corpo pulsional e do corpo presentificado pela doença.

Demonstraremos, ao longo do trabalho, a potência do espaço singular que é construído transferencialmente na experiência de mutualidade entre analista e paciente. Assim, esperamos contribuir para o desenvolvimento de novos dispositivos clínicos que possam ofertar atenção e cuidado no âmbito hospitalar a fim de contribuir para a melhoria do campo da saúde e para as pesquisas inseridas nesse contexto.

Psicólogo e o Hospital

Para o psicólogo/residente que adentra a instituição, a rotina diária é um incessante ir e vir de pacientes e de histórias singulares. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do HU-UFGD foi criada em 2010, com o intuito de promover a compreensão integrada de saúde da sociedade, oferecendo aos residentes oportunidades para estender suas perspectivas relacionadas ao cuidado ampliado e integralizado. A RMS é um Programa de Educação em Serviço com objetivo de capacitação profissional, cumprida em regime de tempo integral nos períodos matutino e vespertino, com dedicação exclusiva.

A RMS no HU/UFGD possui três áreas de concentração: Atenção Cardiovascular, Atenção à Saúde Indígena e Saúde Materno-Infantil. Os residentes são divididos em equipes compostas por um profissional das seguintes áreas: enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia, atuando em estágios internos do HU-UFGD e estágios externos, como em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e hospitais parceiros.

A atuação do psicólogo durante a residência passa por diversas áreas, especialidades e realidades no campo da saúde. No HU/UFGD, os residentes de psicologia atuam em conjunto com o psicólogo respon-

sável pelo setor; o trabalho ocorre tanto em formato de consultoria, que se caracteriza por um atendimento por meio da solicitação de outro profissional da área de saúde, como enfermeiros, médicos e nutricionistas, quanto por busca ativa.

O trabalho do residente consiste em diversas intervenções com o indivíduo hospitalizado e sua rede de apoio, avaliando o impacto do adoecimento para ambos; no auxílio à equipe na comunicação de más notícias, diagnósticos e prognósticos; em intervenções com o intuito de proporcionar qualidade no processo de adaptação e recuperação do paciente internado; na avaliação do estado emocional do paciente, acolhendo suas angústias e ansiedades frente a situações desconhecidas; bem como no trabalho de psicoeducação sobre a importância à adesão ao tratamento, explicando e elucidando as dúvidas quando necessário, entre outros.

Os atendimentos ocorrem à beira leito, nos corredores do hospital ou lugares abertos, como os solários. Após o acolhimento das demandas, as mesmas são registradas em prontuário eletrônico, impressas e anexadas aos demais registros do paciente. Durante todo o processo, é necessário que ocorra uma comunicação efetiva com o restante da equipe responsável pelos cuidados ao paciente, respeitando aspectos relacionados ao sigilo profissional, para que todos possam compreender esse sujeito em sua totalidade.

A doença é uma mudança brusca na vida das pessoas, ela abala todas as dimensões do ser: do corpo, da mente, de sua vida social. São interrompidos planos futuros, momentos atuais, rotinas cotidianas de trabalho, da dinâmica da casa. Dependendo da patologia e da gravidade, o paciente terá que interromper sua vida para traçar um novo modo de vida (Angerami-camon, 2003). O paciente sente-se impotente e com sensações de ameaças constantes de aniquilamento. Não consegue mais gerenciar sua própria vida, é inundado por perdas e restrições provenientes de sua doença. Para Pitta (1999, p. 30), “adoecer nessa sociedade é deixar de produzir, portanto, de ser; é vergonhoso: logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros familiares e amigos também produzam”.

Neste sentido, o psicólogo no contexto hospitalar pode, então, facilitar a expressão das emoções mobilizadas no paciente por sua situação singular, fazendo emergir toda a problemática física e emocional (Gaspar & Laterza, 2012). Diante dessas configurações é que pretendemos aqui construir um relato de experiência de um atendimento a um paciente que nos mostra esse momento de

vida, quando ele se dá conta das dificuldades que terá de enfrentar diante desse novo desafio: estar doente e ter que administrar a morte da condição de saúde interminável e o impacto psicossocial desta nova condição.

Para a compreensão deste modo de operar a dor da perda da saúde, é importante abrirmos um parêntese para localizar o acolhimento que atualmente dá sustentação ao trabalho do psicólogo no hospital geral.

