



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

MARIA LAIDES PEREIRA BARROS

**O ROSTO DEFORMADO EM DECORRÊNCIA DO
CÂNCER E A SUSTENTAÇÃO NECESSÁRIA:
ESPAÇOS DE CUIDADOS À INTEGRAÇÃO**

**Belém-Pará
2010**

Maria Laídes Pereira Barros

**O ROSTO DEFORMADO EM DECORRÊNCIA DO
CÂNCER E A SUSTENTAÇÃO NECESSÁRIA:
ESPAÇOS DE CUIDADOS À INTEGRAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dra. Airle Miranda de Souza.

Linha de Pesquisa: Prevenção e Tratamento Psicológico.

**Belém-Pará
2010**

MARIA LAÍDES PEREIRA BARROS

**O ROSTO DEFORMADO EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER E
A SUSTENTAÇÃO NECESSÁRIA: ESPAÇOS DE CUIDADOS
À INTEGRAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Prevenção e Tratamento Psicológico.

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Airle Miranda de Souza – *Orientadora*
IFCH/UFPA

Prof^º Dr. Pedro Paulo Freire Piani - *Membro*
IFCH/UFPA

Prof^ª Dr^ª Ana Emilia Vita Carvalho – *Membro*
CESUPA/PA

Aos meus amados filhos.

AGRADECIMENTOS

A Professora Airle Miranda de Souza, pela orientação continente. As amigas Àdria Azevedo e Patrícia Martins, pela companhia imprescindível nos momentos de revisão e editoração

Fruto de enganos ou de amor, nasço de minha própria contradição. O contorno da boca, a forma da mão, o jeito de andar (sonhos e temores incluídos). Visão desses que me formaram. Mas, o que eu traçar no espelho há de se amar também segundo o meu desejo [...].

(Lia Luft)

RESUMO

O adoecimento e a hospitalização são experiências significativas, comumente mobilizando sentimentos de perdas, como uma ameaça à vida, expondo a fragilidade e incompletude do homem. Os significados e reações desencadeadas pela comunicação do diagnóstico de câncer são permeados por temores e angústias, os quais favorecem os estados de desamparo. Quando o câncer manifesta-se na cabeça ou pescoço, um dos tratamentos indicados pode ser a retirada do tumor maligno do rosto e, de acordo com o seu estadiamento e dimensões, são exigidos procedimentos cirúrgicos tão invasivos e mutiladores que o rosto pode transmutar-se em outro. Em outros casos, a própria evolução da doença, mesmo sendo contra-indicada a cirurgia, implicará em transformações significativas na face. Neste estudo, considerando-se que o adoecimento e a hospitalização favorecem a regressão, atualizando angústias primitivas associadas ao desamparo e impotência, propôs-se avaliar a questão do *holding* (sustentação) nos cuidados a esses pacientes, tendo como referencial teórico norteador a Psicanálise, priorizando a abordagem de Winnicott e outros teóricos. Compreende, portanto, um estudo teórico, somado à pesquisa bibliográfica, através da qual são recuperados relatos de pacientes, apresentados por outros autores e que estão em concordância com aqueles captados pela autora em sua experiência de trabalho desenvolvida enquanto psicóloga em um hospital público. Os resultados apontam: a mobilização, para estes pacientes, de um estado de confusão, reatualizando ansiedades primitivas de desintegração e de despedaçamento, exigindo a reorganização das defesas; o *holding* como processo favorável à elaboração de perdas rumo à integração do não-eu ao Eu; a necessidade do hospital configurar-se como representante de um ambiente suficientemente bom, o que exigirá a sustentação disponibilizada pela família, equipes de saúde e a instituição; e que a função de *holding* encontra-se intimamente relacionada com a Política Nacional de Humanização da atenção à saúde, em seus princípios fundamentais.

Descritores: câncer de cabeça e pescoço, *holding*, mutilação do rosto, humanização.

ABSTRACT

Illness and hospitalisation are relevant experiences, often evoking loss feelings, like a threaten to life, exposing men's fragility and incompleteness. Meanings and reactions caused by the communication of the diagnosis of cancer are permeated by fears and anxieties, that facilitate states of helplessness. When cancer happens in neck or head, one of the recommended treatments is the removal of the malignant tumor from the face and, according to its staging and dimensions, very invasive and mutilating surgical procedures are needed, implying in changing that face into another. In other cases, even when surgery is contraindicated, the evolution of illness itself will cause important modifications in the face. Considering that illness and hospitalisation facilitate regression and renew primitive anxieties associated to helplessness and impotence, this study intended to evaluate holding in patients' care, having Psychoanalysis as theoretical referencial, prioritizing Winnicott's approach, and also that from other theorists. Therefore, this study is theoretical, added to bibliographic research that brings patients' speech, presented by other authors and in concordance with the ones observed by this author in her experience as psychologist in a public hospital. The results were: the appearance, for these patients, of a state of confusion, renewing primitive anxieties of desintegration and fragmentation, demanding reorganisation of defenses; holding as a process that facilitates elaboration of losses towards integration of non-self into self; hospitals must exist as a sufficiently good environment, which demands holding from the family, the health staff and the institution; and that holding is closely related to Humanization National Politics of health care, in their fundamental principles.

Keywords: head and neck cancer, holding, facial mutilation, humanization.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1- O CORPO NA CONTEMPORANEIDADE E O ROSTO ESTRANHO: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	17
1.1 - <i>O estranho rosto</i>	
CAPÍTULO 2 – O HOLDING NO DESENVOLVIMENTO: ESPAÇOS DE CUIDADOS SUFICIENTEMENTE BONS.....	31
2.1 - <i>Os primórdios do desenvolvimento segundo Winnicott</i>	
2.2 - <i>Quando dois são um: a unidade mãe e filho</i>	
2.3 - <i>Juntando os pedaços: o caminho da não-integração à integração</i>	
2.4 - <i> Holding: o amparo essencial para a integração</i>	
2.5 - <i>Espaço potencial: a criação da realidade</i>	
2.6 - <i>No olhar do outro descubro que existo</i>	
CAPÍTULO 3 - O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE SUSTENTAÇÃO DA VIVÊNCIA DO ADOECER.....	48
CAPÍTULO 4 - A HUMANIZAÇÃO COMO UM OLHAR DE SUSTENTAÇÃO AO SUJEITO.....	53
4.1 - <i>Humanização da Atenção em Saúde</i>	
4.2 - <i>Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde</i>	
CAPÍTULO 5- O ROSTO DEFORMADO EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER: DISCUTINDO OS ESPAÇOS DE CUIDADOS E A SUSTENTAÇÃO NECESSÁRIA À INTEGRAÇÃO.....	64
5.1 - <i>A chegada do paciente ao hospital: a comunicação do diagnóstico e da cirurgia</i>	
5.2 - <i>O pré-cirúrgico: prediz-se a deformação</i>	
5.3 - <i>Do pós-cirúrgico à reabilitação: diante de um novo rosto (o estranho).</i>	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS	86

INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia, que na atualidade constitui-se, como um problema de saúde pública mundial, havendo uma estimativa da International Union Against Cancer (UICC) de cerca de 15 milhões de novos casos até 2020 e afeta tanto os países desenvolvidos, como os que estão em desenvolvimento e, nestes últimos, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002), a soma total de casos novos diagnosticados a cada ano é quase a metade do total registrado nos cinco continentes (Instituto Nacional do Câncer - INCA, 2006).

A carcinogênese, ou seja, o mecanismo de desenvolvimento dos tumores ocorre quando células normais no processo de multiplicação sofrem mutações, sendo necessárias múltiplas alterações nas funções da célula para que o câncer se desenvolva, provocando capacidade de crescimento autônomo, o poder de invasibilidade e o poder de imortalidade. O processo, em que uma célula normal se torna um câncer pode levar anos e ocorrer silenciosamente (Ibid.).

Atualmente as pesquisas na área da oncologia vêm demonstrando que o câncer está vinculado a uma multiplicidade de fatores, havendo uma influência destes, mesmo nos casos em que a susceptibilidade genética é preponderante. Dentre esses fatores temos como principais a alimentação inadequada, a exposição à radiação ultravioleta sem proteção, o uso do tabaco e de álcool, a não vacinação contra germes infecciosos (como hepatite B), prática sexual sem proteção, exposição ocupacional (como ao amianto, arsênico, radiação ionizante), entre outros. (Ibid.).

Paradoxalmente, observa-se a relação do aumento da prevalência de alguns tipos de cânceres, em países de melhor nível sócio-econômico e uma taxa elevada de outros tipos, em países em situação de pobreza. No Brasil, além da situação de pobreza, favorecendo a alta incidência do câncer cérvico uterino e pênis, o aumento da estimativa de vida nas últimas décadas ocasionou um crescimento significativo da população de idosos e conseqüentemente um maior número de casos dessa patologia por ser esta fase da vida a de maior predisposição ao câncer. (Ibid.).

O conjunto de afecções malignas que se desenvolve na face e no pescoço, muitas vezes com características diferentes é denominado de câncer de cabeça e pescoço. Neste conjunto incluem-se todos os tumores malignos das vias aéreas (VAS) e digestivas superiores: cânceres de laringe, da faringe, da tireóide, da cavidade nasal e dos seios paranasais, além de câncer das glândulas salivares, da mucosa e do revestimento da cavidade oral, ou seja, câncer de boca, ou oral, ou bucal (AMAR, 2002).

A incidência prevista para o câncer de cabeça e pescoço em 2010, no Brasil, incluindo apenas as neoplasias malignas da cavidade oral são de 14.000 mil casos novos (INCA, 2010), sendo este tipo de câncer a sexta maior causa de morte por câncer no mundo (ALVARENGA et al., 2008). Dados estatísticos demonstram que cerca de 5% a 10% dos problemas de câncer, estão localizados nessa região do corpo e seus principais fatores de risco são o tabagismo e o álcool, e apesar de sua incidência ser baixa em relação a outros tipos, é hoje fator de grande preocupação para o Instituto Nacional de Câncer, pelo seu diagnóstico quase sempre tardio (INCA, 2006).

Os pacientes diagnosticados com câncer na região da cabeça e pescoço tendem a ter suas vidas alteradas, principalmente em decorrência dos tratamentos que envolvem radioterapia, quimioterapia e cirurgias. Sendo que em decorrência de cirurgias extremamente invasivas, pelo diagnóstico frequentemente tardio da doença, comumente são impostas mutilações extensas, podendo ter implicações como perdas funcionais e seqüelas estéticas (BARBOSA et al, 2004).

Destaca-se ainda o fato de ser o câncer uma doença carregada de mitos e estigmas, associada com medo, sofrimento, dor, mutilação e morte, sendo por todos esses fatores de difícil nomeação e comumente chamada “aquela doença” ou “aquilo” pelo peso que a palavra câncer carrega. É também adjetivada como feia e asquerosa (CHIATTONE in CAMON, 1992; SONTAG, 2002; MALUF & MORI & BARROS, 2005)

Aqueles com câncer na face, podem vivenciar a “desconstrução anatômica” dessa área do corpo por tumorações invasivas, que extrapolam os limites de seu contorno e por cirurgias mutilantes ocasionando a perda das formas do rosto. São aqueles sem nariz, sem lábios, sem olhos, em alguns casos com uma face tão deformada que não é possível vislumbrar como era a mesma antes do adoecimento, pois sua aparência foge aos padrões humanos estabelecidos socialmente.

O rosto disforme se revela ao paciente em sua estranheza, com forma que contraria os ideais de beleza da sociedade contemporânea e os padrões comumente reconhecidos socialmente. Traz para a realidade cotidiana como bem observa Freud (1914), que “o Eu não é senhor em sua própria casa”, ou seja ao Eu não é garantido ter a si e aos outros e o controle da própria existência.

Alguns estudos realizados sobre os sentidos do câncer de cabeça e pescoço têm indicado que os pacientes sentem necessidade de diálogo, de ter a sua doença esclarecida e de serem acolhidos pela equipe de saúde (SILVA, 2005). Porém, apesar de uma assistência

humanizada ser preconizada pelo SUS, a mesma não comparece nos relatos dos profissionais que prestam assistência (PIRES et al., 2005).

Se por um lado tem-se observado o questionamento sobre a garantia de espaços intersubjetivos e recursos tecnológicos, necessários a humanização dos cuidados hospitalares, preconizando a necessidade do enfoque multiprofissional e interdisciplinar (TEIXEIRA, 2009; BARBOSA, 2004; PIRES et al., 2005; SILVA, 2005; SILVA, 2008) por outro, no que diz respeito a produção do conhecimento científico ainda observa-se a predominância do modelo biomédico, indicando a necessidade de estudos que avaliem aspectos subjetivos e recursos tecnológicos, preconizando o enfoque da humanização.

No que se refere ao tratamento destaca-se que a opção pela cirurgia nem sempre possibilita uma definição clara dos seus resultados e possíveis seqüelas. O paciente geralmente faz sua escolha baseado na perspectiva de que a mesma possa eliminar a doença, afastando a ameaça de morte. E mesmo na falta de esclarecimentos faz uma escolha, supostamente desejando a vida, tendo, no entanto, implicado nela algo que parece não desejar.

Considerando as implicações existentes no adoecimento pelo câncer de cabeça e pescoço, como o estigma, medo da morte, tratamentos prolongados com efeitos colaterais agressivos e cirurgias mutiladoras, podendo decorrer com a deformidade do rosto, eventos que geralmente produzem grande sofrimento, é evidenciada a necessidade de estudos que abordem as instituições e equipes de saúde que prestam assistência a essa população, visando apresentar respostas a cerca das práticas humanizadas de forma a atender as demandas destes pacientes.

De acordo com Teixeira (2006), o corpo afetado em sua realidade orgânica pelo câncer é um corpo que sofre, que sente dor, que está comprometido em seu funcionamento, na sua realidade biopsicossocial. As múltiplas dimensões e sentidos existentes no processo de adoecimento exigem um olhar multidisciplinar e interdisciplinar em todas as suas fases: diagnóstico, tratamento, reabilitação e quando necessário, os cuidados paliativos. Paradigma que não condiz com o olhar dicotomizado do modelo biomédico, centrado apenas nos sintomas e sinais da doença, mas que ainda exerce seu monopólio na área da saúde.

Torna-se necessário defender a qualificação dos serviços visando o rompimento com modelos fragmentados no cuidado a saúde e no seu dia-a-dia, impulsionar a compreensão integral da realidade dos pacientes, criando dispositivos legais que possam estar assegurando, no plano institucional, o acompanhamento interdisciplinar dos mesmos na rede Sistema Único

de Saúde - SUS, respeitando os direitos do paciente em todas as suas fases e quando necessário articular parcerias com outros setores para o investimento na reabilitação, formação profissional e reintegração dos mesmos no mercado de trabalho, valorizando o paciente em sua existência. (MATTOS, 2001; MIRANDA et al., 2007; JUNQUEIRA et al, 2005).

Portanto, torna-se necessário a produção do conhecimento científico voltado à superação das limitações dos modelos fragmentados de assistência a saúde e a construção de novos modelos com base num olhar integral as singularidades dos pacientes de cabeça e pescoço e suas possíveis mutilações no rosto, reconhecendo a existência dos mesmos enquanto sujeito de direitos. Para tanto, o hospital e a equipe de saúde deverão ser problematizados como esse espaço *entre* o paciente e o seu processo de adoecimento-saúde, assim como as diversas relações estabelecidas, de modo que possa ser constituído um ambiente que favoreça a provisão necessária.

Winnicott (1979), psicanalista inglês, concebe que todo o sujeito, em seu processo de maturação com suas potencialidades e singularidades, percorre o seu percurso do desenvolvimento conquistando novas fases rumo a sua integração e autonomia, conquistas que não são absolutas, pois diante dos eventos da vida pode ser convocado a retornar a estágios anteriores considerados já superados. O autor dá especial relevância à relação do sujeito com o ambiente e a sua função de holding na constituição do sujeito e dinâmica de vida incluindo os momentos de adoecimento e situações de perda decorrentes do mesmo.

Tais considerações remetem às implicações das possíveis falhas do hospital e equipe de saúde enquanto ambiente provedor de cuidados, pela dependência que o paciente tem destes cuidados, considerando todo o agrave de um câncer de cabeça e pescoço, sugerindo a importância de avaliarmos a função de holding nestas condições.

Compreende-se então que é de fundamental importância a realização de pesquisas que abordem a equipe de saúde, tomando como base novos pressupostos políticos do sistema público para a humanização nos cuidados à saúde, como mediadora das demandas do paciente, possibilitando a sustentação necessária no investimento compartilhado para o desenvolvimento de recursos na vivência de seus sofrimentos e reintegração, que propicie a criação de novos olhares as desfigurações impostas pelo câncer.

No que se refere às motivações para a realização deste estudo, vale destacar que quando a autora iniciou as atividades enquanto psicóloga de um hospital público oncológico em Belém-PA, lembra-se de deparar-se com uma pessoa que apresentava um dos lados do seu

rosto como se fosse de cera derretida. Constrangida, a autora tentou disfarçar a surpresa diante dessa imagem, à primeira vista tão estranha, e durante todo o dia, por várias vezes a mesma ficou refletindo como seria ter um rosto assim tão deformado. Progressivamente a “surpresa” foi trabalhada, o estranho aceito e a escuta e cuidados disponibilizados a esses pacientes, ampliados. Se ao psicólogo, treinado à escuta do sofrimento e às tragédias passadas e presentes, o contato com essa clientela era tão mobilizador, como seria então para equipe de saúde e para os familiares?

Posteriormente, na assistência a pessoas portadoras de câncer, a autora acompanhou alguns casos em que os pacientes mutilações e deformidades faciais, ocasionadas por essa patologia e seus processos cirúrgicos. Na escuta dessas pessoas e de suas demandas, defrontou-se com toda a carga de sofrimento imposto por este tipo de câncer e suas mutilações, incluindo aquelas relacionadas ao modo como eram tratados pelos demais. Assim, podia compreender que a vergonha e a estranheza experienciadas pelo paciente revelavam, de algum modo, os olhos daqueles que os viam e cuidavam.

Por outro lado, comumente observava-se que esses pacientes, quando internados, apresentam comportamentos como o de esconder o rosto, encobrindo-o com o cabelo ou ficando constantemente de cabeça baixa ou deitando de lado, curvando o pescoço no sentido dos pés e geralmente permanecendo exclusivamente no espaço restrito das enfermarias. Realizando o acompanhamento psicológico a esses pacientes era possível compreender também que nas deformações do rosto pelas tumorações ou dos efeitos da cirurgia, o passado era convocado na tentativa de lidar com o presente. Nestas condições, era comum a autora questionar-se se os mesmos estariam vivenciando uma experiência de desintegração, tal como apresentado pela teoria winnicotiana.

O desenvolvimento das atividades no hospital público de Belém-PA estavam voltadas ao atendimento ao paciente durante a internação e no ambulatório, nas fases de confirmação de diagnóstico, pré e pós-cirúrgico. Logo foi possível perceber que o atendimento hospitalar, em sua especificidade e complexidade, revelava-se como um exercício diferente da clínica tradicional a começar pelo setting, com características que fugiam e contrariavam o que comumente se aprende nos cursos de graduação em psicologia e formação clínica.

A esse respeito Fernandes (2003, p. 28) faz algumas observações sobre a sua atuação hospitalar, citadas a seguir pelas identificações suscitadas com a prática desta autora:

Insisto aqui na expressão “enquadres de escuta”, com o intuito de chamar a atenção para a idéia – menos evidente do que possa parecer – de que a escuta, tomada em seu sentido analítico, supõe que exista sempre uma palavra a ser ouvida, mais

precisamente a ser acolhida. Mas será que a escuta implica apenas o que pode ser ouvido? O trabalho cotidiano nas instituições de saúde em geral mostra que não podemos “escutar” sem “ver”. O “escutar-ver” é ainda mais necessário quando, muitas vezes nos deparamos com situações nas quais as palavras pouco ou nada conseguem dizer, além de evocar imagens confusas de um cenário frequentemente violento.

