

Gestante com deficiência auditiva em internação hospitalar: desafios da escuta psicanalítica

*Carolline de Castro Lima**

*Maria Elizabeth Barreto Tavares dos Reis***

Resumo

O atendimento psicanalítico ocorre a partir da escuta das associações verbalizadas pelo sujeito, logo convém ponderar sobre o atendimento aos pacientes impossibilitados de utilizar a palavra como via de expressão. O estudo objetivou refletir sobre os desafios do atendimento psicológico a uma gestante com deficiência auditiva parcial em internação hospitalar. Utilizou-se o método psicanalítico de pesquisa a partir da análise de fatos clínicos vivenciados no atendimento a uma gestante internada em Hospital Universitário. Verificou-se, ao longo dos atendimentos, a importância da utilização de recursos além da fala para favorecer a interação entre a díade paciente-psicóloga e a expressão dos afetos. Constatou-se, também, a necessidade de a psicóloga funcionar como continente frente às emoções da gestante vivenciadas na relação transferencial. A utilização de recursos não verbais resultou na possibilidade de atendimento em moldes distintos às condições que, convencionalmente, operam na escuta clínica psicanalítica.

Palavras-chave: saúde da mulher; psicologia hospitalar; gravidez; deficiente auditivo; fatos clínicos.

Pregnant Woman With Hearing Disability in Hospital Admission: Challenges of Psychoanalytical Listening

Abstract

Psychoanalytic care involves listening to the associations verbalized by the subject, so one should consider the care given to patients unable to use words as a means of expression. The study aimed at reflecting on the challenges of psychological care for a pregnant woman with partial hearing loss in hospital admission. We used the psychoanalytic research method based on the analysis of clinical facts experienced by a pregnant woman admitted to a University Hospital. We observed the importance of using resources other than speech to favor the interaction between the patient-psychologist dyad and the expression of affections throughout the sessions. We also highlight the need for the psychologist to function as a continent to the pregnant woman's emotions experienced in the transference relationship. The use of non-verbal resources resulted in the possibility of providing care in a manner distinct from the conditions that conventionally operate in psychoanalytic clinical listening.

Keywords: women's health; hospital psychology; pregnancy; hearing disorders; clinical facts.

* ORCID iD <https://orcid.org/0000-0003-0037-5307> . Universidade Estadual de Londrina(UEL). Psicóloga. Especialista em Saúde da Mulher (Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher(UEL)). carolline.castro@uel.br .

** ORCID iD <http://orcid.org/0000-0002-3466-4150> .Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Psicologia e Psicanálise. Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Docente do departamento de Psicologia e Psicanálise da Universidade Estadual de Londrina. bethtavaresreis@gmail.com .

Introdução

A atuação da Psicologia e, especialmente, da Psicanálise no âmbito da saúde visa permitir que o paciente encontre, por meio de uma escuta acolhedora, um destino livre e singular para expressar os seus afetos, medos, desejos e angústias ligadas ao processo do adoecimento. Zimerman (2008) destaca que, durante o processo psicanalítico, as palavras não são capazes de transmitir todos os aspectos envolvidos no tratamento, sendo desta forma, necessário utilizar um meio de comunicação que vá além destas. Ademais, cabe ao terapeuta não somente buscar compreender e interpretar aquilo que está emitido e representado no discurso verbal do paciente, mas, também, decifrar as mensagens implícitas naquilo que está oculto ao dito, tais como: a ausência do discurso e a apresentação de algum gesto, somatização, atuação, apresentado no próprio processo terapêutico e a partir deste. Frente ao exposto, o autor cita que para voltar-se aos aspectos da linguagem e da comunicação, não somente recolhe-se aquilo que provém do analisando, mas atrelado a este, considera-se os aspectos que se vinculam à participação do terapeuta. Em outras palavras, legitimasse não somente a comunicação do paciente ou a do psicoterapeuta, mas a que se estabelece na relação entre ambos, através do reconhecimento e da validação dos aspectos transferenciais e contratransferenciais envolvidos.

Pautando-se, ainda, na temática da linguagem e comunicação, “Bion (1967) desenvolveu *Uma teoria do pensamento* (título de um trabalho seu, de 1962), baseado em suas observações da prática psicanalítica com pacientes psicóticos” (Zimerman, 2008, p. 157). Postulando a referida teoria de Bion, Rezende (1995) discorre que para o autor os conteúdos inconscientes se baseiam em pensamentos primitivos, não elaborados e não verbalizados, que estão à procura da linguagem.

Bion (1994) considera que o pensar deriva de “dois desenvolvimentos mentais básicos”: os pensamentos e “um aparelho que deles se encarregue” (Bion, 1994, p. 128). Enfatiza, ainda, que “o pensar passa a existir para dar conta dos pensamentos”. Segundo o autor, é a pressão dos pensamentos imposta à *psique* que leva ao desenvolvimento do aparelho de pensar e não o contrário. Ao longo do texto, o autor afirma que o pensamento decorre da união entre “uma preconcepção com uma frustração” (Bion, 1994, p. 129). Caso a capacidade de tolerar frustração seja insuficiente, ao invés do pensamento, pode se desenvolver uma fuga à frustração, a qual poderia culminar com o desenvolvimento de um objeto mau introjetado, “indistinguível de uma coisa-em-si, e que

se presta apenas para evacuação” (Bion, 1994, p. 130). Por fim, afirma que “o desenvolvimento de um aparelho para pensar fica perturbado, e, em vez disso, dá-se um desenvolvimento hipertrofiado do aparelho de identificação projetiva” (Bion, 1994, p. 130).