Clínica Ampliada e Clínica Extensa

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que propõe qualificar o modo de se fazer saúde. Dessa forma, pretende-se compreender o significado do adoecimento e tratar a doença no contexto de vida, ou seja, “tratar” o sujeito de maneira integral, não realizando uma fragmentação do mesmo (Brasil, 2010). A clínica ampliada trabalha a partir de um conceito de saúde integral, com uma visão global, visando questões biopsicossociais do indivíduo, possuindo como objetivo a promoção de qualidade de vida, autonomia e fortalecimento do sujeito enquanto um protagonista de sua vida (Campos, 2001).

Diferente da clínica tradicional, que possui o foco na cura da doença e na medicalização, a Clínica Ampliada estende seu olhar e passa a englobar outros elementos e a encarar a qualidade de vida como uma questão mais ampla (Campos, 2001). Nesse modelo, o sujeito é posto como protagonista durante o atendimento e em seu tratamento. Portanto, proporciona um atendimento humanizado, beneficiando tanto os pacientes quanto a sua família, e a equipe de saúde responsável pelo atendimento (Brasil, 2010). Segundo Campos (2003), a Clínica Ampliada é a clínica dos Sujeitos, das pessoas com sua existência concreta, onde colocamos entre parênteses a doença, conforme Basaglia (1985) assinalou, e reconhecemos o sujeito na sua integralidade e humanidade.

Ao encontro do conceito de Clínica Ampliada, surge o conceito de Clínica Extensa, proposto por Herrmann (2002), uma vez que discute a necessidade da ampliação do cuidado. Para este autor, a psicanálise de Freud buscou transcender o *setting* do consultório, mas com o desenvolvimento do movimento psicanalítico, a clínica foi reduzida a clínica padrão. Assim, é preciso fazer um resgate dos primórdios da clínica freudiana, e, portanto, faz-se necessário expandir a psicanálise em consultório no que tange à sua teoria, técnica e prática; mas também expandir, inclusive, o *setting* terapêutico para outros espaços, como hospitais e centros de saúde, clínica médica, escolas (Herrmann, 2005).

Nesta perspectiva, há a mudança do perfil dos pacientes que eram atendidos anteriormente pelo olhar da clínica padrão para um atendimento que acolha a diversificação de patologias e a necessidade de mudanças epistemológicas, bem como a necessidade de novas formas de se fazer psicanálise, sem fugir, entretanto, do método interpretativo (Herrmann, 2002). No hospital geral, é proposta a perspectiva da clínica extensa, pois o psicólogo residente depara-se com a ruptura do *setting* terapêutico da clínica padrão e necessita, como refere Herrmann (2002, p. 19), contemplar “[...] o homem em seu cotidiano e todas as produções da psique do real”, aspectos que influenciam a forma com que este vivencia o processo de adoecimento e hospitalização.

O método psicanalítico e o hospital

A inserção do psicólogo que trabalha com abordagem psicanalítica, ou mesmo do analista no hospital geral, tem crescido enormemente, possibilitando um encontro profícuo entre os diversos saberes e fazeres nesse espaço de intervenções.

Para explorarmos ainda mais este aspecto neste artigo, reproduziremos os termos analista ou psicólogo (aquele que se utiliza do referencial psicanalítico), da mesma forma como foram aparecendo na literatura sobre o tema. Não é objetivo deste artigo aprofundar a diferenciação entre analista e psicólogo de abordagem psicanalítica (mesmo que exista). Nosso intuito é entender a força que a compreensão psicanalítica pode conter quando oferece um espaço para que usuários, familiares e equipe de saúde possam expressar seus sofrimentos quando encontram um ambiente acolhedor e de sustentação ambiental.

No ambiente hospitalar há uma forte dissociação corpo-mente, pois o que é urgente é curar ou restabelecer um pouco de saúde nos corpos enfermos. A psicanálise pode ajudar o paciente a estruturar psiquicamente seu adoecer, sua vida e seus afetos, mesmo no lugar diferente da sala silenciosa com divã. O método psicanalítico não depende do local clássico do analista, pois ele opera a partir de um lugar psíquico, fazendo com que a resolutividade de seu método encontre eco no acontecer clínico e na escuta da singularidade de cada paciente.