O psicólogo hospitalar depara-se, então, em seu cotidiano, com esta multiplicidade de material clínico, que dificulta uma definição segura de modelos e referenciais teóricos que possam compreender os conteúdos emergentes. No entanto, este cenário desafiador, longe de configurar-se como impeditivo, revela-se muito mais como um rico laboratório instigante à investigação e a pesquisa.

Disponibilizando a escuta clínica aos pacientes, familiares e equipes de saúde, indagava-se se o atendimento psicológico ofertado quando da hospitalização seria o único fator terapêutico capaz de dar conta das subjetividades e outras demandas. Destaca-se que no ambiente hospitalar a assistência psicológica é parte do tratamento, sendo que na maioria das vezes é o psicólogo que disponibiliza seus serviços, diferentemente da clínica na qual o cliente demanda esse profissional. Haveria então a necessidade de ampliação para olhares e ações mais amplas voltadas a assistência integral e humanizada?

Sendo assim, ao longo de todo o processo de tratamento deste paciente que pela evolução da doença e/ou pela exigência de procedimentos invasivos vivência também a deformação do rosto, com suas possíveis reações psíquicas como a regressão, atualização de angústias primitivas associadas ao desamparo e impotência e a necessidade de desenvolver recursos internos para a elaboração das perdas em sua imagem corporal, entre outras. Teria a rede de atenção em seus espaços de cuidados a sustentação necessária para acolher tais demandas de forma a propiciar a integração e qualidade de vida destes pacientes? E com a motivação de dar respostas a esta questão, considerando a relevância de investigar e discutir sobre os cuidados como um entorno propiciador de sustentação ao sofrimento desses pacientes, produzindo e difundindo conhecimento que venha a contribuir para as práticas de produção de saúde voltadas aos mesmos.

Para a realização desse estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica, objetivando através da discussão da literatura analisar, com enfoque no câncer de cabeça e pescoço e consequentes mutilações do rosto, investigar a importância da sustentação (*holding*) nos cuidados à assistência a desses pacientes levando-se em conta as diversas fases do tratamento.

A pesquisa bibliográfica é de suma relevância “na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de

hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas” (DE LIMA & MIOTO, p. 44, 2007). Compreendendo a pesquisa como um posicionamento prático e teórico do próprio pesquisador de buscar através de um processo intrinsecamente contínuo e inacabado de compreensão da realidade as quais estão também transversalizadas pelo seu referencial teórico e compreensão de mundo (MINAYO, 2001, p.23). O material bibliográfico foi levantado em bancos de dados científicos e para a análise e interpretação dos dados foi utilizado o referencial teórico da Psicanálise articulados com os fundamentos da PNH.

Berlinck (apud QUEIROZ; SILVA, 2005), apesar da pesquisa ser sempre uma proposta de inauguração de uma nova lógica do páthos, na busca de representação do vivido através da palavra, não se conta com a existência e a convicção de que “a nova casa denominada autoria” seja um local seguro. Seguindo esta lógica a contribuição e o novo se estabelece em rever e reescrever o tantas vezes o revisto e reescrito.

Observou-se uma carência de pesquisas abordando a deformação do rosto em pacientes com câncer, assim como trazendo a discussão sobre os cuidados aos mesmos na rede de atenção a saúde, tendo sido encontrados somente 2 artigos com estudos voltados a esta categoria, levando a autora a pinçar algumas contribuições de outros artigos produzidos sobre pacientes com câncer de cabeça e pescoço. O parâmetro cronológico utilizado para o levantamento do material bibliográfico foi de cinco anos.

Este trabalho está dividido nos seguintes capítulos: 1- onde são feitas considerações sobre o corpo na contemporaneidade a partir de vários teóricos, e o rosto marcado pela diferença, tendo como base a discussão freudiana sobre o estranho; 2- apresenta-se o referencial teórico winnicottiano que servirá como um eixo norteador para a discussão do holding enquanto a sustentação necessária, não somente para o bebê, mas também no desamparo produzido pelo adoecimento; nos capítulos 3 e 4, serão abordados a instituição hospitalar e as contribuições da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) numa discussão sobre a relevância da integralidade da assistência como princípio propiciador dos cuidados na rede de atenção; e no 3 realiza-se a discussão sobre a importância do *holding* a pacientes com mutilação no rosto, nas várias fases do tratamento, imposto pelo câncer de cabeça e pescoço, considerando o cuidado a saúde dos mesmos.

CAPÍTULO 1 - O CORPO NA CONTEMPORANEIDADE E O ROSTO ESTRANHO: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O corpo é um território, com fronteiras onde se encontram o interno e o externo, natureza e cultura, o eu e o outro, num binarismo que organiza os modos de viver e compreender o mundo ao longo da história da humanidade. Alvo dos processos de dominação, o corpo é também o lugar onde se travam batalhas significativas entre os sujeitos e as formas de poder. Poderes disciplinares, que em cada era mudam suas estratégias de controle, exigindo novas formas de resistência a submissão e conquista de libertação.

Na contemporaneidade investe-se no corpo da aparência perfeita, de acordo com padrões estabelecidos pela mídia através de pessoas famosas, como modelos e artistas do mundo cinematográfico e televisivo, que detêm a imagem considerada ideal e a ser alcançada na busca de felicidade e sucesso.

O corpo saiu do privado para a vida pública tornando-se o centro das atenções, altamente investido e cultuado narcisicamente. Vive-se uma verdadeira explosão de academias, centros de tratamento corporal e cirurgias plásticas na busca do corpo idealizado e “eternamente jovem” que possa atrair o outro como objeto de desejo e consumo. Segundo Costa (1999) nesta relação de uso com o corpo, pergunta-se continuamente ao mesmo o que ele pode nos dar ou tirar, quanto de amor e projeção social a sua aparência possibilita conquistar, mas “manter esta taxa de prazer e realização” através do corpo, gera grande ansiedade, controle e deixa “a felicidade cada vez mais inatingível”.

Segundo Foucault (1985) as práticas de controle sobre o corpo fazem parte da história da humanidade e numa visão histórico-social, o corpo se constrói a partir das formas de poder que nele operam impostas pelas práticas disciplinares vigentes. Na idade média a violência em massa deflagrada pelos tribunais da inquisição, reprimia a sexualidade, estabelecendo normativas rígidas determinadas pela moralidade e o puritanismo cristão. A submissão a estes preceitos já forjavam desde aquela época os corpos submissos e alienados dos trabalhadores do sistema capitalista.

Porém, a revolução tecnológica, na contemporaneidade, parece libertar o corpo do poder capitalista da era da revolução industrial que submetia os indivíduos, como máquinas, aos meios de produção. E, desta forma cria-se no sujeito contemporâneo a utopia de apropriação do corpo (RODRIGUES, 1980) numa lógica ilusória de poder, pois em vez da conquista do corpo o homem é mais uma vez, através dele subjugado, o cuidado com o corpo

é difundido não apenas como algo desejável, mas como um dever e uma obrigação, deixando de ser um instrumento dos meios de produção, para ser o seu grande alvo e novas práticas disciplinares são criadas, para que se produzam corpos sarados, saudáveis e perfeitos.

Disponibiliza-se, então, no mercado atual, não só a roupa da moda, mas o nariz da moda, a barriga da moda, o seio da moda, e mais recentemente divulgado na mídia o tornozelo da moda. As relações atravessadas por esta ideologia valorizam a imagem, a qual passa a ser o centro do nosso cotidiano, recentemente ouvi de uma adolescente: “Quem fica, fica com o outro pela imagem e não pelo que ele tem dentro de si, pelo que ele é”. Neste contexto da superficialidade, os sujeitos não diferem de si pela sua essência, pelo seu caráter, o que ele é se confunde com a sua aparência e esta reflete a interioridade do seu ser.

Em seus estudos Joana Novaes¹ (2006) apresenta grandes contribuições sobre a relação estética com o corpo, e observa que a aparência como um signo corporal contem a visão de mundo de uma sociedade. Na contemporaneidade, existe uma supervalorização e investimento em busca de uma aparência bela e fugir a esta regra é transgredir as normas e os códigos estabelecidos. A autora observa que “somente numa sociedade individualista, produzem um corpo como um elemento isolável do indivíduo. O corpo é o rosto, é o que nos identifica e diferencia dos outros”. Nesta visão, o corpo é isolado, como se existisse de forma independente é dele que se fala e pela sua aparência o sujeito se identifica.

Ser bela não é mais uma questão exclusiva da estética, mas uma questão ética, de ordem moral e provoca culpa na mulher que foge a esta condição. Não sendo mais um mecanismo externo a mulher, mas internalizado, individualizado, cabe a mesma a responsabilidade em se auto-gerir e auto-regular. Este processo de interiorização Foucault (1985) denominou de “tecnologia do self”, onde o poder se institui através da força das práticas disciplinares do corpo, que passam a fazer parte da vida em seu processo de construção cotidiana. As pessoas são julgadas moralmente de acordo com seus atributos estéticos de forma estereotipada e preconceituosa.

Segundo Maisoneuve (apud NOVAES, 2006) “o reconhecimento comum sobre a aparência humana não é desvinculado de ideologias e preconceitos e, por isso mesmo, produz enunciados discriminatórios, que se revelam nas apreciações estéticas”.

¹ 1- Este capítulo será desenvolvido a partir daqui, tomando em muitas passagens, como base o trabalho de Joana Novaes, por sua análise abrangente sobre as alterações do corpo e correlação com a estética na contemporaneidade.

A feiúra, numa sociedade que defende o culto ao corpo, é “excluída” e negada. No entanto, beleza e feiúra não estão tão separadas, mas significadas numa ou noutra condição, através das dimensões simbólicas das diversas culturas. O corpo valorizado como belo em uma determinada cultura, pode em outra, ter conotação de feio. O exemplo disto, em municípios do Estado do Pará, onde a população vive predominantemente da agricultura, mesmo entre as mulheres, a magreza é comumente desvalorizada, como um sinônimo de pouca saúde, o bom é ser forte e gorda, para estar bonita e boa para o trabalho.

Birman (1998) analisa o projeto totalitário nazista em sua exaltação estética e observa que o corpo da beleza na modernidade parece não fugir a esta ordem, quando se coloca no mesmo, o sentido da própria existência. E, como no projeto Hitleriano, é necessário abolir as diferenças, em busca da singularidade nega-se a alteridade e o “outro”, o “estranho” precisa ser eliminado, tornando-se, também um consumista desejante do perfeccionismo e do belo. Não há lugar para doença e para a morte. Tudo se resume a um mundo globalizado, perfeitamente feliz. O gozo precisa ser imediato, ilimitado e a qualquer preço, não há tempo a perder. Não importa quantas lutas precisam ser travadas e quanto sofrimento vivido, em malhações exaustivas, dietas e cirurgias plásticas. Nesta guerra diária, vale tudo, para conquistar a aparência desejada e admirada como uma bela obra de arte. O que fazer quando do rosto deformado ou mutilado em decorrência de células cancerígenas que invadem tecidos e órgãos?

A sociedade contemporânea vivência todo um processo de reorganização e reconfiguração, onde é possível um “corpo construído”, que sai da ordem do privado para ser um “objeto público”. A partir de 1870 e 1880, como uma forma imaginária de superar a grande depressão da época, integra-se a cultura americana a cultura física. Inicia-se a cultura do culto ao corpo masculino, através de atividades físicas que ressaltam músculos fortes e proeminentes a exemplo da nudez do corpo dos heróis gregos. E partir de 1920, revistas passam a ser vendidas, com fotografias de homens musculosos em poses tipo herói, verdadeiros ensaios fotográficos que parecem dar origem ao que se vê hoje no mundo da moda e da mídia. Surgem também nesta época os concursos de beleza para homens (FIGUEIREDO, 1992)

Neste mesmo período era recomendada às mulheres a prática da educação física, que valorizava a delicadeza das formas, demonstrando não só a docilidade psíquica, como física do ideal feminino dominante. Atualmente na onda da malhação o corpo da mulher deve ter um tônus muscular rígido, definido, sem gordura, longilíneo. O corpo deve ser o próprio

adorno das roupas, e, á mulher, cabe o esforço e a disciplina de horas de exercícios físicos, podendo lançar mão de outras práticas estéticas a exemplo de dietas rígidas e cirurgias plásticas. Para ambos o rosto deverá manter-se impecável, ocultando as marcas do viver; idade, emoções dolorosas, cansaço e desânimo e até mesmo os efeitos do adoecimento ou intervenções cirúrgicas. Quem sustentará o rosto mutilado? Como resguardar a privacidade de quem não se reconhece pela constatação de um novo rosto?

A passagem de um corpo perfeito por ser a imagem e semelhança de Deus, para o do livre arbítrio, onde o sujeito possui a suposta autonomia de modelar-se corporalmente de acordo com os ideais impostos, tem na cirurgia plástica uma grande aliada, pois, com o seu arsenal tecnológico vem possibilitando a transformação e a construção da imagem desejada. Haverá recursos técnicos disponíveis no intuito de reparar a rosto mutilado pelo câncer?

O surgimento da cirurgia plástica segundo alguns historiadores aconteceu na Índia com as cirurgias reconstrutoras de nariz, em decorrência de na cultura hindu, a mulher ter o nariz amputado, quando cometia adultério. Apesar de surgir no século XVI, apenas no XVII, com o iluminismo e os ideais estéticos renascentistas é retomada. No entanto o seu aperfeiçoamento se dá no século XIX, com práticas que atendem os ideais higienistas que visam alcançar a pureza da raça ariana, corrigindo os traços considerados inferiores e disformes, como o nariz do negro, o nariz judeu, o olho oriental do japonês e do chinês. Os atributos negativos imputados aos mesmos demonstram que ideais estéticos e morais caminham juntos (NOVAES, 2006).

É sabido, no entanto, que foi em meados do século XX, que a cirurgia plástica ganha o status de especialidade médica, como técnica fundamental no tratamento dos mutilados de guerra e transformação estética. (NOVAES, 2006). Haverá recursos disponíveis a reabilitação dos que padecem em decorrência do câncer de cabeça e pescoço? Na atualidade observa-se o grande investimento privado para a produção de narizes, bochechas, pescoços, etc. desejados como ideais de beleza e poder. Contudo, quando o nariz não mais existe revelando uma profusão na face, ou a testa é deformada pelo crescimento desordenado de células cancerígenas que resultam em extensa tumoração o que se tem a fazer? Tendo esse fazer, quem sustentará esse fazer? Recursos públicos ou privados?

Em cirurgias, como a oncológica, podem ocorrer, também, alterações corporais, porém quase sempre, com signos que têm valores diferentes aos defendidos pela cirurgia plástica e cultura do consumo. Percebe-se a existência de um ritual de passagem às avessas, com resultados interpretados pela mulher, como um distanciamento do ideal de beleza e do

olhar do outro.

Na sociedade de consumo o corpo tem valor capital e status é ter um corpo jovem e belo, incluindo a face. Para isto é necessário excluir do mesmo qualquer sinal de envelhecimento e/ou feiúra e a medicina compactua com este ideal e usa o seu poder para transformar corpos em hospitais e clínicas de cirurgia plástica.

O olhar é um jogo de imagens e espelhos, onde cada um se vê refletido naquilo que o outro espelha, do real ao imaginário, do individual ao social, do consciente ao inconsciente, múltiplas dimensões que se inter-relacionam. É a imagem refletida no olhar do outro, que inaugura o sujeito capaz de amar. Sujeito que ama a si próprio, mas existe na relação com o outro. Mas também é no olhar do outro, na alteridade que o sujeito tem refletida a avaliação depreciativa da sua imagem e “evitar o olhar do outro ou a ele se expor estão diretamente relacionados às qualidades estéticas do próprio corpo!” (NOVAES, 2006).

Perceber no olhar do outro, a eterna confirmação de si enquanto imagem perfeita passa a ser o desejo, cuja satisfação inalcançável, é perseguida no dia a dia. Preso (a) na armadilha de que pode se eternizar através do olhar do outro, as exigências em ser belo (a) se elevam de forma crescente, desenvolvendo uma relação extremamente persecutória, geradora de sentimentos de ansiedade e culpa, chegando a ser sobre-humano e cruel manter-se na condição de luta contínua para dominar e controlar o diferente. Que angústias permeiam aquele que atesta no espelho o rosto desfigurado? Que ambiente será suficientemente bom para acolhê-lo? Como será cuidado e sustentado em sua dor e desespero?

Aprisionadas a um espelho pouco generoso com a “singularidade de traços e formas”, muitas se isolam evitando o espelho recusando e negando a imagem “horrenda” nele refletida. “(...) vemos então a contradição que é tornar-se independente do próprio olhar”, o que seria cair “na armadilha do olhar do outro”.

Na cultura narcísica contemporânea o sujeito tem o dever de ser feliz e a sua imagem precisa se apresentar conforme as imposições deste ideal.

“Assim por meio de um jogo de espelhamento infinito, o outro passa a ser a medida constante de comparação, uma vez que o reflexo devolve, além da própria imagem do sujeito, inúmeras outras imagens. O reconhecimento da própria imagem através da projeção do outro passa a ser vital na vida do sujeito, sua imagem agora se imiscui com a dos(s) outro(s) em uma intrincada cadeia que define e explica a preocupação dos sujeitos” (NOVAES, 2006, p.157)

Pergunto, então, como é conviver com o olhar do outro, quando não é possível atender a este ideal de beleza, e ter no espelho do olhar do outro a confirmação contrária daquilo que o sujeito gostaria de refletir. Realidade vivida por aqueles que sofreram alguma perda corporal e que precisam conviver com a mutilação, muitas vezes irreparável através de cirurgias reconstrutoras.

O controle contínuo do envelhecimento provoca um sentimento de superioridade nas mulheres, como se ocupassem um lugar de destaque, desprezando as que contrariamente não conseguem a mesma proeza. Sendo interessante observar que todo o empenho na construção de um corpo belo, em nenhum momento parece reconhecer o valor da maturidade e experiência acumulada ao longo da vida (NOVAES, 2006). O câncer acomete homens e mulheres, crianças e jovens, idosos ou não, ricos e pobres, levando ao desamparo e favorecendo o temor da morte.

Com tanta exaltação ao belo, qual o lugar do estranho? Esse parece estar em grande desvantagem, principalmente quando não é possível dissimulá-lo. As situações onde não é possível ao corpo práticas estéticas milagrosas e bem sucedidas na arte da ilusão, a face mutilada parece vagar como uma estranha estrangeira, sem lugar nos espaços normalizados pela beleza.

Segundo Wolf (1992) na mídia, a mulher sempre aparece como um espelho do homem. Sendo a mulher o espelho do homem, estar ao lado de uma mulher jovem e bela, é, por conseguinte para este o rejuvenescimento da própria imagem. Mirar-se em um espelho que reflete fantasiosamente juventude, cria no homem a ilusão de imortalidade, salvando-o da sua própria condição humana e numa vida de magia onde tudo é possível, no mundo das imagens, homens e mulheres parece ganhar, assim, o status de deuses. Quem permanecerá junto aquele de rosto mutilado? Serão olhos, gestos, vozes, etc., capazes de suportar o despedaçamento? Serão suficientemente bons esses olhos? Quem o acompanhará em suas escolhas para viver o morrer?

O progresso da ciência e da biotecnologia fortalece no mundo contemporâneo o velho sonho de subversão da morte, o qual não mais de responsabilidade das religiões na promessa de vida eterna, é, nesta era uma empreitada da ciência onde o crescente desenvolvimento das práticas corporais, exerce o controle, a regulação do corpo e da própria vida (NOVAES, 2006).

Numa realidade de tantas tecnologias a beleza não é mais um processo natural, sendo o estranho o não reconhecido e o contrário refletindo uma incapacidade individual. No mundo

virtual vivencia-se a negação da falta, vende-se todo um arsenal de técnicas estéticas, que ilusoriamente produzem o corpo desejado, evitando os efeitos do tempo, driblando as fases naturais da vida, parecem criar um novo ciclo vital, onde só existe a juventude e a morte supostamente mais distante. Aparentemente a sociedade de consumo, parece sempre disponibilizar algo para que não seja necessário, ao sujeito, deparar-se com o que lhe falta.