Para embasar o manejo de sua prática, Bion se apropria de conceitos da teoria de Melanie Klein (1946/1963) para abordar a relevância do fenômeno da identificação projetiva no trabalho com pacientes cuja expressão dos próprios pensamentos se encontra prejudicada, tal como citado por Rezende (1995). Em seus escritos, Klein (1946/1963) utiliza o termo *self* (Klein, p. 286) para descrever a instância que contempla toda a personalidade do sujeito, que é introjetada a partir dos atravessamentos oriundos da sua relação com o mundo externo e dos conteúdos inconscientes provindos da vida pulsional o que, conjuntamente, passam a formar o mundo interno do ser. No que concerne às projeções, a autora afirma ser o movimento no qual o sujeito atribui às pessoas ao seu redor diferentes afetos e sentimentos, sendo predominante a dualidade entre o amor e o ódio. Além disso, no que concerne às pessoas pelas quais se endereçam os impulsos e sentimentos projetados, Klein (1946/1963) cita também haver identificações, visto que, as relações que são construídas com o mundo externo e interno ao longo da vida são carregadas de características específicas que são introjetadas no interior do *self* e emitem relevante influência sobre o sujeito.

Discorrendo acerca das identificações projetivas na relação terapêutica, Zimerman (2008) afirma que os afetos do paciente se apresentam em forma de emoções, necessidades, desejos, demandas, dúvidas e angústias e são depositadas sobre a figura do terapeuta no percurso do tratamento analítico. Cabe ao analista desenvolver a capacidade de ser continente para recolher e manejar as descargas emocionais provindas do paciente por meio das identificações projetivas, isto porque, elas produzem efeitos reais e concretos não somente para a dinâmica da relação transferencial, mas também na pessoa real do analista.

Nesse sentido, o referido autor destaca que as identificações projetivas estão fortemente atreladas aos fenômenos contratransferenciais e, consequentemente, aos fenômenos transferenciais. No que concerne à compreensão dos aspectos contratransferenciais, aponta serem resultado de uma interação entre o inconsciente do analista, que está em constante comunicação com o inconsciente do paciente. Assim, afirma que suas manifestações se dão por meio de efeitos físicos, emocionais ou sensoriais no campo somático do psicoterapeuta, no qual,

tais manifestações podem representar afetos inconscientes em relação à pessoa do paciente, em relação ao material clínico narrado pelo analisando ou frente à uma reação negativa que o paciente apresenta em relação ao analista.

Machado e Chatelard (2013) ressaltam que a teoria psicanalítica tem vivenciado uma difusão de sua prática em contextos que ultrapassam o espaço privado dos consultórios, sendo um deles, o âmbito hospitalar. De forma semelhante, Simonetti (2016) aponta que “a psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (Simonetti, 2016, p. 15). O autor faz referência às manifestações subjetivas que o sujeito apresenta diante da sua doença, como por exemplo, os seus pensamentos e sentimentos, desejos, fantasias, sonhos, crenças etc. Nesse sentido, Lima (2018) refere que o objetivo da intervenção da Psicanálise no âmbito hospitalar é resgatar o olhar à subjetividade do paciente, que se apresenta por meio da escuta das palavras e da compreensão singular que o sujeito tece sobre aquilo que o acomete.

É através da linguagem, expressa por meio da palavra, que opera o campo de trabalho do psicólogo. Assim, Simonetti (2016) afirma que o interesse do psicólogo atuante no contexto hospitalar não é a doença propriamente dita, mas a relação que o sujeito doente faz com o seu sintoma, que somente se torna passível de compreensão e elaboração a partir da escuta psicanalítica.

Ao abordar a função da escuta psicanalítica no ambiente hospitalar, convém refletir a respeito dos pacientes com deficiência auditiva que se encontram com dificuldade e/ou estão impossibilitados de se expressar oralmente por meio das palavras, não conseguindo transmitir seus sentimentos e afetos tal como outros sujeitos que se comunicam por meio da fala. Questiona-se, então, acerca da possibilidade da oferta de uma escuta psicanalítica para aqueles/as que não se utilizam da sonoridade da linguagem verbal. Ademais, destaca-se a relevância de conhecer os desafios e as possibilidades que se esbarram na condução do atendimento aos pacientes que possuem deficiência auditiva no âmbito hospitalar.

Segundo Noboli e Abrão (2022) “a deficiência auditiva implica na perda parcial ou total da capacidade de detectar sons, seja devido a uma má-formação por causas genéticas, por lesão nos órgãos da orelha ou por um comprometimento na composição do aparelho auditivo” (Noboli & Abrão, 2022, p. 1193). As referidas autoras destacam que, segundo dados coletados pela Organização Mundial da Saúde no ano de 2015, pelo menos 5% da população mundial, aproximadamente 360 milhões

de pessoas, convive com a surdez. Ademais, as autoras caracterizam uma diferenciação na compreensão terminológica entre a “deficiência auditiva parcial” (Noboli & Abrão, 2022, p. 1193), quando há resíduo auditivo e surdez, quando a ausência auditiva é total.