Moretto (2002), nos atendimentos com os pacientes do hospital geral evidencia a importância das conversas, as quais revelam os efeitos analíticos que são produzidos a partir desses encontros. Partindo das suas experiências de atendimentos no hospital geral, elaborou o que foi compreendido do seu trabalho com abordagem psicanalítica: “... não recue diante do hospital, ali há gente que fala e,

mais ainda, que deseja, que precisa falar. Ora, se um fala e outro pode escutar, havia pelo menos uma 'luz no fim do túnel', talvez fosse possível trabalhar. E avancei em direção ao inconsciente” (Moretto, 2002, p. 14).

O que Moretto (2002) nos apresenta é a possibilidade de um lugar para o analista na instituição que utilize a transferência do procedimento freudiano, a fim de revelar o inconsciente. A revelação do inconsciente, para ambos, paciente e analista, no *setting* hospitalar, tem o objetivo terapêutico de trabalhar a angústia causada por aquilo que é do paciente, mas que ele não sabe que é dele (Moretto, 2002). Segundo Freud (1938), as formações do inconsciente são relativas à expressão da verdade e do desejo do sujeito.

É no hospital que o manejo psicanalítico recria seus aportes teóricos e técnicos para promover um redirecionamento de seu campo clínico. De acordo com Pinheiro (2006), esse campo clínico é provido de inúmeros atravessamentos importantes que gravitam em torno das relações do analista e paciente: a extrema visibilidade a que os atendimentos estão submetidos; a transitoriedade que introduz a rapidez e brevidade como marca dos atendimentos ambulatoriais; a complexidade do campo transferencial que se organiza com base em elementos subjetivos e institucionais a partir dos quais o par analista/analizando ganha movimentação.

A escuta do paciente cardíaco centra-se não apenas na dor física, no coração, mas também na dor psíquica, uma vez que este órgão sustenta a representação de maior valoração simbólica (Angerami-camon, 2003). Em concordância, Luchina (1966) discute que, por ser o coração um órgão representado como detentor da vida e das emoções, a mente é incapaz de vivenciar sua desintegração. Esta dificuldade em conceber, simbolicamente, a manipulação do coração, constantemente, apresenta grande influência no prognóstico do paciente. Portanto, torna-se necessário que o analista compreenda as manifestações específicas deste acometimento que é físico, mas também é afetivo, psicológico e social.

Caso Clínico

Encontros com o paciente

A demanda de atendimento surgiu a partir da solicitação da equipe de enfermagem assistente, a qual relatou que o paciente apresentava uma grande ansiedade relacionada ao procedimento cirúrgico que teria que realizar numa data próxima. Em um primeiro contato, o paciente conta a sua história de vida, sua rotina anterior à hospita-

lização e sobre os seus sentimentos após ter sofrido um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e ser internado. Foi observada muita resistência inicialmente na aceitação de sua condição frente à incapacidade momentânea para a realização de suas atividades diárias, demonstrando um sentimento de perda do controle de sua própria vida e dos rumos que ela estava seguindo.

O paciente tinha, na época dos atendimentos, 66 anos. Relatou ser o quarto filho de um total de seis, falou com afeto e saudades de sua mãe e pouco contato afetivo com o pai. Contou que era separado e que cuidou de suas duas filhas sozinho, a separação foi muito difícil para ele. Quando solicitado para que falasse como se sentia em relação a isso, relatou: “Sentimento de abandono”. Paciente se emocionou ao relatar sobre o fim de seu relacionamento com a ex-esposa, conta que sempre foi muito correto em sua vida e que sempre trabalhou muito, o que se intensificou após a separação. “A minha vida é o meu trabalho e minhas filhas.” Contou que depois da separação não teve nenhum outro relacionamento, o foco ficou em proporcionar o melhor às suas filhas: “Minha única preocupação, são as crianças... eu preciso continuar trabalhando para deixar as coisas para elas, preciso deixar elas bem, depois disso, aí eu posso ir”.

O paciente mora com suas duas filhas, a mais velha é formada na mesma profissão do pai e trabalham em um estabelecimento próprio na cidade em que residem, a filha mais nova está na faculdade realizando um curso na área da saúde. As filhas relataram sobre a dificuldade do pai em demonstrar o que sente e que ele não consegue ceder quando necessário em alguma situação que esteja vivendo.