Paradoxalmente a saúde parece habitar, exclusivamente, na superfície, dos corpos super expostos da cultura das imagens espetaculares. Como Joana Novaes (2006) observa, as falas de mulheres submetidas a várias práticas de transformação do corpo, “parecem ilustrar como a busca de um bem-estar subjetivo ancora-se na imagem que as mesmas têm de seu corpo”. Na criação da aparência nega-se o que pode vir de dentro, das entranhas e do avesso do corpo.

A força dos mecanismos da ideologia dominante representado no imaginário do sujeito leva-o a introjetar que, não ter o corpo adequado aos padrões estéticos é não possuir os atributos necessários a construção de uma vida com possibilidades de felicidade e acreditando-se privados de qualquer prazer, perdem a vontade de viver, vivem como mortos vivos. E, conviver com a rejeição e a marginalização social, considerando-se destituído de atributos reconhecidos e valorizados pelo outro, ocasiona nestes sujeitos, grande sofrimento psíquico e a possível perda do sentido da vida (RODRIGUES,1980).

Se o ser é reduzido ao que a sua beleza exhibe, então a feiúra não existe, é um não ser e a autenticidade, na verdade, um grande cenário de iguais. “Uma falha no belo é também uma falha no ser. Por isso o ser é desejável, porque é idêntico ao belo e o belo é amável porque é ser” (Cf. Plotino, *Enéadas*, v,8,9, apud, BODEI, 2005).

Arraigados no imaginário social valores como estes favorecem facilmente a atribuição de qualidades negativas a feiúra, provocando repulsa, aversão e desperta socialmente um olhar de rejeição e agressividade. Pois, insuportável o olhar a feiúra foge a ilusão das imagens produzidas, sustenta a existência da realidade do corpo, contrariando a fantasia do corpo perfeito e como um duplo, desperta horror e ódio.

Com sentidos tão depreciativos a feiúra, parece se manifestar como um desprazer aos sentidos, algo difícil de ser vivido, relacionada à deformidade e à desmedida, mas também a critérios morais. Na Grécia antiga a feiúra era associada ao mal e Platão a interpretava como tudo que fugia a normalidade numa indicação de menos valia e imperfeição humana. Platão também considerava feia a loucura, os bárbaros e estrangeiros (BODEI, 2005)

Muitas vezes repelida dos espaços públicos, à feiúra é negada o lugar de

pertencimento social e historicamente estigmatizada, não é atribuído a mesma o direito a vida sexual e amorosa. Joana Novaes (2006) refere que estudos feitos com crianças, consideradas de aparência não atraente revelaram que as mesmas tinham maior possibilidade em sofrer maus-tratos.

Observa-se em culturas narcísica como a nossa, o quanto é difícil suportar que no sujeito sempre falta algo e que a castração faz parte do processo de constituição (ROUDINESCO & PLON, 1998). Narciso é belo, um ser idealizado, com formas perfeitas, e desta forma aprisionado ao olhar e ao desejo do outro. Nele, nega-se a transitoriedade da beleza, a passagem, os acúmulos e desgastes produzidos pelo tempo e a juventude se eterniza. A feiúra, ao contrário, rompe a fantasia e traz a realidade dialeticamente inscrita em tudo que é vivo, confirmando que vida e morte são inseparáveis. Porém, a beleza só existe na relação e dependência com a feiúra e talvez por isto, tão odiada, esta última, contraria a negação do corpo real e subverte a realidade narcísica, expressando a instabilidade e incompletude da vida.

O feio como outro do belo parece mostrar que é no confronto com a alteridade que emerge a repulsa, a incompreensão e a incapacidade em lidar com o diferente e o estranho, que expõe a fragilidade, a corrosão da carne, a finitude e “toca nossa ferida essencial, a condição mortal”. A repugnância pelo feio nasce pelo poder de revelar o outro de nós mesmo (FEITOSA, 2004). Outro que pode surgir de forma inquietante com contornos dramáticos decorrentes das alterações corporais, numa intensidade de sentimentos e sensações difíceis de serem traduzidas em palavras e que silenciosamente buscam através do olhar a sua expressão, colocando a prova a existência do sujeito.

1.1 - O estranho rosto

“Narciso desejado ama o seu próprio corpo. O corpo nasce e aparece como objeto primeiro, e quem sabe para ser amado (KATZ, 2004)” mas, na transitoriedade da vida o corpo amado sofre alterações, e por estes eventos súbitos e inesperados da existência humana pode radicalmente apresentar-se com outro rosto.

Ao deitar-se na mesa de cirurgia o sujeito possuía um rosto que apesar de edemaciado pela tumoração cancerígena, refletia uma imagem ainda reconhecida como sua. No entanto, após algumas horas de cirurgia, tem as formas do rosto alterada, revelando um outro de si, um estrangeiro, com o qual terá de conviver. E, ao contrário da transitoriedade natural vivenciada ao longo do ciclo vital, não tem o tempo como companheiro, para gradualmente anunciar as

alterações corporais, possíveis à consciência, de forma que as mesmas sejam reconhecidas, como necessárias a própria existência. E, diante do inevitável, pergunta-se, como é reconhecer-se num outro rosto? Como amar o rosto não desejado? Como fica a alteridade e o reconhecimento de si na relação com o outro?

A perda do rosto conforme vivenciada pelo sujeito provoca feridas no amor próprio nem sempre possíveis de serem reparadas. A impossibilidade em reconhecer o corpo como próprio a partir da nova forma que apresenta e de investir afetivamente em si mesmo em decorrência da rejeição e não aceitação da deformidade, que em sua estranheza e feiúra gera sofrimento e dor, constitui-se num aprisionamento e, ensimesmado o sujeito se defende através do isolamento e clausura, ao horror da própria imagem. O Eu não parece mais caber no invólucro do corpo próprio, numa dissonância entre o imaginário e o real. Produzido da mesma energia erógena que simultaneamente fabrica o corpo, o Eu constituído parece não dizer respeito ao rosto que agora comparece alterado, transfigurado

O rosto disforme se apresenta em sua estranheza, com traços que contrariam no imaginário as formas e padrões reconhecidos socialmente. O rosto deformado não é facilmente aceito, agride o olhar, o qual se desvia, foge, para não sofrer o impacto da dura realidade.

Na dureza da realidade concreta, revela o que nos diz Freud (1914), “o Eu não é senhor em sua própria casa”, ele não se tem a si e aos outros e o controle da própria existência. O Eu negocia com a vida, mas nunca sabe ao certo o que dela pode esperar, assim como da sua própria morada. Viver a experiência de ter o rosto modificado expõe o duplo do supostamente familiar. O rosto refletido no espelho contem, assim, a potencialidade de produzir imagens que podem se tornar fonte de estranheza.

Freud ainda na primeira tópica desenvolve a temática do estranho no seu escrito intitulado “*Das Unheimlich*” (1919) e nele aborda a estética não como a teoria do que é belo e sublime, mas como a “teoria da qualidade do sentir”. Interessando-se por um campo bastante remoto, que comparece despertando sentimentos estranhos relacionado ao que é assustador e desencadeador de medo e horror. Apresenta este termo em sua polissemia, proporcionando ao longo do texto uma reflexão sobre os seus diversos sentidos. Derivada de *Heimlich*, palavra alemã que exhibe o que é familiar, íntimo, amistoso, amável, livre da influência de fantasmas, ao mesmo tempo é também o que se esconde, é secreto, se oculta da visão e, em sua ambivalência, “exibe um que é idêntico ao seu oposto, *unheimlich*,” estranho, assustador, monstruoso, misterioso, sobrenatural que desperta horrível temor.

Como se pode perceber, “*unheimlich*”(estranho) não é usado em Freud, como antônimo de *heimlich* (familiar), no dicionário alemão de Grimm o termo em suas várias qualidades chega a ter significados, entre outros, como “afastado do conhecimento, inconsciente” e “noção de algo oculto e perigoso (...)”, chegando a coincidir com *unheimlich*. Sendo assim não refere-se a *unheimlich* como o novo que devido a sua condição pode se mostrar ameaçador, mas ao estranho e assustador exatamente por remeter-se ao que é familiar (*heimlich*) contrariando ao que normalmente seríamos levados a concluir.

Hanns (1996) ressalta, que o adjetivo *heimlich*, conforme usado por Freud, “apresenta um ponto de “torção” passando de “familiar e conhecido” para “inquietante e estranho” assim como, também, “aquilo que é “secreto e oculto” pode ser “familiar, íntimo e recôndito” para aquele que participa do segredo” e por outro lado, o “secreto e oculto” pode ser sentido como “escondido, furtivo e estranho na avaliação dos outros excluídos”. Demonstrando uma ambigüidade de um percurso que pode ir do familiar e conhecido em direção ao estranho. Observa que “*das unheimlich*”, enquanto substantivo, em português equivaleria a “algo inquietante”, “assustador”, “sinistro”, “estranho”, tendo também conotações adicionais não presentes em *das Unheimlich* como “externo”, “estrangeiro”. E apresenta várias conotações, como a de algo diante do qual o sujeito fica indefeso; que chega sorrateiramente de forma imprevisível; algo indefinível, grandioso, que não se sabe de onde “provem”; uma realidade fantástica que atingirá o sujeito em algum momento; um outro, forasteiro e diferente.

Ainda a guisa da compreensão sobre o “estranho”, Freud (1919) nos fala de um cenário fictício, ilustrado através da obra de Hoffman, da qual faz uso em seu texto, onde cenas, como o do homem de areia que arranca olhos de crianças, e o da boneca Olímpia ser inanimado, mas que aparentemente tem vida, acontecem nesse reino de fantasias, através dos delírios e alucinações do personagem principal. Cenas que não podem se submeter ao teste de realidade, e se nela acontecesse poderiam causar estranheza. Ao fazer uso desta obra, Freud demonstra também, o lugar de reconhecimento e privilégio dado por ele à loucura, a automatização, ao diferente, ao horror, os colocando na ordem do que é familiar a todos nós. Roudinescou & Plon (1998), esclarecem que na automatização suspeita-se que um ser inanimado pode ter vida e que um objeto sem vida seja animado.

Na obra de Hoffman, o homem de areia, arranca olhos de crianças, e fazendo uma alusão à castração, Freud observa, que “o temor de ficar cego nas crianças é muitas vezes um substituto do temor de ser castrado”. Édipo se impõe como castigo cegar a si mesmo. Essa

remissão aos desejos infantis edipianos pode suscitar a angústia de castração. A qual pode fazer-se presente, despertando uma “emoção particularmente violenta e obscura”, quando da idéia da perda de outros órgãos.

A castração traz o peso do interdito ao que antes era possível, se instala numa nova ordem, não sendo mais possível de realização, e seguindo o curso desta reflexão o estranho se origina em complexos infantis recalcados num estágio primitivo em que o eu não se distinguira nitidamente do outro, da realidade externa, e essas sensações e afetos retornam a mente ressurgindo do inconsciente e apesar de não serem novos, mas familiares e estarem estabelecido há muito tempo na mente, aparecem como alheios ao sujeito. O recalco (*verdrängung*) cria um corte, desencadeando um antes e um depois, pois um desejo inconsciente que poderia provocar prazer, em decorrência da censura, lhe é atribuído uma qualidade ameaçadora, ocasionando um desprazer, lhe impondo o recalco e a necessidade de manter-se inconsciente, mantendo porém a condição de, um dia, poder retornar. Como ilustra Freud fazendo uso da citação de Schellingin, ‘*unheimlich*’ “é tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio a luz”.

A castração envolve a perda de uma parte significativa do corpo e esse rosto tão outro, com formas tão diferentes que surge após uma cirurgia mutiladora, pode ser sentido como uma expressão da mesma. Como o estranho que emerge, levando o sujeito a sofrer na angústia, com todas as suas dificuldades de representação. Num confronto que pode se perdurar na criação de duas realidades distintas, um antes possuidor de um rosto com o qual se constituiu e um depois destituído deste, tendo que se haver com deformações que muitas vezes o fazem evitar o espelho e o olhar do outro.

Freud (1919) ressalta que todos nós ainda pensamos de forma primitiva sobre a morte observando que a civilização ainda não conseguiu superar, por exemplo, crenças no retorno dos mortos, em espíritos e horríveis fantasmas. Fato este ocasionado pelo nosso conservadorismo e falta de conhecimento científico sobre a morte. Salienta, no entanto, que “(...) as crenças primitivas relacionam-se da forma mais íntima com os complexos infantis e, na verdade, baseiam-se neles, não nos surpreenderemos muito ao descobrir que a distinção é muitas vezes nebulosa” e nem todo desejo recalcado e crenças não superadas são tidas como estranhas. O estranho se apresenta “como quando algo até então imaginário surge diante de nós na realidade, ou quando um símbolo assume as plenas funções da coisa que simboliza”.

Estes conteúdos e formações inconscientes, que aparecem em sonhos, atos falhos etc. revelam que no mais íntimo e familiar de nós existe um estranho, um estrangeiro, o qual e

como tal, não podemos reconhecer. A psicanálise de forma inquietante nos fala, então, de um estrangeiro de nós mesmo, “um ser do qual não queremos saber” (KOLTAI *In* CARGNATO, ROSA & PACHECO, 2002).

Supõe-se, quando o corpo é literalmente afetado por uma doença, por uma mutilação, parecer haver um teste da realidade material dos fenômenos. O imaginário surge diante da pessoa assumindo a plena função daquilo que a afecção física pode simbolizar com suas forças maléficas e ameaçadoras a vida, podendo despertar sentimentos de punição, medo da morte, dor e sofrimento pela perda de partes do seu corpo. Estranho efeito que se apresenta quando se extingue a distinção entre imaginação e realidade. E assim nas deformidades, o corpo familiar pode sofrer o efeito estranho do ‘duplo’, investido de um novo significado que parece se configurar como assustador e difícil de ser reconhecido.

Comumente diante do súbito e surpreendente que se abate sobre o sujeito em que este parece não ter o poder de escolha e mudança no seu curso, quando do surgimento de um tumor cancerígeno que, no rosto, dependendo do seu poder invasivo, pode destruir suas formas tanto com seu desenvolvimento como numa cirurgia de retirada do câncer. Surgem perguntas do tipo – Porque eu? - O que eu fiz para merecer isto? Supondo o retorno de algo que permeia o imaginário, mas não considerado possível de acontecer, pelo ao menos com quem o vivencia. Perguntas que geralmente comparecem associadas a sentimento de culpa, envolvidos por fantasias de uma possível punição.

Nestes casos a opção por uma cirurgia como tratamento, nem sempre possibilita uma definição clara dos seus resultados e possíveis seqüelas. O paciente geralmente faz sua escolha baseado na perspectiva da cirurgia eliminar a doença, afastando a ameaça de morte. E mesmo na falta de esclarecimentos faz uma escolha, supostamente desejando a vida, tendo, no entanto, implicado nela algo que parece não desejar.

Citando Otto Rank (1914), Freud, refere que este autor em sua abordagem sobre o duplo, investiga:

As “ligações que o duplo tem com reflexos no espelho , com sombras, com os espíritos guardiões, com a crença na alma e com o medo da morte; (...), o duplo era uma segurança contra , a destruição do ego, ‘uma enérgica negação do poder da morte, como afirma Rank; e, provavelmente, a alma ‘imortal’ foi o primeiro ‘duplo’ do corpo. (...)Tais idéias, no entanto, brotaram do solo do amor próprio ilimitado, do narcisismo primário que domina a mente da criança e do homem primitivo. Entretanto, quando essa etapa está superada, o ‘duplo’ inverte seu aspecto. Depois de haver sido garantia de imortalidade, transforma-se em um estranho anunciador de

morte”. (IN FREUD, p. 293, 1919)

Neste desdobramento do corpo, na ilusória busca da imortalidade, a vida vai revelando que do inevitável não se pode escapar, mesmo na criação fictícia de uma alma imortal, vivemos porque iremos morrer.

Após a passagem pelo narcisismo primário o duplo necessariamente não desaparece, recebendo novos significados nos estágios posteriores. Mas, é preciso chamar atenção que a sua qualidade de estranheza advém da época em que pela via do narcisismo primário “o duplo tinha um aspecto mais amistoso”. E com a superação deste, o que era agradável deixa de sê-lo tornando-se seu avesso.

Heimlich, o não estranho, pertencente a casa, o qual se está habituado a ver, é reconhecido como próprio. No corpo próprio, pulsional e investido de representações, a imagem refletida no espelho é vista como familiar, mas pode converter-se em algum momento numa imagem que suscita reações e sente ‘o duplo’ como algo diferente, não reconhecível. O que expressa Freud (1919) ao referir uma de suas viagens de trem: Estava sentado sozinho, quando um solavanco fez abrir a porta do toailete e um Senhor de idade de roupão e boné, entra na cabine, Freud antipatiza com a sua aparência e ia solicitar que se retirasse quando percebe que o estranho não era senão o seu próprio reflexo no espelho da porta do toailete, porém em vez de ficar assustado com o seu duplo, simplesmente não o reconhece. Questiona se não seria o desgosto provocado pela sua imagem no espelho “um vestígio da reação arcaica que sente o duplo como algo estranho”.

Cesarotto (1996) refere que o espelho como externo a nós, possibilita o distanciamento necessário para nos enxergarmos, enquanto outro, contrariando os desejos narcisistas de completude e não diferenciação. No entanto, a imagem refletida no espelho aparece invertida, assimétrica, e “a própria imagem vira estranho” (...)

Supõe-se assim que somos, cada um de nós, estranhos, enquanto sujeito, em nossa realidade psíquica e corpo próprio. *Unheimlich* encontra-se presente e circunscrito na realidade humana indo de encontro a não dicotomização e exclusão. Sendo o humano atravessado pelo duplo, contraria-se a idéia de um ser indivisível, contínuo e único.

O corpo mediado pela imagem é também atravessado pelo o olhar do outro e seus múltiplos significados e representações em uma dinâmica de metamorfoses que podem levar a um desdobramento, um estranhamento corporal. Neste estranhamento, a imagem comparece como a de um “estrangeiro”, que numa relação cambiante oscila nas possibilidades e

impossibilidades de reconhecimento, pelos múltiplos efeitos que sua estrangeirice poderá desencadear nas diversas subjetividades com as quais se defrontará. Estrangeirice que carrega o peso da diferença, a qual se pode encontrar em um rosto deformado, contrariando, muitas vezes, as formas dos ditos “humanos e nativos da terra”.

Julia Kristeva (1941/1994) numa discussão sobre a estrangeiridade existente em “*Das unheimlich*”, nos faz refletir sobre o quanto o diferente impressiona e desencadeia repulsa num misto de sentimentos ambíguos e inquietantes:

“A diferença desse rosto revela um paroxismo que qualquer rosto deveria revelar ao olhar atento: a inexistência da banalidade entre os seres humanos. Entretanto, é o banal, precisamente, que constitui uma identidade para os nossos hábitos diários. Porém esse discernimento dos traços do estrangeiro, que nos cativa, ao mesmo tempo nos atrai e repele: “Pelo menos, sou também – singular e portanto devo matá-lo”, pode ele concluir. Do amor ao ódio o rosto do estrangeiro nos força a manifestar a maneira secreta que temos de encarar o mundo, de nos desfigurarmos todos, até nas comunidades mais familiares, mais fechadas. (p.11)

O ódio manifestado pela rejeição, pela repulsa e preconceito, afasta e coloca no exterior na concretude do olhar do outro o que em nós se esconde e lutamos para manter secreto. O ódio ao estrangeiro revela o quanto ele nos ameaça e nos amedronta, pois nos confronta com a possível existência deste outro em nós mesmo. A repulsa talvez possibilite o afastamento para um lugar “seguro”, nos levando para longe do, que, de ruim o estrangeiro possa representar.

