

O terror tem nome: a enfermaria de crianças cronicamente enfermas. Algumas considerações a partir do relato de uma experiência**

Maria Thereza de Barros França *

Inicialmente, a autora relata sua experiência como psiquiatra em uma enfermaria pediátrica, na qual as crianças ficavam aos cuidados de diversos grupos de especialistas, o que resultava numa organização bastante fragmentada.

Como se tratassem de doenças crônicas, as internações contribuíam para a melhora - raramente para a cura dessas crianças. Muitas delas eram mesmo internadas em estágio terminal da doença, num contato contínuo e intenso com angústias diante da morte iminente.

Nessa enfermaria, era marcante a presença daquilo que M. Klein destaca como fontes primárias de angústia: o medo da atividade da pulsão de morte (angústia de aniquilamento), a ansiedade de separação e a frustração das necessidades corporais.

Diante de angústias tão profundas, as pessoas envolvidas, as crianças, os pais e profissionais, desenvolvem defesas intensas. Seria possível de outra forma?

Propõe para simbolizar a enfermaria um ideograma: um polígono, constituído por essas pessoas mencionadas, delimitando o que seria o "mundo interno da enfermaria", tipicamente esquizo-paranóide. Ressalta que um dos significados da palavra *polígono* é: "figura que determina a forma geral de uma praça de guerra".

Sugere essa enfermaria como um campo onde a medicina travaria a inglória batalha contra a morte, e onde a própria vida costuma sair mortalmente ferida quando se tenta evitar a dor.

Propõe que uma das interações possíveis entre psicanálise e comunidade, no caso uma enfermaria, seria o psicanalista colaborar na busca de um *senso de verdade* através da comunicação de emoções e pensamentos, favorecendo um movimento na direção da integração, de ampliação da capacidade de suportar a dor e assim, de fato, "salvar" a vida.

Josuel, 5 anos, renal crônico, assistindo pela TV a notícia da morte do presidente Tancredo Neves, que estava internado ao lado, no Instituto do Coração; o repórter dizia que ele havia tido uma insuficiência renal:

- *Tia, do que ele morreu?*
- *Ah, é porque ele estava muito velhinho!*
- *Assim como eu?...*

RESUMO

A autora é psiquiatra de uma enfermaria de crianças com doenças crônicas, onde muitas são internadas em fase terminal. Ela descreve as angústias das crianças, das famílias e da equipe diante da morte.

É proposto pela autora uma interação entre a psicanálise e a enfermaria.

* Psiquiatra, Psicanalista do Instituto de Psicanálise da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

** Trabalho apresentado no II Congresso Latinoamericano de Psicanálise de Crianças e Adolescentes, São Paulo, novembro de 1995.

Introdução

Em meus pesadelos, freqüentemente retorno à enfermaria¹ onde trabalhei por tantos anos: a sensação angustiante é de que não vou suportar.

Eu prestava serviço como psiquiatra do Serviço de Higiene Mental, em atividades organizadas por mim², ou como resposta à solicitação de atendimento.

Neste trabalho, estou me propondo a revisita-la de outra maneira. O estímulo? - O Congresso. Mas talvez também uma necessidade de melhor elaborar a experiência que tive.³

Inicialmente, apresento as crianças, seus pais e os profissionais da enfermaria, para depois discutir alguns aspectos que me parecem relevantes e, então, concluir:

As crianças

Eram pacientes da nefrologia, gastrologia, oncologia, etc. Isso resultava numa organização bastante fragmentada, pois os médicos trabalhavam em grupos isolados, de acordo com suas especialidades. A maioria proveniente de camadas socioeconômicas desfavorecidas, e quando não, suas famílias haviam se depauperado com os gastos em tratamentos; nestes casos era maior a sensação de falência.

Não viam a hora de ir embora; chegavam a ficar sentadas horas a fio ao lado da porta do elevador. Porém, havia raros casos de crianças que diziam claramente que queriam ficar lá, geralmente por dificuldades em serem tratadas no ambiente familiar.