As filhas contaram que o pai possui uma personalidade forte, rígida, muitas vezes inflexível e de pouco espaço para mudanças. Essas questões implicam na dificuldade da aceitação das comorbidades que já existem (diabetes e hipertensão), por serem consideradas doenças assintomáticas em seu início, o paciente não tem nenhum sintoma ou desconforto físico, implicando no não aceitação da doença, especialmente quando este implica mudança de hábitos alimentares, estilo de vida e o uso contínuo de algum medicamento. Ao ser questionado sobre seus hábitos de vida, o paciente relatou que nunca cuidou de sua saúde, sempre trabalhou muito sem tempo para realizar alguma atividade física. Conta que não tomava seus remédios regularmente, e que não possuía bons hábitos alimentares, fazia consumo exagerado de alimentos ricos em gorduras e açúcares, e que nunca pensou nas consequências que isso teria, relatando: “Eu nunca tive medo da diabetes”. Com a internação, o paciente diz se

arrependido de alguns comportamentos em relação à sua saúde, e que pensava que isso nunca aconteceria com ele.

Nos encontros com a psicóloga foi estabelecida uma boa relação transferencial, ele demonstrava estar aproveitando aquele espaço de escuta e de fala. Compreendia parcialmente a gravidade de sua condição de saúde, visto que acreditava, anteriormente, que as complicações cardiovasculares não poderiam acontecer com ele, pois havia uma ideia de invencibilidade de sua parte, uma fantasia de que nada de ruim aconteceria com ele. Relatou compreender que as condições de seus hábitos de vida contribuíram para a sua atual condição de saúde, mas ainda não conseguia apreender integralmente que necessitava de mudanças em sua vida. Considerou que seu estado de saúde era “ruim”, desejava mudanças, mas não sabia se conseguiria realizá-las.

Os dias que antecedem a cirurgia

Nos atendimentos que antecederam a cirurgia cardíaca, o paciente apresentou-se mais ansioso, menos comunicativo. A dificuldade para expressar seus sentimentos estava potencializada pelo medo do desconhecido. Aos poucos, conseguiu falar sobre o medo do procedimento, e esse movimento levou-o a pensar sobre como poderia manejar seus pensamentos e sentimentos em relação à cirurgia. A psicóloga percebeu que houve o rebaixamento das defesas que o impediam de entrar em contato com todo o sofrimento psíquico vivenciado, puderam conversar sobre os sentimentos que estavam sendo experimentados diante da iminência da cirurgia.

A volta do centro cirúrgico

Após o procedimento e o pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o paciente retornou para a enfermaria, relatando dor na incisão cirúrgica. A psicóloga percebeu que, durante os atendimentos, mantinha os olhos fechados, como em um movimento para não enxergar o sofrimento que estava vivenciando. No questionamento com a equipe assistencial sobre este comportamento, esclareceram que o paciente mantinha os olhos fechados durante todos os momentos, mesmo quando em contato com outros profissionais. Após a cirurgia, o paciente apresentou-se mais resistente aos atendimentos psicológicos, demonstrava gratidão pelo atendimento prestado, mas mostrou uma grande dificuldade em expressar os sentimentos após a situação traumática que havia acabado de experienciar.

Alta hospitalar

Após o comunicado da alta hospitalar, a psicóloga acompanhou a equipe médica e a equipe de enfermagem nas orientações referentes aos cuidados que o paciente teria que tomar quando estivesse em seu domicílio. A psicóloga reforçou a necessidade do repouso e as mudanças a respeito da alimentação durante esse período de recuperação. Antes de se despedir, o paciente relata sobre seus sentimentos de gratidão em relação ao acompanhamento psicológico durante a internação e, por fim, se despede com um aperto de mão. A psicóloga observou que, mesmo de olhos fechados, era como se ele estivesse olhando para ela.

Durante os atendimentos, a filha mais velha sempre esteve ao lado do pai, falava que compreendia a necessidade dos cuidados e as mudanças no hábito de vida a longo prazo, necessárias para a recuperação e manutenção do estado de saúde de seu pai. Com as orientações realizadas para a alta hospitalar, a filha do paciente aparentava em sua fala estar ansiosa e dependente da aprovação do pai para realizar tais mudanças.

Reabordagem cirúrgica

Após uma semana, ao pegar o senso do setor, a psicóloga viu o nome do paciente e perguntou à equipe se se tratava do paciente que havia atendido e qual era o motivo da reinternação. Ao constatar que se tratava do mesmo paciente, a psicóloga se encaminhou para o seu leito e iniciou o atendimento da reinternação. O paciente ainda permanecia de olhos fechados e, de acordo com a filha, permaneceu dessa forma durante a maior parte do tempo após a alta hospitalar.