O rosto do estrangeiro traz consigo a marca de um “limite transposto”, que não permite uma volta, que não é remediável (KRISTEVA, 1941/1994). Mas o estrangeiro terá de arcar com as conseqüências da sua escolha e seus possíveis afetos e desafetos. Na “opção” por uma cirurgia oncológica, numa clínica de cabeça e pescoço, em busca de uma possibilidade de vida, o sujeito pode ser lançado para o espaço da deformidade, passando a ter outro rosto, não podendo nunca mais reencontrar o rosto perdido a não ser nas lembranças, nas fotos, na saudade. E como toda perda, pode desencadear um luto o qual precisa ser elaborado na busca de significações possíveis, podendo trazer consigo várias formas de investimento.

Nesta busca, ainda numa referência a Kristeva (1941/1994), muitos têm na melancolia a única saída e se abandonam a consumição “na divisão entre o que não existe mais e o que jamais existirá”, ficam engatados enamorados um sonhador que faz amor com a própria

ausência (...). Mas, a transcendência e a possibilidade de encontrar alguma felicidade, também existe, constituindo algo que não se aprisiona ao passado e a perda no presente, mas vai além, na busca de outros lugares de outros modos “o de uma profissão, de um amor, de uma criança, de uma glória”.

Penso, então, que a psicanálise no seu trabalho de reintegração pode possibilitar a estes sujeitos em processo de análise, o encontro de significados e a procura de caminhos que os ajudem a não sucumbir, levando-os a lugares de maior acolhimento e aceitação.

CAPÍTULO 2 – O HOLDING NO DESENVOLVIMENTO: ESPAÇOS DE CUIDADOS SUFICIENTEMENTE BONS.

2.1 - Os primórdios do desenvolvimento segundo Winnicott

D. W. Winnicott, psicanalista inglês, começou sua vida profissional em 1923, como pediatra e, logo em seguida, por indicação de Ernest Jones, iniciou o seu processo de análise com James Strachey, tendo desde então despertado o seu interesse pela Psicanálise. Como pediatra, nunca abandonou as consultas médicas, mantendo-as em paralelo com seu trabalho de analista. E, assim, publicou, em 1936, o seu primeiro artigo, intitulado “O apetite e os problemas emocionais”.

Interessado pelo desenvolvimento infantil por recomendação de seu analista, foi supervisionado de 1940 a 1944 por Melanie Klein e, apesar das divergências teóricas surgidas posteriormente entre os dois, a influência da mesma foi relevante para o seu interesse na relação dos objetos nos estágios primordiais.

Contudo, foram as observações de bebês na relação com suas mães, em seu consultório médico, e a escuta de seus analisandos, principalmente crianças e pacientes psicóticos, que ofereceram a Winnicott um rico material de investigação e possibilitaram a produção de sua teoria, apesar de ele não ter tido como objetivo o desenvolvimento de um novo campo de saber.

Winnicott não concordava com o absolutismo do conhecimento, e considerava que Freud criou a Psicanálise, mas que a mesma não podia ser tomada pelos seus seguidores como um dogma, impedindo a continuidade do seu desenvolvimento. E assim, com a sua marcante autonomia, deu grandes contribuições, no que concerne ao desenvolvimento precoce e aos estudos dos estados psicóticos. E, em 1940, passou a integrar o “grupo independente”, juntamente com Jones, Bowlby, Balint e outros. Segundo Rayner (1991), o surgimento deste

grupo teve como justificativa o não envolvimento na disputa pelo monopólio da Psicanálise entre Melanie Klein e Ana Freud.

Dentre as principais produções de Winnicott, temos a investigação sobre o papel da mãe no desenvolvimento infantil, considerando as experiências iniciais com a mesma a base para o processo de maturação psíquica do sujeito. Apesar de não ter tido em suas observações uma preocupação com a coerência e reflexões metapsicológicas, as mesmas encontram-se implícitas em seus principais conceitos (BLEICHMAR; BLEICHMAR, 1992).

Sua teorização dá uma especial atenção à importância do meio ambiente nos processos emocionais, ocupando um lugar fundamental em sua proposta analítica. E tem no *holding* uma de suas principais produções conceituais, um exemplo de sua observação sobre o meio ambiente enquanto propiciador de sustentação para o desenvolvimento da criança, considerando as falhas no mesmo desencadeadoras de alguns quadros psicopatológicos, como a esquizofrenia.

O *holding* que se inicia na relação da mãe em sua atitude de segurar, manipular e cuidar do bebê é estendido, por Winnicott, à família, à relação analista e analisando e às instituições, como hospitais, creches, asilos, etc., considerando que estes podem cumprir melhor o seu papel quando funcionam como um ambiente de sustentação. É interessante como essa concepção é colocada ao longo de toda sua teorização, estando presente como entorno em seus principais conceitos.

Movido pelo seu interesse sobre estágios iniciais da vida humana, Winnicott (2000) realizou um estudo minucioso sobre o desenvolvimento emocional primitivo do bebê, ou seja, “antes que reconheça a si mesmo (e portanto aos outros) como pessoa inteira que ele é (e que os outros são)” (p. 222). Fase esta em que ainda não existe o desejo, mas um bebê com suas necessidades, e na qual os impulsos do id, apesar de presentes, ainda não têm num Eu constituído a busca de satisfação na realidade. Para isto, é preciso que o bebê desenvolva-se, o que depende, também, das possibilidades do ambiente em oferecer as provisões necessárias, tendo na mãe sua primeira representante.

2.2 - Quando dois são um: a unidade mãe e filho

De acordo com Winnicott, desde o nascimento o bebê tem a tendência inata de desenvolver-se e amadurecer, mas na sua imaturidade não existe por si. O que se encontra desde a concepção é a unidade mãe-bebê. No útero, o bebê está contido na mãe e somente aos poucos vai tomando corpo e forma humana, desenvolvendo todo o aparato que lhe

possibilitará mais tarde efetivamente existir. Nessa relação simbiótica, a existência do bebê é percebida e sentida através da mãe, é ela que fala do bebê ao mundo e é o seu corpo que traz a imagem reveladora do ventre que se expande e arredonda para dar espaço ao desenvolvimento deste outro ser.

Na gravidez, desenvolvem-se num mesmo corpo duas vidas em estágios diferentes, o bebê encorpando-se para nascer e a mãe identificando-se com este para concebê-lo ao mundo também em seu desejo. Winnicott (1993) denomina esse processo de “identificação da mãe com o seu bebê” designando-a “preocupação materna primária”, na qual predomina a “vontade e uma capacidade de desviar o interesse do seu próprio Self² para o bebê” (Ibid., p.21) . Esta sensibilidade desenvolvida ao longo da gravidez possibilitará à criança, quando do seu nascimento, ser cuidada por uma mãe suficientemente boa, que vai ao encontro do seu estado original de não diferenciação, compreendendo os seus sentimentos e atendendo as suas necessidades básicas, num processo contínuo de adaptação às mesmas.

Desta forma, ao nascer, o bebê é exposto a um mundo e a uma realidade para os quais ainda não possui maturidade para compreender e se relacionar, e, apesar da sua tendência natural a crescer e a se desenvolver, é necessário percorrer um complexo caminho em seu processo de maturação, para que se constitua enquanto um ser integrado e diferenciado do outro.

Pelo fato de o bebê ainda não discriminar o Eu do não-Eu, ocorre o que Winnicott (1993) considera como “dupla dependência”, pois a criança depende absolutamente dos cuidados maternos para a sua satisfação física e emocional e é ela que acolhe os seus estados de excitação de forma que possam ser absorvidos, sem exceder suas possibilidades.

Nesse estado original de desamparo do bebê, a mãe ou este outro maternal³ funciona como um intérprete na relação entre este e o ambiente, exercendo o papel vital de protegê-lo, de filtrar a realidade e de apresentar-lhe a mesma de forma gradual e limitada. Ou seja, a mãe vai dando ao bebê “continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele através dela passa a conhecer” (WINNICOTT, 2000, p. 228).

² Conceito psicanalítico que inclui o Eu (ego) e o não-Eu. É a totalidade da própria pessoa. Inclui também o corpo com todas as suas partes, a estrutura psíquica com todas as suas partes, o vínculo com os objetos internos e externos e o sujeito como oposto ao mundo dos objetos (WINNICOTT, 1965/1997, p. 7).

³ Winnicott define a maternagem como uma função exercida por quem possa se identificar com a criança. Por isto, faço referência ao termo “outro maternal”, utilizado por outros autores da psicanálise, ressaltando que, após o nascimento do bebê, a mãe da qual se fala não necessariamente é a mãe biológica, podendo ser qualquer outro que os destinos do desejo permitam a esta criança: o pai, a avó, a mãe adotiva, a funcionária da creche, etc.

Introduzindo para o bebê o princípio da realidade, assim a mãe, como uma matriz, possibilita ao bebê, com sua superfície sensível e qualidade de amparo, a provisão necessária para o seu percurso de vir a se reconhecer como um ser integrado, diferenciado do outro, conquistando a partir da dependência absoluta outros níveis de relação com o ambiente, conforme classificação do autor: dependência absoluta, dependência relativa, rumo a independência e sentido social (WINNICOTT, 1983).

A dependência absoluta caracteriza-se como o estado em que o lactente não tem meios de perceber o cuidado materno, que é em grande parte uma questão de profilaxia. Portanto, não pode assumir controle sobre o que é bem ou mal feito, mas apenas está em posição de se beneficiar ou de sofrer distúrbios, enquanto que na dependência relativa, o lactente pode dar-se conta da necessidade de detalhes do cuidado materno, e de modo crescente relacioná-los ao impulso pessoal, e mais tarde, num tratamento psicanalítico, pode reproduzi-los na transferência (Ibid.).

Rumo à independência, o lactente desenvolve meios para ir vivendo sem cuidado real. Isto é conseguido através do acúmulo de recordações do cuidado, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção de detalhes do cuidado, com o desenvolvimento da confiança no meio. Para Winnicott, deve-se acrescentar aqui o elemento de compreensão intelectual, com suas tremendas implicações, sendo que no sentido social está explícito que o indivíduo pode se identificar com adultos e com o grupo social, ou com a sociedade, sem perda demasiada do impulso pessoal ou originalidade ou sem perda demasiada dos impulsos agressivos e destrutivos que encontraram, presumivelmente, expressão satisfatória em formas deslocadas (Ibid.).

Isto permite ao bebê, com suas primeiras manifestações de independência, transitar de um estado para o outro, ou seja, da dependência absoluta cada vez menos freqüente à dependência relativa e com um movimento acentuado rumo à independência, conquista que no primeiro ano de vida já se apresenta de forma significativa (Winnicott, 1983). No entanto, por ser a independência um processo e, desta forma, sempre parcial, a possibilidade de recorrência aos estágios de dependência relativa e regressão à dependência absoluta acompanhará o sujeito durante toda a sua vida.

No tratamento psicanalítico, a dependência do paciente do analista na relação transferencial, segundo Winnicott (1983), é admitida e reconhecida desde Freud, tanto que o analista não deve iniciar uma análise se logo em seguida for viajar, pois não existe ainda uma percepção dos estados de vulnerabilidade do paciente e uma interrupção súbita pode envolver

alterações ainda não disponíveis à análise. O autor chama atenção, também, para o risco deste afastamento se configurar como um “episódio traumático”, com sentimentos de “aniquilamento”, como lhe foi referido por uma de suas pacientes. E assim, em seu estado regressivo de dependência, o paciente inconscientemente pode sofrer uma quebra da continuidade de sua existência, só percebida pela “falha do analista” e desta forma significada pela sua ausência.

No hospital público, a dependência do paciente é inerente à própria condição de adoecimento, o que se acentua pela gravidade do câncer e pela sua vulnerabilidade educacional, social e econômica.

A instituição, para exercer a sua função de cuidado, atentando para os riscos a sua vida pela falta de manejo adequado da equipe ou ainda ausência desta, assim como de recursos necessários ao tratamento, tais como físicos, econômicos, políticos, etc. O sentimento de aniquilamento e consequente perda na continuidade de ser pode ser expresso de diversas formas, levando-se em conta a subjetividade de cada paciente, mas podendo se concretizar no real, culminado, pela mistanásia⁴, na morte do mesmo.

2.3 - Juntando os pedaços: o caminho da não-integração à integração

Na fase primitiva do desenvolvimento, a criança funciona como um agrupamento de partes não integradas entre si, não se diferenciando do outro e do ambiente. Ainda não há objeto interno e externo a ela, não existindo o reconhecimento, do Eu e do não-Eu. Para a criança, tudo o que provoca alguma excitação ou satisfação pode ser um pedaço dela mesma:

Na vida normal do bebê ocorrem longos períodos de tempo nos quais o bebê não se importa em ser uma porção de pedacinhos ou um único ser, nem se ele vive no rosto da mãe ou em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos ele se torne uno e sinta alguma coisa (WINNICOTT, 2000, p. 224).

Por não existir uma consciência de si e do próprio corpo, processo que se desenvolve de forma indissociável, a não diferenciação da criança permite que ela tenha sensações, na mão que a acaricia, no seio que suga, no leite que ingere, no dedo que leva a boca, ou seja, ela pode estar em qualquer parte do seu corpo ou fora dele. Os pedaços não-integrados do seu corpo são núcleos dispersos do Eu, que vão se agregando, tendo continuidade existencial, na

⁴ Martin (apud GOLDIM, 2007) sugeriu o termo mistanásia para denominar a morte fora e antes da hora por: 1 - Falta de acesso ao sistema de saúde; 2 - Em decorrência de erro médico; 3 - Devido a práticas de saúde que não levem em conta o sujeito em suas necessidades de tratamento.

unidade com a mãe que o ampara e investe nos cuidados ao mesmo, facilitando primordialmente a constituição de sua corporeidade, ou seja, de seu Eu.

Winnicott (2006) observa que mesmo não existindo, neste estágio, nada para além do bebê, sendo portanto a mãe parte dele próprio, as experiências possibilitadas pela mãe em seu processo relacional com o mesmo, como os momentos de profundo contato, calma e afetividade durante a amamentação, constituem-se em espaços onde podem ocorrer a identificação primária do bebê com a mãe, permitindo a estes sentimentos rudimentares de existir, de *ser*, considerado pelo autor “como o começo de tudo” na direção da constituição do sujeito, pois o que existe é um eu em potencial amparado pelo Eu maduro da mãe.

É nesse experienciar conjunto, vivenciado na relação de unidade com a mãe, que o bebê vai adquirindo o sentimento de *ser*, fundamental para o processo de diferenciação e constituição do eu, possibilitando posteriormente o desenvolvimento para o estágio onde se reconheça na sua existência, podendo falar *Eu sou* (WINNICOTT, 2006).

É condição do humano a relação com o outro para existir mesmo antes do seu nascimento, pois é a mãe identificada com o bebê que em seu desejo primordial o reconhece em todas as suas manifestações instintuais como um ser humano. Este, por sua vez, em sua identificação primária com a mãe tem o suporte para construir o vínculo entre suas funções corporais motoras, sensoriais e a psique.

Winnicott (1993) ressalta que a qualidade do cuidado facilita a organização do bebê e tanto a não-integração como a integração podem ser vividas sem sofrimento e ansiedade. Recebendo os cuidados necessários, a criança vai ligando os seus núcleos do Eu, autointegrando-se e ocupando o próprio corpo, num sentimento de personalização. Vai percebendo, também, que aquele que chora, que dorme, que mama, são todos, na verdade, ele mesmo, assim como aquele seio, aquela voz, cheiro e toque fazem parte de uma mesma pessoa, sua mãe.

Uma maternagem suficientemente boa favorece a maturação do bebê de forma que constitua-se um mundo interno, imaginário, com seus simbolismos e representações, e que este bebê venha a relacionar-se simbolicamente com os objetos, ou seja, atribuindo significado às coisas, às experiências e a si mesmo (WINNICOTT, 1993).

Na personalização, o bebê habita o próprio corpo, este integra o seu imaginário e é investido continuamente de significados a partir dos cuidados da mãe. Quando o bebê é privado de se relacionar com partes de seu corpo, estas fogem à integração, são núcleos do Eu

que ficam dispersos, tornando-se desconectadas.

Sobre essa questão vale a pena observarmos o caso do menino Léon, analisado por Françoise Dolto (2004), para ilustrar o que foi apresentado acima. Léon, quando começou a sentar-se sozinho, era colocado por longos períodos na sala de trabalho dos pais, até os três anos de idade, atado a uma cadeira e com as mangas presas a sua roupa de forma a impedir que levasse o dedo à boca para chupar. E, dentre as sérias complicações que esta atitude lhe ocasionou, estava o fato de deambular com grande dificuldade, apesar de não ter nenhum comprometimento neurológico. No processo de análise, ficou perceptível que as partes do seu corpo que ficavam presas não foram investidas de representação.

Quando a maternagem não dá conta adequadamente deste processo, a criança pode apresentar falhas em seu desenvolvimento primitivo, talvez nunca se integrando ou não conseguindo “manter a integração de maneira confiante”. A insegurança decorrente desta condição de desamparo gera estados de ansiedade, como podemos melhor compreender na citação de Winnicott (2000, p. 165):

Três tipos de ansiedade ocorrem como conseqüência de falhas nas técnicas de cuidar do bebê: não integração, que se transforma num sentimento de desintegração; ausência de relacionamento entre psique e o soma, que resultará num sentimento de despersonalização; e a sensação de que o centro de gravidade foi trasladado do cerne para a casca, do indivíduo para o cuidado, para a técnica.

Como podemos observar, Winnicott enfatiza ao longo de toda a sua teoria a relevância da maternagem para a integração do bebê, o cuidado consistente da mãe com seu contato corporal, amamentando, ninando, conversando, chamando o bebê pelo nome, o que é fundamental para que este possa sair da casca, encontrar o seu centro e surgir enquanto indivíduo com sua própria singularidade. Em sua função, a mãe suficientemente boa

permite ao bebê que ele usufrua de uma *continuidade de ser*, ou seja, que se perceba como um ser completo, único e, sobretudo, real. De acordo com Winnicott (1988/1990), o ego materno auxilia a organização do ego do bebê. Ainda que bastante imaturo, esse bebê conta com uma integração inicial, que o permite sentir-se como ser humano (Tosta, 2009, p. 7, grifo do autor).

Para o bebê ser reconhecido em sua natureza humana, é aspecto fundamental que a mãe se identifique com ele e possa prover os cuidados necessários, garantindo a sua sobrevivência e existência. A unidade mãe-bebê assegura que este vivencie a não-integração e a reintegração, naturalmente, com segurança. E, à medida que o bebê vai se integrando e o Eu vai se fortalecendo é que este é capaz de vivenciar a ansiedade de desintegração, provocada por falas recorrentes da mãe em sua continência ao bebê. A desintegração é normalmente vivida de forma dolorosa e ameaçadora, porém é o estado não-integrado primário que cria a

predisposição a desintegração (WINNICOTT, 2000).

Quanto à despersonalização, a criança não se sente vivendo no corpo, havendo um enfraquecimento em relação às experiências corporais e concomitantemente uma fragilização de sua estruturação psíquica. Este conceito winnicottiano costuma causar estranheza, mas o autor ilustra o mesmo com casos clínicos, como o de uma paciente psicótica que vivia na sua cabeça atrás dos olhos e por isto caía muito, pois não conseguia enxergar, já que não tinha “olhos nos pés” (Ibid.).

Todos estes fenômenos decorrentes da não-integração estão comumente presentes nos estados psicóticos. Mas a não-integração como um estado primário permite uma flutuação do psiquismo, de forma que a integração do sujeito não se dá completamente, permanecendo sempre parcial. Assim, o termo integração não tem relação com completude (Ibid.).

Ao fazer essa consideração, o autor cria a possibilidade de pensarmos sobre o processo de reintegração na vivência de um evento como a perda no próprio corpo, decorrente de cirurgias mutiladoras para a retirada de tumores cancerígenos.