Como, por exemplo, Alexandra, de 6 anos, que se recusava a fazer inalações, até o dia em que disse que fazia isso para não ir para casa porque lá não tinha comida.

O bem-estar dessas crianças estava muito mais relacionado a sua situação emocional do que à gravidade do diagnóstico, e também se sua doença apresentava aspectos mais ou menos visíveis ou mais ou menos debilitantes. Crianças acima de 4-5 anos demonstravam ter mais recursos para lidar com a internação do que as menores. A presença da mãe para estas últimas era muito significativa. O grupo de gastro, freqüentemente, internava bebês e pedia de rotina o teste de Gesell⁴ na admissão e na saída: podia-se observar que seu desenvolvimento permanecia estacionado durante o tempo de permanência no hospital.

As internações repetidas traziam um prejuízo maior para a criança, porém a familiaridade com o ambiente da enfermaria gerava menos angústia; tal como acontecia com Laura, 12 anos: aproveitava as internações para vender as toalhinhas de crochê que fazia tão bem. Essas crianças funcionavam como "facilitadores" para as demais, no sentido de que repartiam com elas suas experiências e pareciam-lhes muito confiáveis.

Os adolescentes eram um caso à parte. Transformavam a enfermaria, tão necessitada de rotinas para se organizar, questionavam tudo: horário para dormir, tomar banho, ver TV, deixando muito claro que tinham necessidades específicas. O mais curioso era a forma como lidavam com suas doenças: freqüentemente encavaram-nas como um desafio. Faziam "queda-de-braço", isto é, queriam ver quem podia mais - eles ou a doença - então escapavam das restrições impostas, os nefróticos comiam sal, os diabéticos açúcar. Parecia uma tentativa de suicídio em doses homeopáticas.

O grupo de crianças era aguardado com ansiedade. Uma vez por semana nos reuníamos na sala de recreação, durante uma hora, com aquelas que tinham condição de sair dos seus leitos: muitas vinham com soro, sondas. Utilizávamos uma caixa com material gráfico e brinquedos, sendo a grande atração umas bonecas de plástico, seringas e equipos de soro, utilizados com prazer para ativamente reproduzirem as experiências vividas. Eram momentos em que expressavam suas fantasias, geralmente angustiantes, outras vezes curiosas, sobretudo o que se passava com elas mesmas e a sua volta. As fantasias representavam uma forma de tentar lidar com suas experiências. Expressá-las era uma oportunidade para elaborá-las. Paulo, 8 anos, parou de andar e brincar após a cirurgia no pericárdio; no grupo contou que tinha medo de que se pulasse, seu coração cairia porque haviam tirado a "pele" que o segurava...

Demonstravam perceber até, ou principalmente, o que tentavam esconder delas. Houve um dia em que reproduziram fielmente uma tentativa de reanimação - procedimento realizado na véspera no terrífico "quarto de morrer".⁵ Atentavam para as crianças atendidas pelos mesmos médicos procurando descobrir semelhanças. Era muito difícil quando morria alguma criança que sabiam ter a mesma doença que a sua. Quando transferidas para o tal "quarto" era horrível; ficavam desesperadas. Entretanto, algumas estavam em situação de tanto sofrimento crônico, que pareciam exibir aquilo que Kübler-Ross descreve como aceitação da morte.⁶

¹ Enfermaria de crianças cronicamente enfermas, do Instituto da Criança, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

² Grupos de pais, de crianças, de enfermagem e seminários para os residentes de 2º ano.

³ *Felt need*: Bion em *cogitations* - (p.184) fala no que seria um *sensu de necessidade* de converter a experiência em sonho, no sentido desta se prestar a pensamentos oníricos.

⁴ Gesell, A. et al. *Diagnostico del desarrollo*. Buenos Aires, Paidós, 1974.

⁵ Quarto para onde eram levadas as crianças em estado grave.