No início do atendimento, o paciente relatou sobre as dores que sentiu em casa e sobre o que vivenciou após a sua saída do hospital, e que não compreendia o motivo da sua reinternação. Em conversa com a filha, a mesma relatou que o pai não efetivou nenhum dos cuidados solicitados pela equipe após a alta hospitalar, não realizando o repouso e consumindo alimentos ricos em açúcares e gordura, que eram fornecidos com o consentimento de sua filha mais velha. A reinternação aconteceu por uma infecção no mediastino, e que após os exames foi constatada a necessidade de reabordagem cirúrgica.

A psicóloga começou seu atendimento com o paciente abordando tal notícia. O mesmo relatou que não acreditava e não aceitava o fato de necessitar de uma nova cirurgia, dizendo ter acreditado que, após o primeiro pro-

cedimento, após “manipularem diretamente seu coração”, estava curado. Havia raiva e frustração presentes em suas falas durante o atendimento.

Atendimento familiar

Após o paciente realizar o procedimento cirúrgico e retornar da UTI apresentou-se pouco comunicativo e deprimido. Durante a sua recuperação, vários comportamentos de sua filha mais velha interferiram na adesão ao tratamento ainda dentro da instituição hospitalar. O atendimento familiar se tornou um fator decisório para o engajamento, tanto do paciente quanto de sua família. A filha mais nova do paciente relatou que sua irmã não conseguia “ir contra” os desejos e pedidos de seu pai, interferindo nos cuidados do pós-operatório.

A psicóloga realizou um atendimento com ambas, trabalhando questões referentes aos sentimentos que possuíam em relação ao processo de adoecimento do paciente, sobre a relação que estabeleciam com ele, e a diferença de tratamento existente entre a filha mais velha e seu pai. Esse momento foi importante para a percepção da filha mais velha para que ela pudesse ressignificar seus sentimentos, perceber o quanto estava identificada com a negação de seu pai diante da gravidade da doença, da impossibilidade de colocar limites para não o desagradar. Foi possível pensar junto com as filhas quais eram os seus lugares dentro do contexto familiar.

Atendimentos com o paciente

Em um dos atendimentos, a psicóloga encontrou o paciente que ainda permanecia de olhos fechados. Conversaram sobre a vida dele, sobre as situações de trabalho que o deixavam extremamente gratificado pelo que fazia, o cuidado com os animais. A psicóloga contou então que tinha dois cachorros, um era dela e, o outro, de sua irmã. Contou que adotou o cachorro dela porque estava abandonado na rua e muito doente, falou que nesses momentos ela gostaria de fechar os olhos para não ver o sofrimento que os cachorros passam. Após alguns minutos de silêncio no quarto, com a experiência compartilhada, o paciente abriu os olhos, olhou para a psicóloga e falou que ele fechou os olhos para não ver o sofrimento e tudo o que estava acontecendo com ele.

A psicóloga refletiu com ele sobre a possibilidade de ele poder aceitar seu sofrimento, para que fosse uma nova oportunidade para conseguir mudar e pensar de outra forma, para ter uma nova vida como o cachorro dela tinha conseguido. O paciente falou nesse momento abertamente sobre seus medos, angústias, desejos e

anseios. A psicóloga mostrou as fotos do seu cachorro, conversaram por muito tempo sobre a vida, sobre cachorros, uma conversa plena de sorrisos, risadas e troca de olhares.

Após essa intervenção o paciente não fechou mais seus olhos, iniciou atendimento da fisioterapia e aceitou a comida ofertada pelo hospital. A filha agradeceu a toda a equipe e se mostrou mais cooperativa com o tratamento. Começou a negar os pedidos do pai que poderiam atrapalhar o seu tratamento e pôde compreender o motivo da aceitação dos cuidados requeridos a partir daí na vida de seu pai.

Discussão do Caso Clínico

O atendimento de pacientes no hospital com o método psicanalítico e os pressupostos da Clínica Ampliada oferecem uma contribuição importante para investigar o lugar do analista no hospital e como ele opera seu trabalho, desde que sejam asseguradas as condições do trabalho psicanalítico: reconhecimento da subjetividade, dos processos inconscientes e do manejo da transferência.