Quando o câncer mutila o rosto, o paciente pode vivenciar este evento como a perda do próprio rosto, haja vista as formas do mesmo se encontrarem investidas de afetos e terem normalmente um lugar simbólico, sendo então necessária a elaboração do luto, processo esse que passa a ser compreendido, segundo esse referencial teórico, como um processo de reintegração ao Eu do rosto mutilado, o que poderá, conforme Winnicott, levar o paciente a estágios iniciais do desenvolvimento (Ibid.).

O rosto mutilado, supostamente como uma parte não integrada do corpo, pela falta de “sentido” do mesmo no desenvolvimento e história do sujeito, e também pelas representações que um rosto dessa ordem pode ter para o sujeito através de sua cultura, exigirá uma gama de investimentos na sua possível reintegração ao EU em sua nova forma. Um momento como este convoca, como no bebê, um outro-ambiente facilitador, representado neste caso pela família, pelo hospital, pela equipe de saúde que disponibilize sustentação, provendo o amparo às reorganizações do paciente em seu Eu e corporalidade e, ainda quem sabe, a possibilidade de conferir também a esse rosto outros sentidos que não sejam unicamente a dor da perda.

2.4 - Holding: o amparo essencial para a integração

Uma das grandes contribuições de Winnicott concebida ao longo de sua teoria é a de que o bebê, ao nascer, não estabelece uma relação direta com a realidade externa, pois esta

possui um grau de complexidade com a qual, em sua imaturidade, ele não conseguiria interagir, levando-se em conta que esta é subjetivamente produzida. Assim compreende-se que a realidade, primariamente, através de um ambiente suficientemente acolhedor e uma “mãe devotada”, ampara o bebê, facilitando o seu desenvolvimento e posterior capacidade de relacionar-se com a realidade externa.

Em seu desamparo original, o bebê é acolhido pela mãe que, numa unidade mãe-bebê, proporciona “uma porção básica de cuidados”, numa rotina diária e contínua (WINNICOTT, 1983). A esta função materna, Winnicott denominou de *holding*, conceito que descreveu da seguinte forma:

- Protege da agressão fisiológica.
- Leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente – tato, temperatura, sensibilidade auditiva, sensibilidade visual, sensibilidade à queda (ação da gravidade) e a falta de conhecimento do lactente da existência de qualquer coisa que não seja ele mesmo.
- Inclui a rotina completa do cuidado dia e noite, e não é o mesmo que com dois lactentes, porque é parte do lactente, e dois lactentes nunca são iguais.
- Segue também as mudanças instantâneas do dia -a- dia que fazem parte do crescimento e do desenvolvimento do lactente, tanto físico quanto psicológico (Ibid., p. 48).

No *holding* adequado, a mãe segura o bebê, envolve-o em seus braços, dando-lhe suporte corporal, desencadeando uma experiência que oportuniza ao mesmo um sentimento de continuidade do ser. Com esta atitude, a mãe sustenta a criança, funcionando como um continente, dando-lhe a segurança necessária para integrar-se, criar a sua própria membrana e distinguir-se do ambiente. Compreende-se, assim, que o *holding* é o cerne da constituição do sujeito.

É o *holding* que propicia a sustentação necessária para os processos de desenvolvimento, como o “processo primário, identificação primária, auto-erotismo e narcisismo primário” (WINNICOTT, 1983, p. 44) e, da mesma forma, para “a integração, a personalização e depois destas a apreciação do tempo e do espaço e de outras propriedades da realidade, em suma, a realização” (WINNICOTT, 1993, p. 274).

O *holding* comparece na teoria winnicottiana contornando todo o desenvolvimento humano, ampliando-se a cada nova fase para comportar as conquistas alcançadas. Desenvolvimento que se inicia no útero, rumo ao colo da mãe, e finalmente conquistar a terra enquanto sujeito que existe também conforme o seu desejo.

Porém, na ausência de um *holding* suficientemente bom, em que a mãe não possibilita ao bebê um ambiente adaptado as suas necessidades, o mesmo sofre uma *descontinuidade do ser*, provocando uma grande aflição e produzindo reações como as descritas por Winnicott

(1993, p. 27):

da sensação de despedaçamento,
da sensação de estar caindo num poço sem fundo,
de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno

Sensações essas que tendem a ser reatualizadas em situações de crise e desorganização, tais como aquelas experienciadas quando da mutilação do rosto associada ao câncer e que possam ser sentidas como perdas de controle e rupturas em sua existência. Por exemplo, as falas que comumente a autora ouve quando realiza atendimento psicológico relacionado ao diagnóstico de uma doença grave como o câncer expressam “a falta de chão e de não saber o que fazer”, “o que dizer e para onde ir”, realidade essa que se repete no dia-a-dia de uma instituição hospitalar, sinalizando a necessidade de um ambiente suficientemente bom capaz de dar conta dessas demandas rumo à integração, se não para a vida, para a morte com qualidade.

Vale ainda destacar que alguns teóricos contemporâneos pontuam que o termo *holding* por si só, para Winnicott, não abarca todos os sentidos contidos no conceito dado ao mesmo, levando-se em conta que esta palavra, em sua tradução original do inglês, significa *segurar*, atendendo apenas a função da mãe de pegar a criança ao colo. Dessa forma, Winnicott fez uso também da palavra inglesa *handling*, referindo-se a manipular, contemplando as ações de cuidado e manejo do bebê pela mãe (AMIRALIAN, 2003). Também é função da mãe a apresentação de objetos ao bebê, sempre o reconhecendo como pessoa inteira, atitudes que para o bebê terão repercussões físicas e psicológicas. De acordo com Lescovar (2004, p. 53), tais termos podem ser definidos da seguinte forma:

Por *holding*, Winnicott compreendia o favorecimento ambiental à integração pessoal do bebê *no* tempo e espaço advinda do segurar físico e emocional realizado pelo meio ambiente, resultando em experiências fornecidas à criança que estão relacionadas com a estabilidade do meio ambiente, constância objetal e autenticidade dos cuidados maternos. Para Winnicott, o essencial residia na maneira de ser da mãe, em seu estado de devoção/identificação com seu filho, que, por sua vez, lhe conferia uma certa qualidade no cuidar de seu bebê. Quanto ao *handling*, Winnicott entendia o favorecimento do meio ambiente ao alojamento da psique no corpo facilitado pelas experiências mãe-bebê, em que a interação entre eles era mediada pelo contato corporal, e também pelas compreensões maternas das manifestações corporais do bebê como comunicações pessoais. Por meio do *handling*, Winnicott conceituou o estabelecimento da personalização.

Dessa forma, por exemplo, num momento de higienização ocorre tanto o *holding*, pela ação da mãe de segurar e dar sustentação ao bebê, lhe conferindo satisfações psicológicas favoráveis ou desfavoráveis, como o *handling*, a manipulação ou manejo ao efetuar a limpeza

e a troca de fraldas. Quando estas ações são feitas satisfatoriamente, favorecem a maturação do bebê (ZVEITER & PROGIANTI, 2006; IUNGANO & TOSTA, 2009).

A mãe, em seu papel, precisa ser apoiada e receber um entorno favorável do ambiente, geralmente oferecido pelo pai e/ou família e o meio social, garantindo conforto e segurança no desempenho de sua função de maternagem (IUNGANO & TOSTA, 2009). Por ser a mãe um adulto maduro, mas que mesmo assim necessita de um ambiente de sustentação, percebe-se que a sustentação de um sujeito, em maior ou menor grau, se fará presente em outros momentos da vida que não em suas fases primordiais, como na ocorrência ou imposição de fatos em que emerge a necessidade, dependente ou não de seu desejo, de ter no outro um entorno que lhe garanta atenção e segurança.

Referindo-se a mães em sua relação com médicos e enfermeiros, Winnicott (2006) observa a necessidade de um conhecimento prévio entre os mesmos para que se estabeleça um vínculo de confiança e que dessa forma ela sinta-se segura em receber os cuidados necessários pela equipe no momento de seu parto; caso contrário, o medo e a insegurança podem comparecer, sendo prejudicial à relação e à realização dos procedimentos: “Um sistema hospitalar que não permite que uma mulher saiba com antecedência quem será seu médico e sua enfermeira por ocasião do parto não pode ser considerado bom, mesmo que se trate da clínica mais moderna, bem equipada, esterilizada e cromada do país” (p. 65).

Indo mais adiante, o autor chama atenção para os estados em que a mãe pode necessitar de cuidados mais intensificados devido a quadros psiquiátricos:

[a mãe] que está doente precisa de amparo e encorajamento; ela poderá testar o nível de tolerância da enfermeira, e transformar-se em uma fonte de transtornos [...]. Mas isto é, em grande parte, uma questão [...] de saber harmonizar a necessidade com a ação adequada ou a inação deliberada (Ibid., p. 67)

Como pediatra, foi principalmente no contexto hospitalar que Winnicott desenvolveu a sua prática profissional fundamentada nos princípios e referenciais teóricos psicanalíticos, ou seja, buscando as interfaces da Psicanálise com a Obstetrícia e as contribuições “do efeito das teorias Psicanalíticas sobre as relações entre o médico, a enfermeira e a paciente, tendo em vista a situação do parto” (Ibid., p. 62). Efeitos esses que o autor identifica quando a equipe consegue ter a compreensão de sua paciente como um ser humano, que existe e tem uma história de vida, que se articula entre presente, passado e projetos futuros. A partir de dados por ele observados, o autor diz:

A psicanálise já resultou em uma grande mudança de ênfase, que pode ser claramente observada na atitude das parteiras atuais [...] É ponto pacífico que a parteira queira acrescentar [...] alguma avaliação da paciente como pessoa – uma pessoa que nasceu, já foi uma criança, brincou de pai e mãe, ficou apavorada com as

mudanças decorrentes da puberdade [...] talvez tenha se casado e, por vontade própria ou acidentalmente, teve um filho.

Se a paciente estiver num hospital, ela estará preocupada com o lar para o qual deve retornar e, de qualquer forma, existe a transformação que o nascimento do bebê provocará em sua vida pessoal, em seu relacionamento com o marido [...] Podem ocorrer complicações em seu relacionamento com os seus outros filhos [...] Há a mulher que se encontra em um estado muito especial [...] O pai, até certo ponto, está em um estado parecido, e, se ele for negligenciado, o resultado será um grande empobrecimento. A criança, ao nascer, já é uma pessoa, [...] [e também] temos a parteira. Ela não é apenas um técnico, mas também um ser humano (Ibid., p.62).

A imersão neste importante corpo teórico remete e nos leva a considerar a experiência e sensibilidade de Winnicott ao propor a noção de *holding*, o que permite considerarmos que o hospital, o paciente, sua família e a equipe de saúde estão articulados e estes são fatores que o cuidador não pode desconsiderar principalmente como membro dessa equipe.

O modo como o autor dispõe seu pensamento estimula a compreensão de que o paciente traz ao hospital a sua necessidade de amparo, tendo na família e na equipe o ambiente provedor do mesmo; mas a família pode ter fragilidades, as quais a equipe precisa reconhecer; porém a equipe também tem suas dificuldades e é a instituição hospitalar o grande entorno onde o cuidado com todas as suas implicações acontecem.

Neste sentido, o hospital como um todo assume a função de provedor de recursos ao *holding*, sendo também um espaço de reconhecimento a todos enquanto sujeitos de direitos. E, assim, Winnicott conclui:

A Psicanálise, como a vejo, oferece à obstetrícia, e a todo trabalho que diga respeito às relações humanas, um aumento do respeito que os indivíduos sentem uns pelos outros, bem como pelos direitos individuais. A sociedade precisa de técnicos até mesmo para os cuidados médicos e de enfermagem, mas onde houver pessoas, e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas vivem, pensam e crescem ao longo de suas experiências (Ibid., p. 71).

Na área da saúde e mais especificamente no contexto hospitalar, ao longo da teoria winnicottiana, pode-se observar a relevância do *holding* para a vida e existência humana, de forma que a sociedade, a exemplo do ambiente suficientemente bom – mas como autor sempre enfatiza, não perfeito – possa, no espaço potencial, onde se dá a criação da vida, com suas relações culturais e sociais, garantir os direitos dos sujeitos em suas diversas fases a uma vida com mais dignidade.

2.5 - Espaço potencial: a criação da realidade

O desenvolvimento continua em seus processos e na relação com o bebê. A mãe suficientemente boa, mas não perfeita, em sua função de *holding* e *handling*, acompanha o processo de maturação do bebê e propicia primeiramente uma satisfação absoluta e

posteriormente relativa de suas necessidades primitivas. Esta atitude permite a transformação das falhas relativas da mãe “num êxito adaptativo do bebê”, surgindo em sua maturação a capacidade de adaptar-se à realidade, necessária para sua relação com o mundo e conquista de autonomia (WINNICOTT, 1983).

Porém, de acordo Barone (2004), Winnicott, sempre influenciado pela sua prática pediátrica, “parecia intuir” a existência de um espaço fundamental entre a mãe e o seu bebê e talvez por isso afirmava frequentemente a importância da equipe de saúde não se colocar entre os dois.

Na relativização do cuidar e saída do estado de preocupação primária, a mãe propicia ao bebê a experiência de separação, afastando-se do mesmo em espaços de tempo que ela em sua sensibilidade sabe que para ele é possível suportar. Com esta atitude favorece ao bebê o surgimento do *não-eu* e, conseqüentemente, do *Eu*. A mãe impedida de fazer este movimento, por sua organização e manifestações psíquicas, mantém o bebê colado a ela, e este terá que obter no ambiente algo que permita a separação, sendo fundamental quando o pai pode assumir esta função (Ibid.).

Esse movimento da mãe favorece ao bebê alcançar níveis mais complexos do seu desenvolvimento, que é o seu relacionamento com a realidade. Winnicott (2000) apresenta o contexto de relacionamento do bebê com o seio materno para explicar esse fenômeno: explica que o bebê, com seus “instintos e idéias predatórias”, quando faminto, ataca o seio da mãe que tem o “poder de produzir o leite”. A mãe apresenta então ao bebê o primeiro objeto externo na construção do seu vínculo com a realidade, compreendendo o encontro da boca do bebê com o seio da mãe como duas linhas que se superpõem, produzindo no mesmo uma *ilusão*. O autor complementa:

O bebê vem ao seio, quando faminto, pronto para alucinar alguma coisa que pode ser atacada. Nesse momento aparece o bico real, e ele pode então sentir que esse bico era exatamente o que ele estava alucinando. Assim, suas idéias são enriquecidas por detalhes reais da visão, sensação, cheiro, e na próxima vez esses materiais serão usados na alucinação. Deste modo, ele começa a construir a capacidade de conjurar aquilo que de fato está ao alcance. (Ibid., p. 227)

A mãe faz esse movimento repetidas vezes e em sua identificação primária com o bebê lhe apresenta o seio no momento em que ele está pronto para criá-lo, conforme a sua ilusão. Ou seja, a mãe “vai ao encontro criativo do bebê” a cada mamada e pacientemente espera ser criada pelo bebê (WINNICOTT, 1990).

Com essa concepção, Winnicott (Ibid.) postula que a fantasia precede a realidade. E a realidade objetiva é sempre uma criação subjetiva do sujeito. Após a primeira mamada, o

bebê inicia o seu processo de criação, tornando-se capaz de alucinar o seio da mãe. O bebê vai conquistando a confiança de que o seio será encontrado e aos poucos começa a desenvolver a tolerância à ausência do objeto seio.

A superposição do bebê com a realidade cria um terceiro mundo, que não a realidade interna do bebê e nem a externa, mas um espaço *entre*, denominado de *espaço potencial*, que ao mesmo tempo separa e une o bebê à mãe, o eu ao não-eu e o bebê ao ambiente (WINNICOTT, 1990). É neste espaço que, na ausência do seio, se observa:

[...] o bebê chupando os dedos ou adotando alguma técnica de mexer o rosto ou murmurando um som ou agarrando algum pano [...] declarando seu controle mágico sobre o mundo por meio desses diversos instrumentos prolongando [...] a onipotência originalmente satisfeita pela adaptação realizada pela mãe (WINNICOTT, 1990, p. 126).

No início do desenvolvimento, esse é um espaço de criação, pelo bebê, dos objetos transicionais – a mãozinha, a manga da roupa, a ponta do lençol, os brinquedos e próprio brincar. Estes objetos são fundamentais e costumam persistir nas brincadeiras das crianças ainda por um longo período de tempo, de forma que entre o subjetivo e o ambiente “existe uma terra de ninguém” (Ibid., p. 127). Surge o espaço para o imaginário e seus significantes, pois para Winnicott (1975, p. 151), “é aqui que se desenvolve o uso de símbolos que representam, a um só e mesmo tempo, os fenômenos do mundo externo e os fenômenos do mundo da pessoa individual”.

É a partir do brincar que se dá a experiência cultural e a produção criativa do sujeito, como nos coloca Sanches (2005, p. 11): “é nele que o eu e o mundo são recriados”. E assim o sujeito pode se relacionar com a transitoriedade da vida, recriando a si e a realidade naquilo que lhe falta. De acordo com Ogden (1995, apud SANCHES, 2005, p. 12), se é a mãe que:

[...] permite que o espaço potencial se crie, a possibilidade de “individualidade” é dada pelo outro. Individualidade e alteridade, assim, criam-se e preservam-se mutuamente. E surgem, segundo Winnicott, da presença real. A experiência imperturbada de “continuidade de ser” propiciada pela mãe que atende às necessidades do filho é a base que torna tolerável a experiência da falta e a conseqüente organização do desejo.

E dessa forma, o espaço potencial é onde o sujeito tem a possibilidade de criar seus recursos para lidar com a angústia da perda daquilo que supunha ter, como a vivência da mutilação em que o rosto desfigurado precisa ser significado na sua condição de rosto, como no estudo de Silva (2008), no qual é observado que o uso de próteses na reconstrução do rosto parece se colocar como um espaço entre o sujeito e ambiente.

Ogden (1995, apud SANCHES, 2005, p. 12) observa:

Para lidar com essa surge o processo de constituição do símbolo, o objeto presente-

ausente que se organiza no espaço potencial. Um espaço que é o mundo da cultura, pois “a diferenciação de símbolo, simbolizado e sujeito interpretador cria a possibilidade de uma triangularidade dentro da qual o espaço é criado. Este espaço entre símbolo e simbolizado, mediado por um self interpretador, é o espaço em que a criatividade se torna possível e o espaço em que nos achamos vivo como seres humanos, em oposição a sermos seres simples e reflexivamente reativos.

Portanto, considera-se que a crise provocada pela deformação no rosto pode ser altamente criativa, com sua fonte de inspiração no espaço potencial, que por ser também da alteridade, pode convocar a família, a equipe de saúde e o hospital como a base, para que o sofrimento, pela perda, seja tolerável e a criação se produza.

Quando o holding é facilitador na criação deste espaço potencial, o bebê se desenvolve com confiabilidade na mãe, no ambiente e em si mesmo. Confiança que a mãe traduz em seu chamado, segundo Winnicott (2006, p. 90): “Venha para o mundo de uma forma criativa, crie o mundo; só o que você criar terá significado para você” e, em seguida “O mundo está sob o seu controle”.

Atendendo ao chamado, o bebê segue para as outras fases de seu desenvolvimento, deixando o colo para conquistar o próprio chão e encontrar no adulto maduro, capaz de sustentar-se em seu próprio Eu e cuidar de si, a autonomia de viver a realidade e sentir-se real, posto ter sido marcado pelo olhar constituinte do outro que lhe conferiu a própria existência .

2.6 - No olhar do outro descubro que existo

Desde o nascimento numa condição normal, a mãe acredita que o bebê é um ser humano, recebe-o em seu colo, acaricia-o e fala com o mesmo, confiando na capacidade daquele ser, ainda tão pequeno, de vir a lhe responder. Ela não só acredita na existência humana do bebê, como a potencializa.

É, então, na relação com o outro que se funda o sujeito em sua constituição. Este pressuposto básico da Psicanálise é desenvolvido, em Winnicott, a partir do encontro primordial do bebê com a mãe. Em seu texto intitulado “O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil” (1975), o autor postula ser o rosto da mãe o precursor do espelho para a criança. Este, estudo segundo o próprio autor, foi influenciado pela sua leitura do artigo de Jacques Lacan, “Le Stade du Miroir” (1949)⁵.