De acordo com Freire et al. (2009), a comunicação com pacientes que possuem deficiência auditiva tende a ser um grande desafio para os profissionais inseridos no âmbito da saúde. Reconhecer as fragilidades na oferta de uma assistência qualificada a aqueles que convivem com uma deficiência na sua capacidade de comunicação, evidencia a necessidade de os profissionais da saúde refletirem e buscarem meios para ajustar a sua prática.

A Língua de Sinais, conforme citado por Almeida, Lima e Roure (2020), é o meio fundamental para o desenvolvimento da comunicação e para a constituição da identidade do ser desde o período da infância. No Brasil, a chamada Libras (Língua Brasileira de Sinais) é a língua natural dos sujeitos surdos, a qual emprega o uso dos gestos, expressões faciais e o campo visual para receber e transmitir as informações linguísticas. Discorrendo acerca da teorização da Psicanálise frente aos atendimentos clínicos com pacientes que possuem deficiência auditiva, as autoras afirmam que a comunicação dos discursos com o uso da Libras no *setting* clínico possibilita que os sujeitos surdos possam se expressar através de um falar e escutar que não perpassam a palavra, porém, abarcam uma relevante função de simbolização. Desta forma, Almeida et al. (2020) ressaltam que “não haveria diferenças entre o trabalho de Psicanálise com uma pessoa surda e com uma pessoa ouvinte, visto que ambas são capazes de entrar em associação livre, diferenciando apenas o canal de transmissão e elaboração dos conteúdos” (Almeida et al., 2020, p.11).

Considerando o acima exposto, convém refletir a respeito de mulheres, que possuem deficiência auditiva, e necessitam permanecer em internação hospitalar prolongada, em situações tais como a da gravidez de alto risco. Azevedo, Hirdes e Vivian (2020) afirmam que a gestação de alto risco “pode ser diagnosticada nas primeiras consultas pré-natal, considerando-se os vários fatores geradores de problemas, que podem ser categorizados em: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas” (Azevedo, Hirdes & Vivian, 2020, p. 40216). Além disso, exige cuidados singulares de profissionais especializados e, algumas vezes, a gestante necessita também de internação hospitalar prolongada. Segundo Azevedo et al. (2020), as

gestações podem ser consideradas de alto risco quando apresentam uma associação de diversos agravantes de ordem física, psíquica ou social capazes de ocasionar relevantes complicações para a saúde materna e/ou fetal.

No que concerne aos aspectos de ordem emocional que atravessam a mulher no período gravídico puerperal, Miyazaki, Cordeiro, Almeida e Verceze (2019) apontam que o enfrentamento desse período é marcado por uma transição existencial na vida da mulher, demandando novas adaptações e reorganizações intrapsíquicas, em vista das significativas modificações causadas nos diferentes âmbitos do seu viver. Esse momento é caracterizado por uma hegemonia da manifestação dos transtornos psíquicos, tais como a depressão pré-natal e/ou pós-parto, capazes de comprometer o prolongamento da gestação, parto e/ou puerpério e, também, prejudicar o vínculo materno e fetal.

É importante considerar as vivências da mulher que, frente aos complexos atravessamentos relativos ao período gestacional, passa pela situação de hospitalização e se sente impedida de compreender as condutas realizadas pela equipe médica que a acompanha. Assim, também é necessário compreender se a gestante consegue expressar seus sentimentos, ideias e pensamentos por meio da palavra falada aos profissionais da equipe de saúde que prestam assistência à sua condição clínica.

Percebe-se que há uma escassez de estudos que discorrem sobre o atendimento psicológico voltado às experiências emocionais que atravessam a gestante de alto risco. Além disso, como aponta Almeida et al. (2020), observa-se também uma carência de estudos que discorrem acerca do acompanhamento psicológico em uma orientação psicanalítica para pacientes com deficiência auditiva, seja no próprio *setting* clínico convencional ou inseridos em uma experiência de internação no âmbito da saúde. Frente a tal problemática, justifica-se o interesse em pesquisar o tema.

Como citado anteriormente, a escuta psicanalítica procura direcionar sua compreensão à singularidade do sujeito, para além de uma limitação do corpo. Embora haja uma intenção em ouvi-lo em sua dinâmica subjetiva, ou seja, em sua diferença e particularidade, a condição da deficiência auditiva convida o psicoterapeuta a repensar a sua clínica, a partir de uma escuta aparentemente outra, para além da linguagem permeada pela palavra. Desta forma, destaca-se como fundamental o reconhecimento da possibilidade de uso dos sentimentos detectados na própria figura do psicólogo, decorrentes dos fenômenos contratransferenciais, como possível meio de compreensão de uma linguagem não-verbal. A qual utiliza a

comunicação através de outros meios tais como a expressão facial, que podem expressar reações de angústia ou de alívio, de choro e dentre outras apresentadas pela paciente. Além disso, é necessário considerar também a comunicação a partir da escrita, desenhos e outras representações artísticas. Tais formas de apresentação da linguagem não-verbal são apontadas por Zimerman (2008) como uma relevante forma de comunicação que demanda uma atividade interpretativa do analista.

Tendo em vista o acima exposto, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre os desafios do atendimento psicológico a uma gestante, com deficiência auditiva parcial, em internação hospitalar.