O potencial transformador para lidar com as situações traumáticas, que vão para além do corpo biológico, direciona o analista, se oferecendo como alteridade e auxiliando o paciente para o reconhecimento da experiência de seu sofrimento e consequente elaboração do luto proveniente da situação traumática (Moretto; Kupermann & Hoffmann, 2017).

Assim, a compreensão da amplitude do método psicanalítico ganha um maior sentido quando explicita um atendimento e pode demonstrar, portanto, como são elaborados os diagnósticos, os indicadores para o tratamento e os direcionamentos que auxiliarão o trabalho em equipe interdisciplinar (Figueiredo, 2004).

Nesta perspectiva, a construção do caso clínico criado por uma coletividade, no caso deste artigo, por professora da Residência Multiprofissional e psicólogas, mostra o valor da clínica a partir do valor de como as pessoas a olham. Em função deste olhar é que são pensadas e sentidas a experiência do adoecimento dos pacientes e a inserção do psicólogo/analista no cuidado oferecido nas instituições de saúde, uma vez que entendemos que o sofrimento no hospital tem significado existencial, social, cultural, social, psicológico e biológico.

O paciente apresentado neste artigo corrobora a força do encontro analítico como um dispositivo de cuidado, no qual o espaço criado constitui-se como elemento capaz de ampliar, expandir e esclarecer a situação emocional experienciada pela dupla (analista – paciente).

A abordagem analítica opera, portanto, com uma relação de confiança que vai sendo desenvolvida nos atendimentos a partir de uma sustentação ambiental. De acordo com Winnicott (1954), o manejo do *holding* permite que analista e paciente possam procurar juntos uma definição e elaboração dos seus anseios, angústias e temores.

Em primeira análise, o paciente cardiopata hospitalizado vivencia alterações psicológicas no seu estado emocional diante da internação e dos procedimentos cirúrgicos. Há uma ruptura abrupta de suas atividades cotidianas, ocasionando profundas repercussões em sua vida e na vida de sua família. Com o adoecimento, os pacientes enfrentam sofrimentos psíquicos intensos, como ansiedade, despersonalização, depressão e confrontos nas questões sociais, no que diz respeito às mudanças socioeconômicas, perda de emprego e readequação no modo como vivem.

Assim, os problemas decorrentes do adoecimento sobrecarregam a capacidade do aparelho psíquico para pensar e dar conta de elaborar os inúmeros desafios que estão acontecendo e os que estão por vir. Para além disso, a possibilidade de intervenções cirúrgicas provoca angústias sem nome, abalam o sentimento de estar no mundo. A cirurgia, quando necessária, é sentida como inimigo iminente, representa uma ameaça à vida (Burd & Mello filho, 2010).

Neste sentido, Freud (1926), em “Inibições, sintomas e angústia”, considerou que existia uma relação entre a angústia devida a perigos externos e a perigos intuitivos. O psiquismo do sujeito é dominado pela angústia de sentir que será incapaz de lidar com um perigo que vem de fora, o que, neste caso, configura-se como a necessidade de internação, a doença cardíaca e a necessidade do procedimento operatório.

Em conformidade com as discussões Freud, o paciente do caso clínico mostrou, após a cirurgia, uma queda nas fantasias de morte, ao construir uma defesa psíquica reativa. Este movimento foi analisado pelas psicólogas, uma vez que o paciente apresentava sentimentos decorrentes da “manipulação do seu coração”; agora, ele estava vivo, portanto, nenhum mal iria lhe acontecer após a batalha ganha.

Outra análise possível foi a de que, durante os atendimentos, o paciente transitava entre a negação e a revolta diante do que estava acontecendo com ele; quando se questionava sobre o motivo desta realidade, trazia a descrença como conteúdo nos atendimentos. Era difícil lidar com a perda da saúde, a limitação que o adoecimento havia provocado; sentia muita dificuldade em

adaptar-se à hospitalização, principalmente com relação à dieta e à adesão ao tratamento; as orientações eram realizadas, mas o paciente não parecia apropriar-se dos cuidados com a própria saúde. Este quadro permaneceu no pós-operatório e na reabordagem cirúrgica, que foi necessária, uma vez que a não aceitação de sua condição e não adesão ao tratamento provocaram a necessidade de um novo procedimento cirúrgico.

Neste momento, a psicóloga, através do encontro analítico no hospital, procurou sustentar a angústia e sofrimento que o paciente trazia a respeito da situação traumática que lhe foi imposta, procurou ampará-lo na sustentação de um ambiente suficientemente bom para que pudesse se organizar psiquicamente em busca de um fortalecimento egóico, o qual pudesse mediar as forças que precisavam ser transformadas.