Nesse texto, Winnicott observa que quando já lhe é possível, a criança naturalmente vagueia o olhar, e encontra o rosto da mãe, em cujo olhar vê a si próprio, podendo ser

⁵ Estudo do psicanalista francês Jacques Lacan, intitulado “O Estádio do Espelho”.

chamado de momento inaugural do narcisismo primário⁶. O olhar da mãe reflete para o bebê a sua imagem, porém a mesma não condiz à objetividade do real, pois é devolvida ao bebê investida pelo narcisismo da mãe e pela carga afetiva desta em relação ao filho (1975).

O olhar de amor da mãe fecunda na criança o desenvolvimento do amor próprio, pois, encantado pelo que vê neste olhar, o bebê mergulha na satisfação refletida pelo desejo desse outro, a mãe, o que em seu narcisismo secundário encontrará aporte em outros olhares.

Esta função especular da mãe encontra-se presente não apenas no olhar, mas em suas expressões, na forma como toca, fala, oferece o seio, etc. Todos os sentidos do bebê recebem de alguma forma a imagem que mãe lhe traz sobre si. É então com esta primeira imagem que o bebê se identifica para posteriormente desenvolver uma imagem própria de acordo com o desenvolvimento do seu Eu.

Em seu olhar, a mãe reflete para a criança sua existência, contribuindo para a organização da mesma em uma unidade. Mas o olhar que reconhece a existência do bebê, também pode conter as suas armadilhas. Winnicott (1994) refere que a criança pode ficar aprisionada ao olhar da mãe, ao seu desejo narcísico, e desenvolver um falso Eu (Self)⁷.

Sobre este aspecto, lança-se mão da análise de Diniz e Rocha (2006) sobre as metamorfoses do rosto materno em sua função especular. Os autores demonstram que o espelho do rosto da mãe pode apresentar-se de três formas à criança: 1 - *O espelho mágico*, onde ocorre a projeção do narcisismo da mãe sobre o da criança, aprisionando-a ao desejo materno; 2 - *O espelho vidro*, no qual a criança não consegue ter a sua imagem refletida pela mãe, indicando uma falha na identificação e adaptação materna ao bebê; 3 - *O espelho verdadeiro*: a mãe suficientemente boa reflete para o bebê a sua imagem investida de afeto de desejo, mas respeitando a criança em sua liberdade de existir.

Quando o olhar da mãe aprisiona ou lança o bebê no vazio, poderá haver consequências graves ao seu desenvolvimento. Porém, se o olhar da mãe é um espelho verdadeiro, o bebê ao se olhar cria a si mesmo. Percebe que o rosto é da mãe e olha para outras direções num processo significativo de troca com o mundo. Nas palavras de Winnicott (p. 157):

⁶ O narcisismo, inicialmente considerado por Freud como uma perversão, é em seu texto “À Guisa de Introdução ao Narcisismo” (1914) conceituado como narcisismo primário e identificado como uma fase do desenvolvimento normal, em que o bebê é investido pelo narcisismo original dos pais, ocupando o centro de suas atenções. Esta fase é condição para formação do Eu.

⁷ Faz-se uso de Eu em vez de Self por ser esta a forma adotada por Winnicott em seus escritos mais recentes.

Quando olho, sou visto; logo, existo.
Posso agora me permitir olhar e ver.
Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo.
Na verdade, protejo-me de não ver o que ali não está para ser visto (a menos que esteja cansado).

Para o autor, quando a criança é desejada, ela “poderia ter nascido morta, quando não monstruosa, mas aqui está o bebê, reconhecido por todos como um indivíduo (2006, p. 47)”. Então é o olhar atravessado pelo desejo que confere aos pais a possibilidade de reconhecer, mesmo num corpo sem vida ou num bebê “monstro”, a sua condição humana.

Mas em pesquisa realizada por Iungano e Tosta (2009) identificou-se que quando o bebê nasce com alguma “imperfeição”, a mãe pode ser ferida narcisicamente, não conseguindo se identificar com o mesmo. Pois o bebê, com a sua falta, contraria o desejo narcísico da mãe de trazer ao mundo um bebê perfeito. É difícil olhá-lo e lhe dar os cuidados necessários. Torna-se uma realidade que impõe à mãe a elaboração do luto pelo bebê idealizado e o aprendizado dos cuidados exigidos para com o mesmo. E aqui as autoras ressaltam a importância do ambiente hospitalar tanto no apoio à mãe, como nos cuidados ao bebê ainda tão imaturo, totalmente dependente de uma mãe fragilizada e de uma equipe de saúde que pode prover um ambiente favorável ou não de preservação da saúde emocional da criança apoiada na segurança oferecida pela mãe, mesmo frente às ocorrências desfavoráveis temporárias como no adoecimento e hospitalização.

Este ambiente precisará também prover um olhar para os pacientes de quem cuida, reconhecendo-os na sua existência. Sobre essa questão, a autora tem observado as falas dos pacientes quando referem “ele nem me olhou, sequer levantou a cabeça”, sinalizando a importância do olhar do outro para elaboração de perdas significativas.

De acordo com a teoria winnicottiana, é na relação com o outro amparado por um ambiente suficientemente bom que o bebê pode se desenvolver e conquistar a sua autonomia e criatividade, como deixa clara a citação abaixo:

A integração está intimamente ligada à função ambiental de segurança. A conquista da integração se baseia na unidade. Primeiro vem o “eu” que inclui “todo o resto é não-eu”. Então vem “eu sou, eu existo, adquiero experiências, enriqueço-me e tenho uma interação introjetiva e projetiva com o não-eu, o mundo real da realidade compartilhada”. Acrescente-se a isso: “Meu existir é visto e compreendido por alguém”; e ainda mais: “É me devolvida (como uma face refletida em um espelho) a evidência de que necessito de ter sido percebido como existente” (WINNICOTT, 1983. p. 60).

Dessa forma, julga-se como fundamental à existência humana o desejo de reconhecimento, em todas as fases da vida, e em todas as práticas em que cuidar do outro é necessário.

CAPÍTULO 3 - O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE SUSTENTAÇÃO DA VIVÊNCIA DO ADOECER.

É importante destacar que não é objetivo deste estudo proceder a análise do hospital numa vertente antropológica e sócio-histórica. Não que abordá-lo deste modo não seja de grande importância, mas sim por que ao fazê-lo, isso implicaria em desviar a atenção sobre os aspectos relacionados a essa instituição tendo como base a teoria de Winnicott e as funções do *holding*, objeto deste estudo. A atenção foi voltada para a instituição hospitalar enquanto a organização.

Contudo, compreende-se que o hospital, enquanto instituição médica por excelência pode ser compreendida como produto da estruturação da medicina enquanto ciência baseada num modelo explicativo da etiologia das doenças orgânicas. Segundo Foucault (1985), foi somente no século XVIII que o hospital adquiriu o caráter de instituição médico-social. Anteriormente, o mesmo apresentava um caráter basicamente social, moral, político, econômico e religioso.

Avaliando o hospital, suas funções e história, Campos (1995) nos chamam atenção que os primeiros hospitais foram criados como locais destinados ao isolamento e onde a caridade se exercia como prática do cristianismo. Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, idosos e doentes crônicos, sob a responsabilidade de monges e religiosos. O arsenal tecnológico médico disponível tinha como objetivo reduzir o sofrimento. Indivíduos dotados de maiores recursos tratavam-se em seus domicílios e a relação médico-paciente ocorria independente da organização hospitalar.

Ainda segundo essa autora, num primeiro momento da história dos hospitais, o conhecimento que os profissionais tinham era mais sobre o doente do que sobre as doenças. A identificação dos agentes microbianos e do papel que desempenham na etiologia das patologias infecciosas possibilitou que se chegasse ao segundo momento evolutivo. Assim, os hospitais passaram a ser o local para onde eram encaminhados doentes que, devido à natureza ou gravidade das afecções, necessitavam de cuidados oferecidos por pessoal especializado ou exigiam equipamento especial. Num terceiro momento, a dicotomia entre o atendimento curativo e preventivo foi superada e chegou-se a compreensão que se devia atuar em todo e qualquer serviço de saúde, desde a prevenção até a reabilitação, dirigindo os cuidados a toda população. Como função básica do hospital, destacou-se a de prestar à população assistência médico-sanitária integral, tanto preventiva como curativa, e também ser a organização

hospitalar um centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas.

Segundo Bleger (1984), toda Instituição constitui-se num organismo com existência concreta e certo grau de permanência em algum campo ou setor específico da atividade humana, representada por seus objetivos, normas, contingente humano que nela intervém e interage. Destaca este autor que o psicólogo ocupa-se com os fatores psicológicos que se encontram em jogo na Instituição, atuando sobre as “unidades naturais”, ou seja, grupos pré-formados que já possuem, dinamicamente, sua função na instituição.

Esse autor destaca ainda que toda organização pode ser um meio pelo qual seres humanos podem se enriquecer ou empobrecer e se esvaziar. Cada instituição tem seus objetivos específicos e a sua própria organização, com a qual busca satisfazer seus objetivos. O psicólogo como profissional de saúde deve passar da atividade psicoterápica (doente e cura) à de psico-higiene ou saúde mental (população sadia e promoção de saúde), impondo para tanto a passagem dos enfoques individuais aos sociais. Assim, é necessário o desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho, conhecimento e técnicas que possibilitem tal tarefa (BLEGER, 1984).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1977, p. 3.929) conceitua o hospital como “parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculado tecnicamente”.

Dentre as funções do hospital, Lima Gonçalves (1983) destaca as de prestação de serviço médico e complementar; o desenvolvimento sempre que necessário das atividades de natureza preventiva; a participação em programas de natureza comunitária, alcançando o âmbito sócio-familiar, incluindo as ações educativas e abrangendo a divulgação de conceitos relacionados a promoção, proteção e prevenção em saúde, somados a sua integração ativa no sistema de saúde.

Se por um lado os conceitos acima fazem referência ao hospital enquanto espaço de prevenção, educação, pesquisa e reabilitação, esse é o lugar do suposto saber para o sujeito que sofre de uma doença e necessita de internação e/ou outros procedimentos que só essa instituição disponibilize. Saber este que no hospital está articulado à prática de uma equipe e à

sistematização da assistência disponibilizada.

Com o desenvolvimento científico e tecnológico alcançado na área da saúde, o hospital dispõe hoje de recursos que favorecem o tratamento e a cura para uma grande maioria das doenças. Esta realidade, porém, não se estende a todas as instituições e regiões do país. De Oliveira (2008), em recente pesquisa sobre a saúde na região amazônica, identifica que isto ocorre em função da centralização dos hospitais de alta especialização e recursos tecnológicos nos grandes centros urbanos, tornando o acesso aos mesmos um desafio.

O hospital, enquanto ambiente de sustentação na dinâmica do adoecer, precisa garantir a provisão necessária para a atenção ao paciente e família nas diversas fases do tratamento. O paciente depende, em absoluto, da disponibilização desses recursos para poder enfrentar o adoecimento com dignidade. Um paciente com câncer de cabeça e pescoço a cada momento de espera pelo tratamento tem suas chances reduzidas de controlar a doença e todos os seus agravos.

Para Simonetti (2004, p. 97) o hospital tem suas contradições: “é uma instituição para o melhor e o pior”, ou seja, se por um lado ele pode ser esse espaço com recursos tecnológicos, equipes altamente especializadas e equipamentos de última geração, por outro sujeita o paciente ao positivismo médico.

Seguindo essas considerações, chama a atenção a colocação de Tardivo (2008, p. 32), quando afirma ser o hospital “[...] o lugar do saber e do fazer de quem lida com doença orgânica”, ou seja, “é um campo de trabalho, atuação e do saber médico” que remete a fantasias da infância:

Quando se pensa em hospital logo nos vem a mente, desde que somos crianças: pessoas com aventais e roupas brancas, macas, camas, injeções, remédios, bisturis, enfermeiros, enfermeiras, médicos, cirurgias, sondas, dor, desesperança, tristeza, morte, e também cura, alívio, esperança, saúde e vida.

Observa-se que apesar da inserção de vários outros profissionais, quem vai ao hospital vai em busca de cuidados médicos, do profissional que lida com a doença orgânica. E o orgânico doente não parece vir ao hospital com seus significados e simbolismos, apesar de na mente o hospital potencialmente ter o seu lugar simbólico, para quem o imagina ou vai até ele. Gera-se um grande paradoxo: o paciente chega ao hospital com suas representações que incluem a doença, mas a instituição o recebe sem elas, apenas o “corpo doente”. Numa visão pautada no modelo biomédico e, assim, como exposto por Simonetti (2004), fragmentado e positivista.

Conforme Winnicott (1975) é no *entre*, ou seja, no espaço potencial, que o sujeito cria

a realidade e a si, criando-se também o imaginário e o simbólico, e assim negar a subjetividade é negar o sujeito, que na doença sofre em seus diversos modos. Mas o tratamento nesse modelo é bem claro: é para a doença. Como é então ter o rosto mutilado e não ser reconhecido, em sua existência, pelo outro que cuida? Na escuta da autora a esses pacientes, os mesmos referem principalmente a vergonha, considerando a indiferença uma reação a sua mutilação.

Assim, ainda conforme Tardivo (2008, p. 33), observa-se que a “tendência a ‘coisificar’ o paciente no hospital é muito grande e freqüente”, sendo comum a escuta de expressões como: “Vamos ver o leito x do quarto y; ou o tal leito parou, ou saiu, teve alta, foi transferido”, além do uso de linguagem específica ao campo profissional e discussões de caso diante do paciente “como se ele não estivesse ali”. Esse processo de despersonalização do paciente é observado também por outros autores, como Sebastiani (1984, apud Camon, 2006) e Ribeiro (1983, apud Simonetti, 2004, p. 98), que faz a seguinte colocação:

Sua patologia reconhecida e classificada precisa ser tratada.[...] Sua vontade é aplacada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito, seu mundo de relações rompido. Ele deixa de ser sujeito. É apenas um objeto da prática médico-hospitalar, tem suspensa a sua individualidade e se vê transformado em mais um caso a ser contabilizado.

Diante dessas colocações, reflete-se ser este um hospital não para o paciente, mas onde a doença possa ficar isolada, longe do convívio social e, assim, protegendo os supostos sadios. Talvez por isso desperte tanta resistência a implementação de práticas como a visita aberta aos pacientes. E, retrocedendo um pouco na história da saúde pública em nosso país, depara-se com o fato de ter sido apenas por volta da década de 80 que foi reconhecido o direito da criança ao acompanhamento contínuo de um familiar, quando da sua internação, o que sugere a existência de um processo de mudança, mesmo que os estudos acima falem também de realidades recentes.

Na atualidade, falar do hospital não se relaciona mais exclusivamente a um campo do saber médico, mas a uma equipe de saúde e um conhecimento multidisciplinar, o que supostamente amplia o olhar à saúde com vias a uma atenção com base na integralidade. A chegada da equipe multidisciplinar cria uma nova organização nas práticas de produção de saúde no hospital.

Esse contexto ainda é muito novo e, como bem observam Bruscato, Benedetti e Lopes (2004, p. 33), “ainda hoje, as instituições de saúde e mesmo a clientela mantêm internalizado o modelo biomédico”, o qual “está calcado nos princípios de causalidade linear, análise e

generalização, tendo como foco, o corpo, a doença, a lesão”.

A inclusão de diferentes categorias profissionais descentraliza o saber e democratiza as relações da equipe e desta com o paciente e sua família. Mas para que isto aconteça, cada profissional precisa esclarecer sobre o seu lugar na instituição e equipe de saúde. Moretto (2001, p. 104) faz uma interessante reflexão sobre a inserção do psicólogo no hospital, ilustrando a necessidade dessa discussão pelas diversas categorias profissionais:

Se o psicólogo é contratado para trabalhar numa instituição é porque ali ele tem um lugar reservado. A questão é que, na maioria das vezes, esse lugar que lhe é reservado é o de ajudante do médico, e se o psicólogo aceitar esse lugar, se colocar-se nessa posição, se “cair nessa armadilha”, ele não pode vir a se queixar depois, principalmente da falta de sala, já que ele próprio fez desaparecer o lugar que, apesar de distorcido, lhe havia sido aberto.

Não se trata, porém de uma guerra de poder entre saberes, mas de defender o olhar interdisciplinar e o desenvolvimento de um modelo que privilegie o paciente enquanto sujeito. Sem essa compreensão e discussão, cria-se apenas um aglomerado de profissionais e o sentido do existir se perde entre os profissionais, as equipes e os princípios que fundamentam suas velhas práticas cristalizam-se. Esta questão, em sua amplitude, precisaria reportar-se à formação desses profissionais e aos modelos em que esta se baseia. Mas aqui, reporta-se a reconhecer o paciente no hospital, acolhê-lo percebendo que ele existe além da sua doença, sendo esta função co-responsável da equipe de saúde interdisciplinar.

A sustentação na dinâmica hospitalar envolve, então, o potencial criativo para lidar com suas fragilidades, criando no sistema estratégias que venham, na alteridade, produzir transformações concretas nas práticas de produção de saúde.

Os hospitais de tratamento ao câncer têm na Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005) as diretrizes e os dispositivos que procuram orientar o conjunto de ações necessárias para a atenção integral ao paciente com câncer, definindo a co-responsabilidade da saúde pública e sociedade civil no desenvolvimento das mesmas a fim de promover

a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos, proteger a vida, de forma a garantir a equidade e a autonomia de indivíduos e coletividade; Organizar uma linha de cuidados que perpassasse todos os níveis de atenção e de atendimento, garantindo acesso e atendimento integral; Ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência; Qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização; Incentivar a pesquisa na atenção oncológica (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção Oncológica (BRASIL, 2005), então, procura dar esse contorno aos cuidados a pacientes com câncer e aos hospitais oncológicos, preconizando que

ações devem ser realizadas para que esta grande rede não se rompa, pelo menos não tão facilmente, e que o paciente não deixe de ter suas necessidades de tratamento atendidas. Rede esta que precisa ser discutida e implementada no dia-a-dia, na conquista da maturidade para, que suas unidades responsáveis, como o hospital, possam cuidar de si e do outro, sempre na articulação de um tecido mais amplo e tendo como eixo norteador a integralidade e a humanização.

CAPÍTULO 4 – A HUMANIZAÇÃO COMO UM OLHAR DE SUSTENTAÇÃO AO SUJEITO

A humanização surge no cenário nacional, discutindo os ideais estéticos, éticos e políticos da saúde pública no país levando-se em conta uma realidade já posta de modelos em que o saber médico e tecnológico passa a ser os mediadores no contato com os pacientes, associado a práticas hegemônicas de gestão, numa organização hierarquizada e autoritária dos serviços. A atenção centraliza-se, assim na produtividade e perde-se o foco no cuidado ao paciente e nas experiências produzidas no dia-a-dia dos trabalhadores da saúde, e na construção coletiva do sistema de único de saúde - SUS, contrariando os ideais revolucionários e democráticos nos quais foi criado.

Produz-se dessa forma um distanciamento entre a atenção e gestão, e, equipe de saúde e paciente. Segundo Rios (2009) a humanização vem com seus princípios e diretrizes trazer a sustentação para o desenvolvimento de práticas de saúde que valorize o sujeito em sua subjetividade, história de vida e cidadania, numa compreensão ampliada da vida humana.

Tal atitude pressupõe a consciência de que todos nós estamos imersos nesse universo histórico de representações da vida, do prazer, do sofrimento, da morte, no qual se armam encruzilhadas que, para alguns, é a captura para a doença. Os vários discursos na instituição constituem-se da sobreposição do sujeito psíquico (que comporta a dimensão de cada história pessoal) no sujeito institucional (lugar de representação, de imagens culturais, de papel social). Recuperar o lugar dessas duas dimensões é a perspectiva da humanização (p. 35).