Metodologia

O estudo se pautou no método de pesquisa psicanalítico, mais especificamente através da construção de fatos clínicos psicanalíticos, os quais são considerados “como recurso produtor de rico material de pesquisa” (Silva & Macedo, 2016, p. 524). Os fatos clínicos são construídos a partir da experiência analítica, na qual o psicanalista irá dispor de fatos que se apresentam dentro e fora das sessões, recolhidos a partir do exercício da escuta clínica direcionada aos relatos, sonhos, estados afetivos e ao modo de agir do analisando.

Os fatos clínicos em Psicanálise abarcam dois aspectos específicos: o primeiro deles seria o sentido manifesto, sendo a apresentação direta do que é passível de ser observado, tal como o que é revelado no comportamento, choro, expressão facial e até mesmo no silêncio apresentado pelo paciente. Já o segundo aspecto seria o sentido latente, sendo este o conteúdo inconsciente inerente à realidade psíquica, que se apresenta mediante a interpretação e apreensão do analista (Quinodoz, 1994). Com isso, destaca que ainda que o conteúdo latente não seja passível de observação direta tal como o conteúdo manifesto, ambos os conteúdos são indissociáveis um do outro. Reis (2022), ressalta que a busca pela apreensão dos fatos ocorridos no *setting* psicanalítico excede a observação dos fatos concretos, isto porque, considera os aspectos vinculados e despertados a partir da relação transferencial e dos fenômenos contratransferenciais que se apresentam a cada encontro entre o psicanalista e o paciente. Por outro lado, Silva e Macedo (2016) apontam que o processo de construção dos fatos clínicos não visa reproduzir o conteúdo literal dos discursos do analisando, mas sim, são construídos a partir da escrita que o analista tece sobre os aspectos transferenciais identificados no percurso analítico junto ao paciente.

A pesquisa com o método psicanalítico implica na realização de leitura do material clínico pelo pesquisador relatado de forma “correlata à escuta na prática clínica de seus pacientes, sustentada na técnica da atenção livre e flutuante” (Caon, 1994; Iribarry, 2003 como citado em Silva & Macedo 2016, p. 527). Ainda segundo Silva e Macedo (2016), é fundamental que os fatos clínicos psicanalíticos sejam tomados como material do método de pesquisa *a posteriori*, isto é, em um período posterior ao encerramento do acompanhamento clínico com o paciente, a fim de não transformar o sujeito em um objeto de estudo durante o seu percurso de tratamento. Frente a isso, as autoras destacam que a garantia das condições éticas de sigilo e preservação da identidade do caso clínico mostram-se indispensáveis.

Os fatos clínicos psicanalíticos abordados no presente trabalho se pautam em registros coletados nos atendimentos conduzidos por uma psicóloga, residente de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM), com uma gestante com deficiência auditiva parcial. Para essa classificação, considerou-se a identificação de uma capacidade reduzida de audição da paciente frente aos estímulos sonoros que perpassam a rotina hospitalar. A paciente permaneceu, por um período de três meses, em internação hospitalar na maternidade de um Hospital Universitário (HU) do Paraná, devido ao seu quadro clínico ser considerado como de “alto risco” para a saúde materna e fetal. Tendo em vista a deficitária condição de audição da paciente, fez-se necessário a utilização de recursos alternativos à escuta clínica convencional fundamentada na Psicanálise, para que fosse possível tornar os conteúdos manifestos bem como os conteúdos latentes, compreensíveis e passíveis de interpretação, apesar da dificuldade de comunicação oral. Convém ressaltar que a paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade em que o estudo foi realizado (Parecer 3.146.657; CAAE 04001218.0.0000.5231).

A paciente foi acompanhada pela equipe multiprofissional e, mais especificamente, pela psicóloga residente, através de acompanhamento clínico fundamentado na Psicanálise. O qual se estendeu desde o início da hospitalização da paciente, que se encontrava em seu segundo trimestre gestacional, até o período puerperal imediato à resolução da gestação que ocorreu na trigésima semana gestacional, quando finalizou a permanência dela em internação hospitalar.

Considerando a dificuldade de utilização da linguagem verbal como via de comunicação com a paciente, foram disponibilizados materiais gráficos (papel em branco, canetas esferográficas e lápis coloridos), a fim de favorecer a interação paciente-psicoterapeuta, a manifestação das demandas e a possibilidade de melhor expressão das suas emoções. Ao final de cada encontro realizado com a gestante, o material utilizado era datado e arquivado. Posteriormente, a Psicóloga residente elaborou relatórios a partir das suas memórias relativas aos atendimentos realizados, considerando a relação transferencial estabelecida pela díade psicóloga-gestante e das emoções detectadas na própria psicóloga, provavelmente decorrentes da contra-transferência vivenciada na experiência clínica. Os quais constituíram o material investigado no presente estudo.

A seleção dos fatos clínicos ocorreu por meio das seguintes etapas: 1) leitura flutuante dos relatórios de atendimento clínico, realizado pela psicóloga residente, visando detectar os fatos clínicos vivenciados pela díade; 2) posteriormente os relatórios foram analisados por integrantes de um projeto de pesquisa da universidade em que o estudo foi conduzido que, individualmente, realizaram a leitura flutuante e identificação de fatos clínicos; 3) debate a respeito dos fatos clínicos selecionados pela psicóloga residente e demais pesquisadores; 4) os fatos clínicos identificados, por pelo menos dois pesquisadores, foram considerados validados pelos pesquisadores; 5) decidiu-se que seriam utilizados no estudo apenas os fatos clínicos relativos à interação estabelecida entre a díade psicóloga-gestante. Posteriormente procedeu-se a análise dos fatos clínicos selecionados a partir de fundamentos teóricos psicanalíticos.