Ainda sobre a função da psicóloga, Figueiredo (2011) discute que existem variadas distinções entre as funções de cuidado, são elas: a) tarefa de sustentar e conter a fim de integrar e dar continuidade aos processos psíquicos; b) tarefa de reconhecer as necessidades e c) tarefa de interpelar e reclamar para a vida. Desta forma, ao analisar o caso, entendemos que o cuidado oferecido abarca, então, uma concepção integrada em saúde, quando o analista promove uma sustentação ambiental a fim de operar como um objeto transformacional, no qual é capaz de produzir experiências do *self* do sujeito.

A disposição do analista de sustentar e conter as angústias dos pacientes seria a primeira função e a disponibilidade da psicóloga de suportar os olhos fechados do paciente, que é como ele conseguia apresentar-se, é um exemplo desse cuidado. A psicóloga continuou interagindo e sustentando sua dor ao trazerem, mutuamente, imagens que mostravam a visão de mundo e o que era o sofrimento na visão de cada um, mesmo que o paciente ainda estivesse de olhos fechados.

Como segunda função do cuidado em saúde, temos a tarefa de reconhecer (ou espelhar) as necessidades do paciente de forma que, através de um gesto espontâneo, possa facilitar a potência do vir a ser, do poder realizar uma aproximação aos sentimentos e estados de mente que são mais dolorosos. Quando a psicóloga devolve ao paciente o que estava sendo comunicado por ele na conversa despreziosa, faz uma captação refinada dos seus sentimentos e os transforma em uma experiência comum à dupla. Ao comunicar ao paciente que lhe é doloroso também ver o sofrimento dos cachorros em estado de abandono, o paciente identifica-se com o sentimento de estar sem proteção e permite-se explorar seus

sentimentos quanto ao modo como estava se sentindo em relação ao seu sofrimento físico e emocional. Assim, ao sentir-se acolhido na situação de *holding*, abre os olhos e consegue falar de sua dor a partir do estabelecimento de uma relação de mutualidade com a psicóloga. Neste momento, experimentam, então, o que Figueiredo (2011) discute ser a capacidade de estabelecer relações de mutualidade com o objeto dos cuidados: cuidar, deixar-se cuidar e ser cuidado.

Por fim, como terceira função do cuidado, temos a interpelação feita pela psicóloga quando o paciente reconhece seu sofrimento e, por isso, havia fechado seus olhos. A psicóloga faz uma interpelação, uma convocação, reclama-o para a vida. Reflete com ele a possibilidade de aceitar o sofrimento para que pudesse se instrumentalizar diante da vida que poderia ter com os novos cuidados que essa nova vida exigia e convida-o à mudança de pensamento e dar-se “uma chance”, da mesma forma em que o cachorro que ela havia adotado pôde ter.

Os olhos fechados do paciente nos faziam pensar que aquele comportamento se assemelhava a uma defesa corriqueira que geralmente temos diante de um evento ameaçador/estressor ou quando somos pegos de surpresa e instintivamente fechamos os olhos. Entretanto, há, neste caso, uma situação que remete à infância na qual a criança, provida de um pensamento mágico, fecha os olhos como se pudesse se retirar de um espaço no qual lhe parece ameaçador. Fragilizado e impotente diante do adoecimento, o paciente recorre a um movimento defensivo e infantilizado para não “enxergar” sua situação.

Seu corpo e sua mente continuam funcionando, mas abrir os olhos é olhar profundamente para a sua dor, e a dor da existência é grande. E é devido a esta grande dor que, no início dos atendimentos, o paciente encontrava tanta dificuldade em falar sobre seus sentimentos, porém a resistência foi diminuindo à medida em que o espaço de escuta foi ampliado e o paciente obtinha um ganho psíquico, desenvolvendo nele mesmo um aparelho para cuidar de si.

Em última análise, o trabalho analítico no hospital estende-se às famílias dos pacientes; nos atendimentos com as filhas do paciente, foi possível ter a percepção de uma parte importante da história. O trabalho com a família foi o de auxiliá-las na compreensão dos sentimentos envolvidos na hospitalização e no problema cardíaco do pai; neste sentido, a psicóloga reconhece a importância da vivência compartilhada a respeito da dor que havia sido instalada no paciente e nas filhas, no corte abrupto que haviam sofrido de uma vida que não era mais possível

ser vivida e de como estava sendo difícil enxergar novas possibilidades.