Nessa enfermaria, raramente tínhamos o prazer de ver alguma criança sair de alta curada. Lembro-me, porém, de Cristina, 12 anos, cujo quadro, típico de ansiedade, regrediu totalmente após o diagnóstico de um hipertireoidismo. E também de José Maria, 11 anos, com hipodesenvolvimento congênito dos genitais, que era tratado como alguém sem gênero. Após uma cirurgia, “adquiriu” genitália feminina e passou a chamar-se Maria José, não escondendo sua satisfação com a nova identidade, pintou as unhas, enfeitou-se e no grupo desenhava florzinhas como as outras meninas.

Muitas internações eram mesmo terminais. Fica evidente que esse era o nosso dia-a-dia: as angústias diante da morte.

As famílias

Muitas vezes, tomadas por um intenso sentimento de culpa pela moléstia dos filhos, por não terem sido capazes de impedir que isso acontecesse, o que era agravado nos casos em que a doença era hereditária, tentavam projetar o sentimento insuportável, culpabilizando os médicos, o seu tratamento ou o hospital pelos insucessos. Como se fosse facultado aos pais a permanência na enfermaria ao lado da criança, quando isso não era possível, a culpa se acirrava mais.

Muitas mães lá permaneciam, mesmo nas condições precárias em que o hospital se encontrava. Por um lado, isso trazia ganhos para a criança, que se sentia mais protegida, e para a mãe, que tinha a possibilidade de dispensar um cuidado assistido ao filho; porém, despertava intensos sentimentos persecutórios de parte a parte no que diz respeito à enfermagem, pois era ela que cumpria tarefas semelhantes às da mãe.

Quando os pais vinham visitar os filhos, freqüentemente na hora de ir embora ocorriam cenas dramáticas, de crianças agarradas a eles, chorando desesperadamente para que não se partissem ou para que as levassem também. Era tanta angústia, que as enfermeiras desenvolviam a crença de que os pais nem deveriam ir às visitas, porque seria melhor para os filhos.

Na reunião de pais, semanal, realizada com a presença de uma representante da enfermagem e a assistente social, conversavam sobre suas angústias, medos, e também expressavam suas fantasias por exemplo, sobre a origem da doença.

Débora tinha 10 anos e estava com leucemia. Sua mãe expressou a angústia de perdê-la da seguinte maneira: trouxe para o grupo a questão de como dizer para a filha, que gostava tanto de crianças, que talvez por causa da doença não pudesse mais ter filhos. O grupo colaborou sugerindo alimentos que fortaleciam o sangue e dizendo que ela tivesse fé. Essa questão era uma constante: diante de situações de desespero recorremos ao que possa se opor a nossa impotência. A própria Kübler-Ross, em seu livro dirigido a crianças terminais, é absolutamente mística. Às vezes vinham grupos religiosos cantar e olhar ao lado dos leitos: isso para as crianças era tão assustador quanto uma visita médica. Lembro-me também de ver palhaços e papai-noéis adentrando aquela enfermaria; eu pensava no insólito daquelas situações.

Os profissionais

Acredito que nós, médicos, nos dirigimos a essa profissão, entre outras motivações, por uma dificuldade em lidar com limites e dor. Esse era um ponto de atrito freqüente. Os pedidos de consulta dos especialistas continham uma contradição: por um lado me solicitavam que fizesse o atendimento emocional das crianças internadas, por outro não suportavam entrar em contato com angústia, com sofrimento, erigindo fortes defesas contra isso como cisões, idealizações e projeções. Por vezes, pareciam sentir-se com a pior parte (cuidar do corpo e infligir dor) enquanto a mim caberia a melhor (cuidar da mente, ajudar com o sofrimento).

Era interessante ver como muitos deles, profissionais altamente qualificados, desenvolviam crenças de que as crianças não percebiam o que se passava com elas, que dar informações a elas seria ruim, pois assim é que iriam se afligir. Na verdade, explicitar e lidar com angústias é trabalhoso, doloroso. Talvez precisassem negar tudo isso e manter-se aferrados à ilusão da onipotência.