Resultado e Discussão

O primeiro contato com a paciente Lírio (nome fictício) foi realizado pela equipe multiprofissional da RMSM na maternidade do HU. O atendimento se mostrou desafiador pelo fato de a paciente apresentar dificuldade de comunicação em função de uma deficiência auditiva parcial. Tendo em vista que a comunicação pelo método de Libras era a principal via de comunicação da gestante, quando possível, a equipe multiprofissional solicitou o suporte de profissionais de saúde, inseridos na própria instituição hospitalar, que possuíam uma capacitação prévia para a utilização da Língua de Sinais. Nas ocasiões em que houve o auxílio de um intérprete, constatou-se uma expressiva e atenuante contribuição para o acesso e apreensão das suas queixas e necessidades.

Convém assinalar que a equipe multiprofissional percebeu que a paciente se sentia incomodada por não compreender as abordagens das equipes médicas ou de enfermagem, condição detectada através das suas expressões faciais. Assim, a equipe buscou formas alternativas de comunicação com a gestante, através da utilização dos materiais gráficos. Como proposta de intervenção pontual frente ao observado, a equipe elaborou um cartaz que foi colocado próximo ao leito de Lírio informando sobre sua condição de possuir deficiência auditiva. Além disso, solicitou-se que os procedimentos e intervenções fossem previamente explicados à paciente, através da escrita. Assim, foi possível o estabelecimento de um vínculo terapêutico que possibilitou a comunicação de emoções vivenciadas por Lírio.

Em função do sofrimento emocional, decorrentes da gravidez de alto risco e da necessidade da internação prolongada, detectado pela equipe multiprofissional, foi ofertado à paciente o atendimento psicológico realizado individualmente pela Psicóloga residente. Todavia, considerando que a Psicóloga não possuía a capacitação e a fluência da Língua de Sinais, justificou-se a necessidade da busca de meios alternativos, que pudessem, na medida do possível, substituir a comunicação permeada pela linguagem verbal. Utilizou-se, desta forma, recursos gráficos e expressivos, característicos de uma linguagem não verbal, a fim de possibilitar que os atendimentos clínicos na abordagem psicanalítica se tornassem uma oferta terapêutica possível. Nesse sentido, contempla-se a premissa colocada por Oliveira, Santos e Cavalcante (2019) ao explanar que “a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, especificamente no plano maternal (antes, durante e pós-parto) tem uma relevância imensa, no que diz respeito à saúde mental dos envolvidos, facilitando o processo de humanização dos atendimentos com os pacientes” (Oliveira, Santos & Cavalcante, 2019, p.51).

Ao longo do atendimento, a paciente aborda um vasto conteúdo religioso, no qual, associa sua deficiência auditiva e verbal a um castigo divino. A paciente assim escreveu: “*sou Deusa rainha mundo nasceu terra sim, sou escrava com Diabo (está escondido não fala, ‘pessoas não acredita em mim’). Diabo fez empurrou caiu ciúme eu sofreu esqueci minha memória*” [sic]. Através desse fato clínico é possível perceber a dificuldade de comunicação das emoções vivenciadas pela paciente, provavelmente decorrentes de conteúdos inconscientes não simbolizados. Nesse sentido, convém fazer um paralelo entre a possibilidade de acolhimento e processamento das emoções projetadas pela paciente e a comunicação que se estabelece entre o bebê e a mãe. Silva

e Reis (2022) retomam a teoria de Bion (1967/1994), que descreve acerca da possibilidade da mãe em ser continente para apreender os pensamentos impensáveis e não simbolizados (nomeados por Bion como elementos beta - β) que são projetados pelo bebê. Através da capacidade da mãe de utilizar do seu aparelho pensar para decodificar as angústias, emoções e sentimentos absorvidos, poderá devolvê-los ao bebê de forma passível de ser pensado e simbolizado (elementos alfa - α). Frente aos impasses na comunicação provenientes das limitações auditivas e verbais que atravessavam os atendimentos clínicos, a psicóloga vivenciava dificuldades extremas em decifrar os conteúdos implícitos que poderiam estar subjacentes ou ocultos aos expostos pela gestante. Assim, a psicóloga utilizou o seu aparelho de pensar, similar à posição empregada pela mãe, na tentativa de captar os elementos beta projetados pela paciente, isto é, aspectos ainda não simbolizados, e devolvê-los à gestante como elementos alfa, de forma que possa, posteriormente, desenvolver a sua capacidade de pensar e facilitar o acesso às suas emoções. Embora desafiador, considerou-se evidentes o sofrimento e a fragilidade da saúde psíquica vivenciada por Lírio. Sua escrita, além de permitir o acesso a parte de suas emoções, denunciava fantasias terroríficas e, inclusive, indícios de alucinações.