Isto acontece porque, quando alguém adocece, os mecanismos de defesa da família entram em jogo na tentativa de se proteger da situação traumática e, deste modo, os sentimentos de insegurança, medo, raiva e paralisação diante das exigências frente aos cuidados ao doente são os aspectos a serem trabalhados para que a família possa enfrentar de forma mais realística os problemas. Portanto, o acolher a família constitui uma parte importante do cuidado em saúde para que possa ser amenizado o impacto a doença causou no paciente e, também, em sua família (Burd, 2010).

Considerações finais

A promoção de saúde com o método psicanalítico tem uma estreita relação com os pressupostos da Clínica Ampliada, uma vez que ambos reconhecem o cuidado a partir de uma concepção integrada de saúde, onde a dimensão ética do cuidado está centrada no habitar e compartilhar o mundo humano, na relação interpessoal dos cuidados recíprocos.

A Psicanálise é concebida como uma aventura compartilhada, onde se inclui a possibilidade de ser desenvolvida uma nova história, dependendo da interação de duas mentes envolvidas no processo. A dinâmica dos atendimentos é no sentido de ampliar, expandir e esclarecer a situação emocional, as subjetividades implicadas em cada processo.

As práticas produtoras de saúde apontam, portanto, para a necessidade de investigarmos cada vez mais os modelos clínicos que dispomos para amenizar o sofrimento humano, que esse objetivo maior consiga suplantar a querela das escolas da Psicanálise, o reducionismo dos grupos que estão em ação no cuidado em saúde.

Referências

- Andrade, R. D. R. (2005). Discussão x construção do caso clínico. *Mental, Barbacena*, 3(4), 45-58.
- Angerami-camon, A.; Trucharte, F. A. R.; Knijnik, R. B. & Sebastiani, R. W. (2003). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*, 2(5). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2014). *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS - revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Burd, M. (2010). Abordagem familiar e psicoterapia da família. In M. Burd & J. Mello Filho *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 389-408.
- Burd, M. (2010). Abordagem familiar e psicoterapia da família. In M. Burd & J. Mello Filho *Doença e família*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 335-355.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, 5(1), 163-177.
- Campos, G. W. S. (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: G. W. S., Campos. *Saúde Paideia*, São Paulo: Hucitec.
- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.
- Eksterman, A. (1992). Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In: J. mello filho. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 7(1) 75-86.
- Figueiredo, L. C. (2011). Cuidado e saúde: uma visão integrada. *Alter – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 29(2), 11-29.
- Freud, S. (1926). A cisão do eu no processo defensivo. In: S, Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Freud, S. (1938). A cisão do eu no processo defensivo. In: S, Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Gaspar, K. C. & Laterza, I. D. O. (2012). O entrelace da adolescência à (con) vivência do câncer: sonorizações da dor. In: A. Angerami-camon. *Psicossomática e a psicologia da dor*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 61-128.
- Herrmann, F. (2002). Da clínica extensa à alta teoria: a história da psicanálise como resistência à psicanálise. *Percurso*, 29.
- Herrmann, F. (2005). Clínica extensa. In: L. M. C. Barone. *A psicanálise e a clínica extensa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 17-31.
- Luchina, I. L. (1966). La angustia de muerte em el infarto del miocárdio: sus implicaciones clínicas, psicológicas y psiquiátricas. In: M. Blumenfeld, & Tiamson-kassab. *Medicina psicossomática*. São Paulo: Artes Médicas.
- Moretto, M. L. T. (2002). O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2014). Tempo Psicanalítico. Rio de Janeiro, 46(2), 287-298.
- Moretto, M. L. T.; Kupermann, D. & Hoffmann, C. (2017). Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, 20(1), 97-112.
- Pinheiro, N. N. B. (2006). Visibilidade, transitoriedade e complexidade: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Reverso*, 28(53), 33-42.
- Pitta, A. M. F. (1999). Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec.
- Rozemberg, B. & Minayo, M. C. S. (2001). A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciênc. saúde coletiva*, 6(1) 115-123.
- Sterman, A. (2009). Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In: J. mello filho, *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1954). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico. In: D. W. Winnicott. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1971). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Submetido em: 12-1-2022

Aceito em: 23-1-2023