As propostas de Humanização fazem parte da história da humanidade, se contrapondo aos movimentos escravagistas, de grandes guerras, conflitos de classe e dominação sócio-econômica. Desde 1960, através do Movimento Feminista, esta discussão ampliou-se para o âmbito da saúde, com a reivindicação de um olhar e ações que levassem em conta as características da mulher enquanto gênero nas suas diferenças e peculiaridades. Concomitantemente, iniciou-se no mundo um grande movimento antimanicomial, combatendo o modelo hospitalocêntrico, a medicalização excessiva e as técnicas

desrespeitosas e antiéticas no tratamento dos pacientes com transtornos mentais, proporcionando, também, reflexões e mudanças relevantes na atenção a estes pacientes, o que se intensificou na década de 70, em nosso país, culminando na década de 80 com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Minayo (2006), abordando “o humanismo que se deseja para o século XXI”, ressalta a existência de uma “tripla ética” diagnosticada já nos anos 70 por Boltanski em sua obra “As Classes Sociais e o Corpo” (1979). A primeira estabelece-se como “o cuidado desinteressado ao enfermo”, pautado nos sentimentos religiosos e movimentos assistencialistas; a segunda refere-se ao “corpo humano como objeto de estudo”; e finalmente, a terceira como a do “negócio”, inerente aos valores agregados ao ato médico. Os dois últimos ângulos desta ética no mundo capitalista são extremamente valorizados pela sua elevada produtividade tecnológica, geração de grandes negócios e altos lucros aquecendo os interesses econômicos, sendo que estes resultados servem de forma segmentada principalmente às pessoas abastadas e pagantes de um sistema particular e em menor proporção aos usuários dos planos e contratos de saúde que se vêem confrontados com as dificuldades em arcar com os altos custos do tratamento e as restrições impostas por estes serviços.

Em nosso país, com a Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde - SUS, possibilitando o acesso à saúde para todos brasileiros, considerado um marco revolucionário de profundas transformações paradigmáticas no cenário nacional, haja vista que, até então, apenas os trabalhadores regidos pela CLT, através do extinto Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social - INAMPS, tinham direito à saúde pública. O SUS estabeleceu-se, provando mais uma vez e registrando historicamente a capacidade criativa, inventiva e transformadora do ser humano, tornando possível o considerado por tantos séculos como impossível, impossibilidade esta amarrada, na maioria das vezes, pela ausência do desejo e o aprisionamento em valores hegemônicos e de dominação.

O SUS tem como princípios básicos: a universalidade – sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado prover à atenção a saúde; a integralidade – a atenção à saúde deve levar em conta tanto as necessidades preventivas como curativas e dos sujeitos e coletividades nas suas especificidades e diferenças, mesmo quando minoritários em relação ao total da população; a equidade – o desafio permanente em reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no país, favorecendo a igualdade de oportunidade a todos no uso do SUS; a participação e o controle social – a participação da comunidade através da formação de conselhos de saúde e da realização das conferências de saúde; a regionalização e a

hierarquização da rede – possibilitando a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS em todas as regiões, através da organização, união e parcerias entre municípios ou, quiçá, entre os estados, e a organização da atenção em níveis de complexidade, estruturando e fortalecendo a rede de referência e contra-referência entre os serviços, otimizando o fluxo e o acesso de todos; a descentralização na saúde – a qual existe de várias formas, sendo a sistemática fundo a fundo considerada a mais eficiente e consonante com os princípios do SUS, pelo investimento na municipalização da saúde e os resultados favoráveis decorrentes deste processo (BRASIL, 2000).

Com o seu desenvolvimento, o SUS conseguiu ampliar sua área de abrangência e atenção, mas apresenta grandes dificuldades na qualidade da atenção prestada, tanto no que tange aos seus serviços como no relacionamento, onde usuários e trabalhadores são depreciados em sua subjetividade e direitos. Mesmo com as garantias constitucionais e princípios baseados nos direitos humanos e cidadania, a realidade do SUS, segundo reflexão de Minayo (2006, p. 28), ainda é:

[...] restritiva e cheia de pré-condições [...]. O que todo brasileiro vê, ouve e experimenta, cotidianamente, é uma demanda considerada excessiva e escassamente atendida quanto aos serviços ofertados [...]. Cria-se, assim, um imenso descompasso entre a proposta constitucional e a realidade vivida.

O termo “humanização” começou a ser utilizado com frequência na saúde, influenciando projetos e programas junto à mulher e à criança, principalmente em UTIs neonatais, no respeito aos direitos reprodutivos da mulher, na humanização do parto, na maternidade segura, no método canguru. Mas, em maio de 2000, com a regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH, esta perspectiva ampliou-se para toda a rede hospitalar do SUS, dando maior legitimação à temática da humanização. O PNHAH tinha como objetivo aprimorar as relações entre usuários/profissionais e entre hospital e comunidade.

Visando garantir o bom funcionamento do SUS, melhorando a qualidade dos serviços e sua eficácia, o PNHAH procurou incentivar e articular programas e projetos desenvolvidos nas diversas instituições hospitalares que favorecessem a construção de uma rede, de uma cultura de humanização através da comunicação permanente, tendo como regra “a educação continuada, o diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a solidariedade” (BRASIL, 2002).

Em 2003, constituiu-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde – PNH, com a concepção de que a humanização não pode ser considerada apenas

como um programa a ser desenvolvido em diversos serviços e principalmente no segmento hospitalar, mas como “dimensão fundamental” inerente ao SUS, presente em todas as suas ações, operando assim de forma transversal. Neste modelo, faz-se necessário, também, refletir e definir quais os sentidos e perspectivas norteadoras quando se propõe a humanização do sistema de saúde.

4.1 - Humanização da Atenção em Saúde

O debate em torno da humanização da atenção à saúde, além de necessário, facilita o entendimento desta proposta, ajudando a esclarecer que não se tratam neste campo de atitudes humanitárias, filantrópicas, que se traduzem de forma banal em um “favor”, desrespeitando desta forma um direito constitucional e de cidadania do povo brasileiro (BRASIL, 2004).

Vale ressaltar, também, que tematizar a humanização na saúde não implica em definirmos os seres em humanos numa perspectiva idealista de seres perfeitos e completos ou, ao contrário destes, o que não coincide e não é encontrado em nenhuma figura existente na realidade (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Estas perspectivas concorrem, assim, para o risco de estabelecermos padrões cada vez mais excludentes e estigmatizantes, deformando a proposta em seu movimento de inclusão participativa.

Nós, humanos, somos seres de relações, nascemos no desamparo, precisamos do cuidado de um outro para sobrevivermos. É na relação com o outro que nos constituímos humanos, para sermos paradoxalmente autônomos e dependentes uns dos outros, enquanto sujeito e grupos sociais. Mas, neste mesmo processo de construção de vida humana, muitas vezes perdemos de vista princípios básicos para nossa realização e bem-estar enquanto indivíduos e coletividade.

Durante o século XX, predominou na saúde pública uma racionalidade científica e um desenvolvimento tecnológico que, apesar das suas consequências positivas na rapidez, eficácia e eficiência do diagnóstico e das intervenções terapêuticas e das melhorias no prognóstico e sobrevida dos pacientes, por um outro, lado trouxe aspectos negativos, como a fragmentação excessiva dos saberes e a segmentação dos pacientes, o alto custo do tratamento e a desatenção com o paciente em sua subjetividade e realidade psicossocial (AYRES, 2006). Como diz Ayres (2006, p. 66): “é como se a terapêutica estivesse perdendo o elo entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticas que os originam e justificam”.

O homem moderno vive num mundo dominado pela tecnologia e pela informação, aprisionado à ilusão de autoconstruir-se e da completude. Instala-se no individualismo,

centrado em si e no seu trabalho, investe menos na convivência, distancia-se de quem está ao seu lado, “do cotidiano em família, da vida entre amigos e sem perceber as relações interpessoais como a fonte de vida e a interação entre os homens como forma de contribuir para o crescimento da humanidade” (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 280). Fragmentado em si mesmo, em seu meio ambiente e na sociedade, aliena-se da natureza e dos seus companheiros humanos e diminui-se na sua condição humana.

Estes valores favorecem realidades absurdamente contrastantes no planeta, pois apesar de todo o conhecimento científico produzido pelo homem moderno, o desrespeito aos direitos humanos e à vida ainda promove a desigualdade e a injustiça social a uma grande parcela dos habitantes da terra, enquanto o desenvolvimento e a qualidade de vida só se constroem em coletivos, na dimensão pública e universal.

Deslandes (2006), na sua reflexão sobre o texto da socióloga Jan Howard (1975), importante estudiosa da sociologia médica, coloca-nos que a mesma identificava, em sua abordagem sobre o cuidado, diversos problemas no campo da saúde desde então, e que até hoje são bastante atuais e provocadores de grandes debates.

Encontra-se, dentre estes problemas e limites, a atribuição de status e hierarquias de “mais” ou “menos valor” às pessoas num dado sistema social. Este sistema de valorização cria estigmas e formas de tratamento “coisificantes”, discriminando aquelas consideradas “pessoa de menos valor”, podendo também disponibilizar um cuidado inferior e de menor qualidade a elas. “Pessoas sem escolha” é um valor amplamente internalizado em países como o Brasil, que têm uma história de colonização e sistemas ditatoriais, e onde o exercício da democracia do direito a voto é inferior a três décadas. Este valor reflete no sistema de saúde, comprometendo a participação e a responsabilização de seus diversos sujeitos nos diferentes âmbitos do sistema, fortalecendo relações hegemônicas e o processo de dominação.

Foucault (1996) teoriza que o poder forma o saber, e que todo o saber é dotado de poder. Quem procura o sistema de saúde está em busca de um saber. Estabelecem-se assim, na produção de saúde, relações de poder, sobre as quais os profissionais precisam refletir e se dar conta. Produzir saúde é produzir sujeitos, e a forma como se desenvolve a atenção, o cuidado e o exercício do poder inerente ao saber de cada profissional pode ser facilitador ou não deste processo. Chamando atenção para a responsabilidade dos trabalhadores na construção dos modelos de saúde, Ayres (2006, p. 67-68) observa:

Ora, se tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas, então temos que pensar que nós, profissionais da saúde, estamos construindo

mediações, estamos escolhendo dentro de certas possibilidades o que devem querer, ser e fazer aqueles a quem assistimos – e nós próprios. [...] Contudo, ninguém pode subtrair a esse mesmo indivíduo ou comunidade a palavra última sobre suas necessidades.

As subjetividades precisam ser respeitadas; as pessoas têm a sua história, cultura, desejos e projetos de vida, e como sujeitos são dotados de um saber, são protagonistas e têm autonomia para fazer suas escolhas e tomar decisões. É importante que os saberes não sobrepujem uns aos outros e que se estabeleça a escuta, a troca e/ou o conflito, pois o conhecimento em saúde “é vivo”, só podendo se construir na relação.

Felizmente, num processo dialético e paradoxal, também se estabelecem movimentos que contrariam o processo de dicotomização, isolamento, dominação e fragmentação que, como referido acima, foi exacerbado ao longo da nossa história pelo caos das guerras, da miséria, da fome, da exclusão, da discriminação, do preconceito e das várias formas de violência. A humanidade redescobre o universo como uma rede dinâmica de eventos inter-relacionados, onde nenhuma parte é mais fundamental que as outras, num respeito às coletividades e às diferenças. Busca-se um olhar integral, enfocando paradigmas como o da cooperação, solidariedade, conservação, parceria e qualidade.

Na Integralidade, segundo Barembliitt (2002), trabalha-se com o sentido do respeito e de assegurar que a todos seja dado o acesso ao que precisam segundo suas necessidades, e a cada um as condições para desenvolver e exercitar suas capacidades.

Na construção da Saúde Pública, tendo como norte a humanização, faz-se necessário um movimento contínuo e de relação com os outros num espaço aberto de convivência com as diferentes realidades, num processo de transformação e reconstrução de si, do outro e dos espaços coletivos e de grupalidade, reinventando os modos de fazer saúde.

A Humanização atravessa o SUS mesmo antes de ter sido criada, pois é com base em seus valores que a sociedade brasileira sustenta o seu desejo em garantir a saúde como direito de todos. Mas, ao longo de seus vinte anos, depara-se com vários desafios, como os descritos na cartilha da PNH (BRASIL, 2008, p. 14-15-16), que exigem constantes reflexões e o desenvolvimento de ações na busca de superação dos mesmos:

A qualificação da co-gestão; a superação da segmentação do cuidado; o isolamento dos serviços em níveis de atenção; a atenção básica fortalecida e ordenadora das redes de cuidado em saúde; superar a disputa de recursos entre os entes federados, para a afirmação da contratação de co-responsabilidades sanitárias; a superação do entendimento de saúde como ausência de doença; a garantia de recursos suficientes para o financiamento do SUS; superar a fragmentação dos processos de trabalho e das relações entre os profissionais; a valorização e a inclusão dos trabalhadores e usuários na produção de saúde; e incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão

e de atenção os direitos dos usuários.

4.2 - Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde

Em maio de 2000, foi regulamentado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar- PNHAH pelo Ministério da Saúde. A humanização passou a ser tematizada e foi incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde deste mesmo ano (DESLANDES, 2006).

Porém, o PNHAH, apesar de objetivar a construção de uma cultura de humanização, como um programa tinha um caráter fragmentado, com projetos e atividades estabelecidas e organizadas na maioria das vezes de forma vertical que atendiam apenas a área hospitalar. Este modelo contraria e banaliza o tema da humanização nos moldes em que se fundamenta e se constitui o SUS, tratando-se de um problema teórico-prático a ser resolvido. Problema que, segundo os importantes pensadores que participaram da criação da Política Nacional de Humanização - PNH, como Benevides e Passos (2005), exigiria uma redefinição do conceito de humanização para que o mesmo estivesse consonante com o modelo de construção de uma “política pública e transversal de humanização da/na saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

É relevante um PNH que não se estabeleça apenas como modismo, mantendo-se apenas como proposta, mas que urge em se estabelecer como um processo contínuo de construção, respeitando as subjetividades, os protagonismos, na busca do diálogo e da realização de ações que venham concretamente possibilitar mudanças nas relações entre os diversos atores da rede SUS e serviços, propiciando continuamente bem-estar e qualidade de vida àquele que deles se beneficiam, numa perspectiva inovadora da realidade. Construir uma Política é muito mais que teorizar, promover discussões e articular-se com a coletividade e diversos segmentos sociais; é, principalmente possibilitar o fazer, o realizar, “articulando o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade” (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Ainda segundo os autores (2005, p.563):

A humanização se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Investíamos na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, retomando a perspectiva de rede descentralizada e co-responsável que está na base do SUS. Uma rede comprometida com a defesa da vida, rede humanizada porque construindo permanente e solidariamente laços de cidadania.

Neste sistema de redes, procura-se desenvolver modos de operar em conjunto, de

acordo com os modelos de coletivos e co-gestão, os quais traduzem os princípios da política de humanização. Modelos que exigem profundas mudanças paradigmáticas e práticas na saúde, contrariando aqueles arraigados historicamente e que priorizam o controle e a verticalização, pois propõem a criação de espaços para a participação de todos que constituem o SUS. Gestores, trabalhadores e usuários adotam uma discussão mais ampla dos planos de ação, dos projetos, dos métodos avaliativos, propostos com todos aqueles que serão atingidos pelos mesmos, fortalecendo o compromisso e a capacidade de atuação e resolubilidade dos diversos sujeitos sobre si mesmo e sobre o mundo da vida (CAMPOS, 2007).

Ainda numa referência a este autor, é fundamental esclarecer que a PNH (BRASIL, 2004) define a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso, e, como tal, é no estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários e no respeito aos seus direitos que os espaços de encontro, reconhecimento dos diversos saberes, diferentes desejos e necessidades se constroem.

Os profissionais da área da saúde parecem organizar-se em torno de saberes específicos a sua formação e não estabelecem objetivos comuns para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Sendo assim, faz-se necessária a garantia de espaços efetivos de troca e a construção de um saber interdisciplinar com práticas complementares, acolhedoras, incentivando a participação de todos na produção de saúde, tendo como resultados a realização pessoal e profissional do trabalhador e um tratamento digno ao usuário.

No documento da PNH (BRASIL, 2004), é observado que a mesma atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, sendo consolidada pela pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal do SUS, devendo ser fundamentalmente o eixo articulador de todas as demais políticas de saúde pública.

A política de Humanização tem como princípio básico a transversalidade, mas para construir-se transversal precisa, também, operar desta forma, em coletivos, numa abertura às diversas realidades e disponível a que outras propostas e experiências possam ser discutidas e agregadas aos seus constructos. O campo da humanização se fará pela interseção, articulação e integração das várias políticas de saúde, colocando-se a Política Nacional de Humanização como núcleo de saber e de competências fundadores da implementação da política de humanização, construindo metodologias de trabalho para a sua implantação nos diversos âmbitos da rede SUS (Ibid.).

Desta forma, a PNH (Ibid.) compreende a humanização como: o fortalecimento social, a democratização das relações, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo

de produção de saúde, o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão. Defende valores como a construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão, o compromisso com a democratização das relações de trabalho e a valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente e a indissociabilidade entre atenção e gestão.

A política procura estabelecer um conjunto de estratégias baseados em possibilidades e experiências concretas para alcançar a qualidade da atenção e da gestão de saúde, buscando desenvolver atitudes de acordo com os seguintes princípios: Ético, tomando a defesa da vida como eixo de suas ações; Estético, porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida; Polis - políticas, porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam e que o mundo se faz (Ibid.).

No entanto, é preciso fomentar a política, colocá-la em movimento, disseminar seus princípios e tecnologias, sendo criados, para tal, dispositivos, os quais são entendidos como a atualização das diretrizes em arranjos de processos de trabalho (BRASIL, 2008). Estes foram desenvolvidos nas práticas de produção de saúde, para o fortalecimento de redes e promoção das mudanças preconizadas pela PNH nos modelos de atenção e de gestão e resumem-se em (Ibid., p. 26-27): - Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); - Colegiado Gestor; - Contrato de Gestão; - Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.; - Visita Aberta e Direito à Acompanhante; - Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); - Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; - Projetos Co-Geridos de Ambiência; - Acolhimento com Classificação de Riscos; - Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; - Projeto Memória do SUS que dá certo.

Como um dispositivo que pode ser instituído em qualquer instância do SUS, seja da assistência ou da gestão, o Grupo de Trabalho de Humanização – GTH é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático que se destina a empreender uma política institucional de humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais da instituição.

O trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades subjetivas, provoca novas articulações e a possibilidade de implementar propostas coletivamente, com a

participação de trabalhadores, gestores e usuários, ou seja, de todos os implicados na construção de ações humanizadoras. Os gestores que se envolvem no GTH demonstram a prioridade da humanização no plano de governo.

Os GTHs possibilitam um momento de reflexão coletiva, respeitando o direito de fala e escuta dos sujeitos envolvidos, sobre o cotidiano de trabalho, suas dificuldades e possibilidades, suas insatisfações, desabafos, críticas, sugestões e propostas de transformação no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão. Nestes grupos, as pessoas se aproximam, os vínculos se formam e se transformam, podendo haver um estreitamento dos mesmos, favorecendo o compartilhamento das tensões, assim como a negociação de propostas inovadoras para a melhoria dos serviços, provocando a saída de posições de comodismo e a paralisação na queixa e no sofrimento pelos diversos sujeitos envolvidos no processo de atenção a saúde (BRASIL, 2006). Campos (2007, p. 353) afirma que:

Todos somos, em algum grau, “trabalhadores funcionais” à organização, às necessidades e aos interesses dos outros, sejam usuários ou colegas de equipe. E isto provoca mal-estar, sintomas; ou seja, exige formação de compromisso (Freud) ou o estabelecimento de contrato social com outros (Rousseau e vários autores de ciência política). A formação de compromisso e contrato evita a guerra de todos contra todos e assegura a possibilidade de convivência e de se trabalhar em prol de algum propósito.