A psicóloga precisou adequar o manejo para que pudesse ter acesso aos pensamentos primitivos, afetos e demais conteúdos de ordem psíquica. Uma das estratégias foi o uso de “palavras-disparadoras” a fim de favorecer a compreensão dos ditos e o acesso às emoções, como demonstra o exemplo a seguir: “*Lírio = sentimento?*”. A intervenção se ampara nas afirmativas de Rezende (1995) que, ao citar a teoria de Bion (1967), enfatiza a importância das experiências emocionais como aquilo que traz sentido às ações que movem o sujeito e influenciam diretamente os pensamentos, conseqüentemente, o desenvolvimento do “aparelho de pensar” (Rezende, 1995, p. 181). Nesse sentido, o autor ressalta a relevância do papel do analista como aquele que auxilia o paciente a pensar, visto ser através dos próprios pensamentos que podemos acessar o campo das experiências emocionais. Ademais, Rezende (1995) explana que “é como se o analista, já estando disponível aos pensamentos à procura de pensadores, fizesse como a mãe em *rêverie*, e ajudasse o paciente a acolher esses mesmos pensamentos à procura de pensadores” (Rezende, 2005, p.181).

A viabilidade de construção da comunicação através da demarcação de palavras mostrou-se um caminho efetivo para o processo psicoterapêutico. Em uma das

situações a paciente assim escreveu: *“ruim sentimento dores pescoço, barriga cheia pesada corpo, perna cheia inchado”* [sic]. A partir dessa comunicação, a psicóloga sublinhou a palavra “ruim” e, compreendendo a intervenção da terapeuta, Lírio elenca as seguintes palavras: *“dor, pescoço, barriga, perna inchada, cansada, triste. Eu pensei feliz acabar veia... difícil triste ruim”* [sic]. Discorrendo acerca da função do analista no processo terapêutico, Rezende (1995) afirma que a interpretação é uma intervenção pensante do analista, cujo efeito é proporcionar, também, ao paciente a possibilidade de pensar e contribuir com o desenvolvimento do seu aparelho de pensar. Percebe-se no fato clínico mencionado, que a comunicação entre a díade estava ocorrendo e que a paciente se sentia acolhida pela psicóloga.

Além do uso das “palavras-disparadoras”, os registros de desenhos com expressões faciais de sentimentos, como as que se assemelham ao riso, tristeza e raiva, se tornaram recursos também utilizados na relação terapêutica para viabilizar a simbolização dos afetos e o acesso aos conteúdos inconscientes. Em um dos atendimentos clínicos no qual a paciente se encontrava no leito e pouco dirigia a atenção para a psicóloga, a gestante desenhou uma face com expressão de raiva pressionando a caneta com relevante força ao passo que abordava acerca da sua vontade de deixar a hospitalização: *“ok, estou cansei, não gostei. Eu quero sair preciso conversar assistente social, CRAS, INSS, banco, celular, eu nervosa?”* [sic].

A psicóloga, então, realizou a tentativa de abordagem com as seguintes perguntas (escritas): *“como passou o fim de semana aqui? Bem? Feliz? Está comendo? Alguma dor? Ainda está com sono (remédios)?”*. As quais não foram respondidas pela paciente. A seguir, Lírio escreve: *“aqui demorou muito difícil, eu quero embora precisa... porque nasceu até três meses? não gostei muito sofreu”* [sic]. A psicóloga, compreendeu que a paciente se referia às dúvidas sobre o tempo gestacional, logo, escreveu para a gestante as seguintes descrições: *“Lírio = 27 semanas”* (tempo de gestação atual) e o *“nome do seu filho = 34 semanas”* (tempo mínimo para resolução da gestação termo). Ademais, a fim de favorecer a expressão dos sentimentos da gestante dada a explicação fornecida sobre o tempo necessário para a evolução da gestação de risco, a psicóloga escreveu algumas emoções no papel (“triste, raiva, felicidade etc...”) e, em seguida, a paciente circulou a palavra “triste”. Assim, possibilitando a percepção de que a construção da comunicação se tornava possível através do uso dos recursos distintos à palavra falada.

As manifestações dos impulsos agressivos da gestante projetados sobre a figura da Psicóloga se mostraram

presentes em diversos momentos do atendimento. Após um período de cinco dias, em que a Psicóloga precisou se ausentar do hospital por questões de saúde, Lírio escreveu: *“eu brava causa não gostei “errado”. Eu não gostei. Eu triste sua culpa”* [sic] (série de grifos da paciente embaixo da frase); *“Eu triste eu penso você não veio, está chegou feliz contente eu brava era palhaça”* [sic]. De certa forma, a gestante parecia projetar na psicóloga emoções negativas, que poderiam ter sido desencadeadas a partir de vivências com a equipe de saúde e/ou em seu mundo interno nos momentos em que se sentiu “abandonada” pela ausência da psicoterapeuta. De forma similar à relação estabelecida entre o bebê e a mãe, postulado por Klein (1952), a comunicação da gestante parecia denotar o uso da identificação projetiva. Assim, observou-se que a paciente endereçava à psicóloga suas emoções negativas e a enxergava como um objeto mau. A afirmativa em questão se ampara nas ideias da autora ao abordar que as frustrações e desconfortos são projetados na mãe, assim passam a ser percebidos como provenientes dela e atribuídos a um seio mau. O qual seria portador de impulsos destrutivos que poderiam levar a agressões destinadas ao bebê.