À noite e nos finais de semana, o hospital ficava aos cuidados dos residentes que se viam às voltas com inseguranças do papel profissional em formação. Nos seminários que realizava com eles durante os meses em que estagiavam na enfermaria, usávamos como pretexto para discussão das experiências que vinham tendo a leitura de textos sobre preparo para hospitalização, recreação hospitalar, morte, etc. Era

⁶ Kübler-Ross, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, EDART, 1977. Descreve fases pelas quais passam criança, família e profissionais, diante da perspectiva de morte iminente: negação, revolta, barganha, depressão e aceitação. Na verdade são diferentes possibilidades de se lidar com o luto.

complicado conciliar as necessidades que suas ansiedades geravam com a possibilidade de serem sensíveis à vida emocional das crianças. Porém, era bastante gratificante notar que tendo esse espaço para si eles passavam a se aproximar mais das crianças, a perceber que brincar não é só passatempo, que por trás de uma mãe “chata” há uma pessoa angustiada, que criança pensa, etc. Pena sua permanência ser temporária: a impressão era de muito investimento e pouco retorno. Em que pese o aprendizado de entrar em contato com essas crianças sofredoras e suas famílias, esta era uma tônica na enfermaria: a sensação de que não havia reparação possível.

Os sentimentos persecutórios grassavam também entre pais e pediatras, principalmente quando havia piora. Uns achavam que os médicos não estavam acertando o tratamento; estes, por sua vez, responsabilizavam os pais que não teriam seguido suas prescrições à risca. Acompanhei situações delicadas nas quais, diante da evidência de que nada mais havia a ser feito, os médicos pensavam em parar com os tratamentos mas se perguntavam o que as famílias iriam achar disso. O fato sempre evitado era a gravidade das doenças, as limitações da medicina diante delas e a imposição da morte.

A enfermagem, pela maior proximidade com as crianças e seus familiares, era continuamente exposta às angústias. Desenvolviam defesas: achavam, por exemplo, que não era conveniente pegar as crianças no colo, porque ficariam mal-acostumadas. Porém, algumas atendentes por vezes “adotavam” crianças que estavam lá há mais tempo.

Quanto a mim, percebia que tanto os pais como os profissionais que eram mais sensíveis, que tinham recursos pessoais, aproveitavam minha colaboração; outros pareciam sentir-se incomodados por mim, perseguidos, e me evitavam ou desprezavam. As crianças, de modo geral, recebiam muito bem minha aproximação.

Discussão

Este relato abre muitas possibilidades, mas vou me restringir a algumas questões. Por um lado, em alguns aspectos as situações relatadas falam por si mesmas. Por outro, fiquei com a impressão de estar diante de um material bruto, de emoções primitivas: um pesadelo,

tal como aqueles a que me referi no início do trabalho. Acredito que isso diz respeito a elementos β , que me pressionam, e eu tento buscar significados. Talvez, como diz Meltzer⁷, seja um caso de sonhos mal-sucedidos. Ele diz que os sonhos, enquanto pensamentos inconscientes são experimentos, que um sonho bem-sucedido resolve um problema e um mal-sucedido não. Qual seria o problema então?

Se em análise de adultos pensamos em díade (analista-analisando), na de crianças pensamos em tríade⁸ (analista-criança-pais), aqui penso em um polígono⁹ (crianças-famílias-profissionais), delimitando o “mundo interno da enfermaria”, que encerra as principais fontes de ansiedade primária a que se refere M. Klein¹⁰, expressas pelo medo da morte, a ansiedade de separação e a frustração das necessidades corporais. É um mundo tipicamente esquizo-paranóide: a angústia é de aniquilamento, os sentimentos são persecutórios, as frustrações insuportáveis, os mecanismos projetivos dominantes, a fragmentação, a cisão, a idealização e negação são evidentes.

Quanto às identificações projetivas, Bion¹¹ diz que “se o bebê sente que está morrendo, pode despertar na mãe o receio de que ele esteja morrendo”. A mãe capaz de *rêverie*, recebe esta projeção e, colocando sua função à disposição do bebê, permite que ele reintrojete a sensação de modo suportável. A experiência emocional necessita elaboração para adquirir significado. Caso isso não seja possível, o bebê reintrojeta não um medo de morrer tolerável, mas sim algo indefinível, um terror sem nome. Aí está o problema: o que dizer dessas crianças que estão de fato morrendo? Como, diante dessa experiência emocional insuportável, encontrar nesses pais e profissionais aterrorizados um objeto compreensivo, continente, capaz de acolhê-las?