Lírio foi submetida ao parto cesáreo em sua trigésima semana gestacional, devido a uma complicação clínica. O bebê corria risco de vida, o que demandou a internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal logo após o seu nascimento. Diante disso, em um dos atendimentos, a puérpera escreve:

“Eu estou nervosismo, falado com Deus está reclamando. Eu quero paz. Eu triste, não gostei falar porque eu quero embora, pescoço tirar veia e soro, eu sei embora meu filho internado UTI. Respeito eu volta filho até 2 meses...sexta-feira sair alta? Para falando chega, normal eu e ele junto vida morrer, deus fez oração vencer. Eu cansei. Eu louca nervosa brava cuidado.” [sic]

Identificou-se no escrito sentimentos negativos de revolta, frustração e insatisfação, interpretados pela Psicóloga como referentes às vivências do longo processo de adaptação da internação hospitalar enfrentado pela paciente e que, mesmo frente aos seus esforços, o bebê necessitou ser submetido aos cuidados de outras figuras, os profissionais de saúde. Ademais, os pensamentos religiosos trazidos pela paciente e as expressões dos seus sentimentos elucidam a intensa crise de angústia que vivenciava em seu período puerperal. Diante disso, demandou-se da Psicóloga o desafio de prestar continência às crises de angústia e, ao mesmo tempo, ofertar um

ambiente de acolhimento e validação para a expressão dos seus afetos. Tal qual as considerações de Rezende (1995), pautadas nos escritos de Klein e Bion, reitera-se que as defesas apresentadas pelo paciente são vitais ao tratamento psicanalítico, sendo fundamental ao terapeuta se atentar ao uso que faz destas no percurso dos atendimentos. O autor postula que dentre as defesas está o abafamento das emoções manifestadas pelo analisando, no qual evita-se entrar em contato com os afetos, sofrimentos e emoções, logo, havendo a necessidade de acolhimento, continência e busca de compreensão do que se passava com a referida paciente. Esse movimento frente à defesa, pode se tornar uma ameaça a intensas crises de angústia para o sujeito, como elucida o registro a seguir:

“Está dores muito ruim, eu triste tenho. Eu estou nervosismo. UTI não tem curar...Eu penso eu era nasceu, mamar... (nome do seu filho) pequeno, eu triste, não tem feliz... Porque eu quero embora cuidar grávida, agora ruim...[...] Eu entendo claro eu precisa calmante” [sic].

Retomando os apontamentos de Boas et al. (2013), mencionados anteriormente no presente estudo, acredita-se que os relatos trazidos pela paciente expressam a frustração acarretada pelo encontro real com o recém-nascido pré-termo em condições distintas às fantasias construídas sobre o bebê imaginário durante o seu período gravídico.

Rezende (1995) ressalta ser fundamental ao psicoterapeuta poder prestar continência frente aos episódios de demasiada angústia, afirmando ser uma posição atenuante para que o paciente compreenda o sofrimento que está sendo vivenciado e se sinta amparado para o enfrentamento de vivências posteriores às crises de angústia. Pode-se observar tais questões no fato clínico a seguir, escrito pela puérpera após a Psicóloga se mostrar continente aos sentimentos de angústia por ela manifestados: *“eu entendo claro beleza...pronto conversa particular... muito obrigada por você precisa acredita em mim. não se esqueça não pode mentira”* [sic]. Retomando os conceitos acerca das projeções sobre o seio bom e o seio mau presentes na relação mãe-bebê, Klein (1952) afirma que o bebê projeta impulsos de amor e atribui ao seio bom o caráter de gratificador quando recebe das figuras parentais as condições necessárias para alcançar a satisfação das suas necessidades e o alívio dos seus desconfortos, privações e tensões. Similar à relação entre a díade mãe e bebê, o fato clínico descrito expressa as sensações de gratificação proferidas pela paciente à figura da Psicóloga, despertadas a partir da posição da psicoterapeuta em ser continente

para sustentar e acolher os desconfortos manifestados pela paciente a cada sessão clínica e, desta forma, atribuindo à Psicóloga as características de um seio bom. De acordo com a autora, as vivências de gratificação, propiciadas a partir das experiências de satisfação das necessidades, mostram-se fundamentais para o manejo dos sentimentos de ansiedade e perseguição despertados pela experiência do adoecimento.

Utilizando-se dos conceitos de Winnicott, conforme citado por Kehdy (2013), indaga-se acerca da importância do *holding*, isto é, a capacidade das figuras parentais ofertarem um ambiente de cuidado e sustentação perante as necessidades identificadas no bebê. De forma similar ao que ocorre na relação mãe-bebê, demandou-se também da Psicóloga a oferta de *holding* à Lírio em seu processo de hospitalização, visto que, considerando a ausência da rede familiar e parental, Kehdy (2013) aponta ser fundamental a intervenção do psicólogo frente às vivências da perinatalidade, ao considerar que o psiquismo da puérpera está atravessado por projeções rígidas que, se não forem recebidas e trabalhadas junto à mulher/mãe, poderão ser depositadas no bebê.

Frente ao exposto, concorda-se com as explicações de Bion, conforme citado por Rezende (1995), que o processo clínico é uma contínua experiência de simbolização junto ao paciente. E, considerando a afirmativa do autor de que a interpretação é um processo de simbolização, no qual transforma-se os ditos em um sentido ainda não conhecido pelo sujeito através do ato de significação do discurso, apostou-se que as transformações se deram no nível da percepção cognitiva e, também, no campo das vivências afetivas da díade paciente-Psicóloga.

Considerações finais

Com base nas construções teóricas que fundamentam os fatos clínicos psicanalíticos destacados no presente estudo, buscou-se discorrer acerca do manejo utilizado pela psicóloga residente para acessar os pensamentos não simbolizados de uma paciente com deficiência auditiva parcial e possibilitar a validação dos afetos inconscientes que atravessam o processo psicoterapêutico. Demandou-se da terapeuta a função de ser continente frente às identificações projetivas que se atrelam aos fenômenos transferenciais e contratransferenciais inerentes à relação terapêutica e são manifestados a partir dos desafios vivenciados no campo da linguagem e da comunicação com a gestante em hospitalização.

Acredita-se que o aprofundamento na compreensão da temática pode auxiliar na criação de estratégias de

promoção de saúde e na condução de intervenções que proporcionem um atendimento integral e humanizado para um público socialmente negligenciado. Diante disso, espera-se que o estudo favoreça a reflexão sobre a oferta de uma melhor assistência às especificidades dos aspectos psicológicos e de ordem emocional vivenciados por pacientes impossibilitados de gozar da sua capacidade de percepção auditiva e comunicação verbal no acesso aos serviços públicos de saúde.

A utilização de recursos não verbais para a construção da comunicação ressaltou a possibilidade da atuação psicanalítica em moldes distintos às condições que, convencionalmente, operam a escuta clínica. Porém, ressalta-se a necessidade da inclusão do ensino de Libras nos currículos acadêmicos dos profissionais de saúde em formação, o que pode contribuir com a melhor capacitação do profissional de saúde e otimizar o cuidado prestado às demandas singulares da população atendida.

Referências

- Almeida, M., Lima, P. M. R. & Roure, S. A. G. (2020). A escuta de sujeitos surdos na clínica psicanalítica. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 9(17), 1-23.
- Azevedo, C. C., Hirdes, A., & Vivian, A. G. (2020). Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. *International Journal of Development Research*, 10(09), 40216-40220.
- Bion, W. R. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados* (W. M. M. Dantas, Trad.; 3a ed.). Imago. (Trabalho original publicado em 1967)
- Bion, W. R. (1994). Uma teoria sobre o pensar. In *Estudos psicanalíticos revisados – Second Thoughts*. Rio de Janeiro: Imago. 127-138.
- Boas, L. M. V., Braga, M. C., & Chatelard, D. S. (2013). Escuta psicanalítica de gestantes no contexto ambulatorial: uma experiência em grupos de fala. *Psico*, 44(1).
- Borsa, J. C., & Dias, A. C. G. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Rev. Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310-21.
- Freire, D. B., Gigante, L. P., Béria, J. U., Palazzo, L. D. S., Figueiredo, A. C. L., & Raymann, B. C. W. (2009). *Acesso de pessoas deficientes auditivas a serviços de saúde em cidade do Sul do Brasil*.
- Klein, M. (1946-1963). Inveja e gratidão e outros trabalhos: tradução da 4ª ed. inglesa; Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coordenadores) e colaboradores. - Rio de Janeiro: Imago Ed., 1991.
- Klein, M. (1952). *Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê*. Em Klein, M. (1946-1963). Inveja e gratidão e outros trabalhos. (pp. 86-118). Tradução da 4ª ed. inglesa; Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coordenadores) e colaboradores.
- Kehdy, R. (2013). Proporcionando holding à dupla mãe-bebê. *Pediatr. mod.*
- Kliemann, A., Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2017). Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 25(2), 69-76.
- Lima, L. M. C. (2018). A clínica psicanalítica no setting hospitalar. *Revista Valore*, 3(1), 360-372.
- Machado, M. D. V., & Chatelard, D. S. (2013). A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 16, pp. 135-150.
- Miyazaki, C. M. A., Cordeiro, S. N., Almeida, R. P. D., & Verceze, F. A. (2019). Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. *Revista da SBPH*, 22(2), 04-24.
- Netto, M. V. R. F., & Duarte, L. S. (2010). Frankenstein na UTI neonatal: o conflito entre o filho real e o filho imaginário. *Psicanálise & Barroco em revista*, 8(1).
- Noboli, A. F., & Abrão, L. G. M. (2022). O atendimento psicológico clínico para surdos: uma revisão bibliográfica. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 1192-1207.
- Oliveira, A. S., Santos, M. E. P., & Cavalcante, M. A. B. (2019). A importância do acompanhamento psicológico no ciclo gravídico puerperal. *Humanidades & Inovação*, 6(13), 48-54.
- Quinodoz, J. M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos?. *Rev. bras. psicanal.*, pp. 613-634.
- Reis, M. E. B. T. (2022). Construção de fatos clínicos psicanalíticos. Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas. *São Carlos: Pedro & João Editores*, 6, pp. 97-110.
- Rezende, A. M. (1995). Wilfred R. Bion: Uma psicanálise do pensamento. Campinas, SP: *Papirus*.
- Simonetti, A. (2004). Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença-São Paulo: Casa do Psicólogo. *Editora e Gráfica Ltda*.
- Silva, C. M. D., & Macedo, M. M. K. (2016). O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: ciência e profissão*, 36, 520-533.
- Silva, H. A. B., & Reis, M. E. B. T. (2022). Estágio em psicoterapia psicanalítica: relação transferencial aluno-universidade. *Interação em Psicologia*, 26(2), 1-9.
- Souza, M. T., & Porrozzi, R. (2009). Ensino de libras para os profissionais de saúde: uma necessidade premente. *Revista Praxis*, 1(2).
- Zimerman, D. E. (2008). Manual de técnica psicanalítica [recurso eletrônico]: uma re-visão. Porto Alegre: *Artmed*.

Submetido em: 21-3-2023

Aceito em: 18-5-2023