É aí que a dor se impõe.

Betty Joseph¹² fala de pessoas tão intolerantes à dor e à frustração que sentem a dor, mas não a sofrem. Atacam suas mentes e tentam evitar a vida, “uma vez que é o viver e o relacionar-se que provoca tanta dor”. A medicina, ao se propor a salvar vidas tentando combater, negar a morte, na verdade, muitas vezes, acaba atacando a vida, reduzindo o ser humano à dimensão de doente e a sua vitalidade à dimensão de um corpo pulsando. Ficamos às voltas com destroços, produtos de uma batalha inglória que nunca termina. Não há lugar para sentimentos depressivos, para reparação¹³.

⁷ Meltzer, D. *O sonho como pensamento inconsciente*. Rev. Bras. Psican. 29(1), 1995.

⁸ French, N.J.P. et al. *Psicanálise de crianças: um terreno minado?* Apres. na SBPSP em 25/05/95.

⁹ Polígono: figura que determina a forma geral de uma praça de guerra, segundo o “Aurélio”.

¹⁰ Klein, M. *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*. In: Os progressos da Psicanálise. RJ, Zahar, 1982.

¹¹ Bion, W. *Uma teoria sobre o processo de pensar*. In: Estudos psicanalíticos revisados. RJ, Imago, 1988.

¹² Joseph, B. *Em direção à experiência de dor psíquica*. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. RJ, Imago, 1992.

Conclusão

Nesse Congresso, dentro do tema Psicanálise e Comunidade - Interações Possíveis, penso que assim como uma mãe continente coloca sua função à disposição do bebê, até que este possa ser capaz por si mesmo de pensar sobre suas experiências emocionais, um analista em um hospital pode colaborar na busca de um senso de verdade (Bion¹⁴), ou seja, a possibilidade de através da comunicação de emoções e pensamentos estabelecer correlações que confirmem que o objeto experimentado ora como odiado, ora como amado, trata-se do mesmo objeto; ou, no caso em questão, que limitação, privação, doença, dor, sofrimento, morte e luto, são inerentes à vida, e é sua aceitação, com ampliação da capacidade de suportar o sofrimento (sofrer dor), o que nos permite suportar a vida e vivê-la mais plenamente ("sofrer" prazer¹⁵).

*Josuel, 5 anos, o corpo em inanição...
uma criança viva,
que me ensinou que até o final
sua mente tinha fome de verdade.*

Bibliografia

1. BION, W. - Uma teoria sobre o processo de pensar. In: Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
2. BION, W. - Cogitations. London, Karnac Books, 1992.
3. FRENCH, N.J.P. e col. - Psicanálise de crianças: um terreno minado? Trabalho apresentado na SBPSP em 25/05/95.
4. GESELL, A. e col. - Diagnostico del desarrollo. Buenos Aires, Paidós, 1974.
5. JOSEPH, B. - Em direção à experiência de dor psíquica. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
6. KLEIN, M. - Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
7. KÜBLER-ROSS, E. - Sobre a morte e o morrer. São Paulo, EDART, 1977.
8. MELTZER, D. - O sonho como pensamento inconsciente. Rev Bras Psican 29(1), 1995.

Endereço para correspondência

Maria Thereza de Barros França
Instituto da Soc. Bras. de Psicanálise de São Paulo
Pça. Senador Liceu Prestes, 320
05434-070 - S. Paulo - SP

¹³ Joseph, B.; *ibid.* Fala de um aprisionamento entre o PS e D, entre o mental e o físico, vivido como fragmentação e perseguição e os primórdios do sofrimento, da integração, da consideração e da esperança.

¹⁴ Bion, W.; *ibid.*

¹⁵ Joseph, B.; *ibid.*