Estes grupos podem estar planejando e deliberando conjuntamente com os gestores e usuários os planos de implementação da PNH em suas instituições e num plano macro integrando os colegiados de humanização estadual e federal. Além do planejamento, o GTH pode desenvolver ações práticas, pesquisas e produção de conhecimento, operando como um núcleo de saber fundamentador de disseminação da PNH, com propostas que possam melhorar qualidade do atendimento e do acolhimento, diminuir o tempo de espera, propiciar a resolução de problemas das áreas de apoio, aumentar a participação dos trabalhadores e usuários nos processos de tomada de decisão, aumentando assim o grau de satisfação dos mesmos.

Num movimento de experiências concretas que envolvem sujeitos concretos que se transformam em sintonia com as transformações das próprias práticas de saúde, “o GTH pode ser entendido como um espaço vivo de leitura e ação do SUS, atuando como um motor que ‘faz pensar’, que ‘faz propor’, em cada serviço, em cada instância gestora, qual é o SUS de todos e para todos que queremos construir” (BRASIL, 2006, p. 15). Pode-se refletir sobre esta questão enfocando a própria política em que a humanização se estabelece como um eixo

norteador e fundamental na realização concreta de um “SUS que dá certo”.

Na implementação da PNH para a proposição das suas diretrizes e o planejamento coletivo de suas ações, é preciso realizar um diagnóstico situacional, mapeando os possíveis programas, projetos e ações de humanização existentes na instituição e a compreensão das concepções de humanização dos trabalhadores e o seu envolvimento neste processo. Propor uma política que envolve a proposição e a adoção de mudanças e transformações, muitas vezes profundas, dependendo dos valores de cada sujeito, não é simples e faz-se necessário conhecer o contexto e de que forma os trabalhadores estão inseridos e envolvidos na humanização de suas práticas de saúde, para que se possa estabelecer estratégias iniciais de implementação coerentes com a realidade institucional. De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004, p. 47), “vale ressaltar que o momento do diagnóstico não é estanque, isto porque, freqüentemente, é acompanhado, naturalmente, por um início de intervenção”.

Para realização do diagnóstico quando utilizada a pesquisa, dependendo dos seus métodos, poderá, na sua realização, fomentar a reflexão dos trabalhadores sobre a humanização e da relevância da sua participação na construção deste processo, para que ações concretas possam ser produzidas e os dispositivos da PNH, como o GTH, colocados em movimento.

A PNH, com suas diretrizes e dispositivos, mobiliza o cotidiano dos hospitais de forma que o olhar ao paciente e seus familiares seja de reconhecimento a sua existência, ou seja, todo o seu processo de construção vai de encontro as necessidades do paciente, construindo um ambiente suficientemente bom.

O hospital, como unidade da rede SUS, é co-responsável em prover os recursos necessários a todos os envolvidos nas relações de cuidado. Cuidado que envolve um olhar ampliado e que se constrói nas relações no dia-a-dia.

Assim, propõe nas práticas de produção de saúde a construção de um *holding*, em defesa da vida, dando sustentação ao paciente que vem em busca de cuidados. Como coloca Winnicott na sua teorização, a vida precisa ser defendida desde o nascimento, o que ocorre sempre na relação com o outro. Nessa concepção, defender não é favorecer a dependência, mas a participação de todos na construção da rede de assistência. A PNH olha o sujeito reconhecendo-o em sua cidadania, exercendo na pólis o direito de existir. E, como eixo norteador, propõe o reconhecimento do outro em sua diferença, o que envolve discussão e mudança de paradigmas. O *holding* acolhe, dá continência para que o paciente possa se reintegrar e, na sua potencialidade, criar e dar sentidos ao próprio adoecimento.

Face ao exposto, compreendemos que as ações voltadas ao holding estão de acordo com a proposta da PNH em sua essência, considerando que Winnicott (1975) denominou de *holding* (ou de sustentação) a tudo que, no ambiente, possibilite a pessoa uma a experiência de uma continuidade, destacando uma constância tanto física quanto psíquica, que exercida continuamente favorece a integração interna facilitadora da compreensão dos acontecimentos vividos.

CAPÍTULO 5 - O ROSTO DEFORMADO EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER: DISCUTINDO OS ESPAÇOS DE CUIDADOS E A SUSTENTAÇÃO NECESSÁRIA À INTEGRAÇÃO

O adoecimento de um câncer é sempre uma constatação que envolve sofrimento e medo, pois defronta o sujeito com uma realidade que em seu imaginário geralmente está relacionada a dor e morte. Tais representações foram e são construídas na história clínica e sócio-cultural da própria doença, pela sua evolução e difícil tratamento, apesar dos avanços obtidos na atualidade e da possibilidade de controle e cura relacionados quase sempre a um diagnóstico precoce - o que não condiz com a realidade dos pacientes, principalmente os proveniente dos municípios do interior do Estado do Pará, haja vista que um percentual significativo obtém diagnóstico tardio da doença.

O diagnóstico precoce do câncer é fundamental não só pelo aumento do controle e cura da doença, mas também porque aumenta as chances do paciente ser submetido a tratamentos mais conservadores, reduzindo as possibilidades de maiores sequelas, como mutilação e perdas funcionais, minimizando interrupções significativas em sua vida familiar e social e possibilitando maior manutenção da sua capacidade produtiva (BRASIL; MANRIQUE, 2004).

De Oliveira (2008) ressalta a falta de desenvolvimento de políticas públicas de saúde inclusivas que promovam a equidade dos serviços, ocasionando que a atenção organize-se em torno das regiões de maior concentração econômica e municípios mais populosos, gerando um sistema de desigualdade entre regiões e intra-regional, o que tende a se agravar na região amazônica, em decorrência de sua diversidade, características e complexidade tecnogeográfica. O paciente já chega ao hospital vivenciando um processo de exclusão e não reconhecimento do seu direito a vida. Em outras regiões do país, também se observa que um percentual significativo dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço tem um diagnóstico

avançado da doença, colaborando para esta incidência a desinformação da população e o medo da doença, bem como a falta de políticas públicas de saúde que atendam as especificidades desta patologia (AMAR et al, 2002; SILVA, 2005; COSTA NETO; ARAÚJO, 2005)

Soma-se a esse o fato de que a vivência de um diagnóstico de uma doença crônica e grave confronta o paciente com uma realidade da qual este por si só não pode dar conta, pois precisa fundamentalmente do outro, detentor de um suposto saber, para interpretá-la, definindo seu diagnóstico, prognóstico, tratamento especializado e reabilitação. Uma dependência que é intensificada pelo baixo nível de informação e condições de pobreza em que vivem muitos dos que chegam às instituições públicas de Belém, e pelo fato de muitos destes pacientes serem egressos de outros municípios do Estado do Pará, o que determina um afastamento dos mesmos dos seus vínculos familiares, fragilizando-os ainda mais.

Winnicott (2006) preconizava em sua prática a necessidade de as equipes de saúde amadurecerem o seu olhar para a realidade subjetiva do paciente, levando em conta que em todo adoecimento orgânico, existe um sujeito que sofre na sua existência. Este adoecimento trata-se de um evento que produz interrupções e descontinuidade no viver. Na busca da cura, o paciente pode recorrer a estágios mais primitivos, como refere o autor: “numa situação de doença, e ao qual a regressão pode voltar, o objeto comporta-se de acordo com leis mágicas” (WINNICOTT, 2000, p. 228).

O adoecer de câncer, ao produzir no paciente esse processo de descontinuidade do ser, afeta-o em sua unidade e integração. Esta desorganização é sempre dolorosa e promotora de sofrimento, e nem sempre fácil de ser suportada sem o aporte de um outro que cuide, proporcionando-lhe o holding. Como afirma Tardivo (2008): “o adoecer é um acontecer humano que ocorre num nível psicológico de integração, maior ou menor, segundo as condições psíquicas, históricas e sociais de cada pessoa que adoecer”. O paciente sempre fala da sua doença a partir da sua estruturação psíquica e realidade cultural.

O olhar ao sujeito enquanto ser integral e o respeito a sua subjetividade encontram-se estabelecidos constitucionalmente nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1988). Contudo, a realidade que se impõe, a qual é constatada através dos noticiários e observada nas longas filas de espera, no baixo número de leitos, entre outros, revela um significativo distanciamento das práticas de saúde daquilo que é preconizado pelo sistema, não só pela má aplicabilidade dos recursos, como também em decorrência das dificuldades inerentes à formação e ao exercício profissional dos trabalhadores da saúde.

Este é um quadro que tem repercussões pelo país, como constatado em pesquisas realizadas em diversas regiões brasileiras, nas quais os resultados a partir de relatos de pacientes entrevistados apontam a demora de meses para conseguir marcar consulta, a longa via sacra enfrentada para obtenção do diagnóstico e a complexa tarefa dos profissionais para referenciar e contra-referenciar os serviços no sistema de saúde. Tal situação suscita sentimentos de indignação, pois o atendimento tardio foi percebido por esses pacientes como uma perda na possibilidade de sobrevivência e de ter maior qualidade de vida (PIRES et al., 2006; SILVA, 2005; SILVA, , 2008).

Neste sentido, ressalta-se a posição de Ayres (2006), que analisa que as ciências, com suas técnicas, parecem esquecer-se dos seres humanos que as construíram, que as manipulam e para os quais deveriam estar a serviço, e estabelecem-se muito mais como um instrumento de dominação, onde os sujeitos são desprovidos de sua subjetividade, história, projetos de vida e felicidade e reduzidos a sua doença, a qual deve ser resolvida e tratada de forma racional.

Desse modo é favorecido o paradoxo de que tratar a doença orgânica é fragmentar o sujeito e calar a sua fala. No entanto, observa-se que em praticamente todos os estudos realizados, independente de ser feita ou não alguma referência sobre as fragilidades do sistema em seu papel de prover uma atenção integral ao paciente, são apresentadas referências à relevância da equipe multiprofissional. Isto subentende a existência de um rompimento com velhos paradigmas e de um movimento interdisciplinar que privilegie uma clínica ampliada, como revela a observação significativa de uma pesquisa sobre saúde bucal e qualidade de vida do paciente com câncer de cabeça e pescoço:

É importante que a equipe oncológica multidisciplinar exerça um cuidado oncológico mais humanizado: ouvindo, orientando, adequando protocolos e amparando o enfermo e seus familiares. A formação de vínculos entre profissionais de saúde, pacientes e familiares auxilia no tratamento do câncer (BALDISSEROTTO, p. 137, 2009)

Quando se refere acima um movimento interdisciplinar, é por identificar ser este um processo de mudança coletivo e que necessita da mobilização e do envolvimento dos diversos profissionais, pois a prática clínica se diferencia em suas modalidades, objetivos e qualidade de escuta. O lugar do psicólogo não é o mesmo do médico, do enfermeiro, do fonoaudiólogo e dos demais profissionais, mas encontra-se em sua concepção básica na alteridade, em reconhecer o paciente em sua existência, não cabendo apenas ao psicólogo dar conta dessa escuta. No adoecimento, o paciente necessita de atenção e esta precisa ser disponibilizada por todos os membros da equipe, possibilitando um holding em que a sustentação dada o ampare

em sua dependência, na vivência real de uma doença que desconhece.

Moura (2003, p. 17), em sua investigação sobre a urgência psicológica no hospital, defendem que “para o médico ocupar o lugar do suposto saber e não de certeza saber, ele precisa saber não só sobre o que o seu diploma autoriza, mas também saber sobre o desejo de seu paciente”. Observação que se estende a todos os demais profissionais da equipe de saúde, incluindo também o psicólogo.

Saber do desejo do paciente exige a compreensão de que o mesmo é um sujeito que deve ser atendido de forma interdisciplinar e, assim, só é possível de ser analisado em sua complexidade, no contexto da saúde, sob óticas diversas. No desenvolvimento de um olhar integral ao paciente, a equipe precisa aprender a dialogar com seus múltiplos saberes, numa visão ampliada de saúde (CAPONERO & GIMENES, 1997). Em uma clínica ampliada, a atenção vai além dos aspectos orgânicos e inclui as repercussões psíquicas, sociais, profissionais, econômicas, modificações fisiológicas e necessidades de reabilitação, entre outras.

O olhar integral permite à equipe reconhecer o paciente como alguém com nome, história de vida, valores culturais e vínculos afetivos, minimizando o processo de despersonalização tão freqüente na hospitalização. A equipe deixa de identificar o paciente pela sua doença ou número de leito, chamando-o pelo nome e, sempre que necessário, dialogando e explicando os procedimentos a serem realizados, incluindo o paciente e sua família como participantes do tratamento e compreendendo que no corpo acometido pela doença habita um sujeito.

Ainda sobre esse olhar, pode-se destacar o fato de que muitos procedimentos, no hospital, têm características invasivas. Desse modo, quando a equipe os realiza, manipulando o corpo do paciente sem a sua autorização e indiferente a sua existência, o que era invasivo passa a ser também abusivo. E, neste caso, o procedimento, por mais correto que seja, não passa de um “ato com perfeição mecânica”, conforme define Winnicott (1968, p. 87). Não se estabelece uma comunicação que produz uma relação de confiança, pois não se encontra “assentada sobre o fato de existir ali um ser humano que se preocupa” (Ibid.) com o paciente.

Winnicott (1960) enfatiza que a mãe se relaciona com o seu bebê como um ser humano, mesmo quando este ainda não tem condições de ter essa consciência. Esta é uma conquista do ser humano, e, independente do estado do paciente, de seu nível de consciência e até mesmo em sua morte, a equipe não tem o direito de vê-lo diferente e de desrespeitá-lo na sua origem.

É importante ainda observar que muitos hospitais ainda não dispõem, na equipe da clínica de cabeça e pescoço, de profissionais como fonoaudiólogo, psicólogo, odontólogo, cirurgião plástico, fisioterapeuta e protético acompanhando este paciente desde a sua inclusão na instituição. A assistência integral em saúde e a necessidade de um ambiente facilitador exigem a inclusão destes nas equipes que prestam cuidados, considerando que a falta dos mesmos favorece a fragmentação e o não atendimento das diferentes necessidades do paciente.

Prover no hospital um ambiente suficientemente bom, com uma equipe interdisciplinar que possa atender o paciente em suas necessidades, nas diversas fases do tratamento, terá influências significativas para a elaboração do luto pela perda do rosto e para a reintegração de sua unidade corporal.

5.1 - A chegada do paciente ao hospital: a comunicação do diagnóstico e da cirurgia

O diagnóstico ou confirmação do mesmo, quando é possível defini-lo, é o momento em que o paciente obtém uma resposta sobre a causa dos seus sintomas e sinais de adoecimento, podendo estabelecer o início de uma nova fase em sua vida, de intervenções clínicas e tratamentos, com experiências que demarcam para ele um antes e um depois da doença. Mas, se o diagnóstico fala da doença para o paciente, para os outros membros da equipe sugere outros focos de atenção e cuidado.

Quando chega ao hospital, o paciente traz um pedido de ajuda, para algo que em suas expectativas vai encontrar respostas. Nos hospitais oncológicos, por uma normalização do próprio SUS relativa aos serviços de alta complexidade, os pacientes já chegam com um diagnóstico prévio de câncer ou uma hipótese a esclarecer através de exames mais especializados. Podem ocorrer fantasias de que neste espaço ele vai encontrar a cura ou alívio de todas as suas dores físicas ou psíquicas, como também a de que a equipe de saúde que nele se encontra tem o poder de fazê-lo, independente da gravidade do caso ou do estágio da doença.

Mas a chegada ao hospital nem sempre traz apenas expectativas positivas, e no paciente com diagnóstico de câncer pode vir carregada de representações em relação à doença e ao próprio hospital, como referências estigmatizadas de que “todos que recebem este diagnóstico morrem”, “neste hospital ninguém se salva”, “é só uma questão de tempo” ou “o tratamento provoca reações adversas e seqüelas”. Estas representações, são observadas também nos estudos de Pires et al. (2006) e Barbosa et al. (2004) que apresentam alguns

relatos de pacientes referindo-se ao momento do diagnóstico: “quando a gente ouve falar em câncer a gente já associa com morte” ou então “achava que iria morrer, afinal quem é que se cura tendo câncer?”. Vozes essas também identificadas pela autora no acompanhamento aos pacientes com câncer de cabeça e pescoço.

Fantasias e realidades que, acrescidas de outros fatores, podem influenciar desde o início no que se refere ao investimento e participação do paciente em seu tratamento, principalmente se existe dificuldade na comunicação entre a equipe e paciente. Por outro lado, nem sempre o diagnóstico é comunicado previamente ou o paciente foi pouco esclarecido sobre o mesmo, havendo a necessidade de que estes aspectos sejam observados de imediato pelo profissional que realiza o primeiro atendimento, assim como quando é realizada a comunicação do tratamento indicado. Segundo Caponero & Gimenes (1997), vários estudos demonstram que a má informação do diagnóstico gera falta de compreensão e interpretações errôneas, assim como o aumento de ansiedade do paciente.

O adoecimento em si configura-se normalmente como uma ameaça à vida e expõe o sujeito em sua fragilidade e incompletude tanto para si como para o outro, podendo desencadear sentimentos de perda e crise. Diante da impossibilidade de controle do surgimento da doença, o paciente esbarra em seus limites. A sensação de perda de controle comumente desencadeia um estado de alerta, pelo perigo real e imaginário que a doença pode representar (MOURA, 2003).

Os significados e reações desencadeados pela comunicação do diagnóstico de câncer e terapêutica necessária não podem ser desconsiderados pelos profissionais que cuidam do paciente. Todo o processo de elaboração e significação desta nova realidade vai depender também do ambiente suficientemente bom que o hospital possa lhe oferecer, reconhecendo-o na sua existência subjetiva e propiciando-lhe a sustentação e a provisão necessárias ao tratamento.

A retirada de um tumor maligno no rosto, de acordo com o seu estadiamento e dimensões impõe procedimentos cirúrgicos tão invasivos e mutiladores que o rosto pode se transmutar em outro, ficar em pedaços. Não comunicar estas possibilidades é, por parte do médico, uma submissão do paciente, consciente ou inconscientemente, ao seu desejo narcísico de “curar”. Para Gianini (2007, p. 10-11):

O médico tende a adotar uma atitude onipotente; há uma exigência implícita de dependência dos pacientes que se vê facilitada pela regressão a que conduz a própria doença. Mas, na medida em que se fomenta a dependência, incrementa-se também as exigências e as conseqüentes frustrações e ingratidões ou situações persecutórias que se deslocam aos pacientes entre si e com os profissionais de saúde.

É freqüente, quando da existência de um psicólogo na equipe, comparecer em sua escuta o desconhecimento e as dúvidas do paciente sobre o seu diagnóstico. Porém, como destaca Simonetti (2004, p. 33), “na Psicologia Hospitalar não diagnosticamos doenças, mas o que acontece com as pessoas relativamente à doença”.

O desconhecimento do paciente de seu diagnóstico e possíveis consequências cirúrgicas é uma situação que exige uma escuta atenta do psicólogo, pois o sofrimento pelo adoecimento e suas implicações levam o paciente a aceitar a cirurgia na perspectiva de eliminar a doença e afastar a ameaça de morte, acreditando que este procedimento tem o poder de lhe restituir a saúde que ora lhe falta (BARBOSA et al, p. 168, 2004) chama atenção para as sequelas implicadas numa cirurgia dessa natureza:

Em pacientes diagnosticados com câncer na região da cabeça e pescoço, [...], como consequência dos tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia), fica imposta frequentemente, a convivência com seqüelas estéticas, especialmente faciais, mutilações nervosas e musculares, que podem gerar perdas salivares, presença de sonda nasal e traqueostomia, além de modificações na fala e alimentação.

Em seu desejo de viver, mas alienado dos possíveis resultados da cirurgia, não só quanto às mutilações, mas se a mesma lhe possibilitará um controle da doença ou é apenas paliativa, pode ser negado ao paciente o direito de saber previamente sobre as possíveis perdas implicadas no tratamento e de, a partir do seu desejo, escolher o que considerar melhor para si. Manifesta-se, no entanto, em uma comunicação desta natureza, a necessidade de levar em conta as condições clínicas do paciente e seu estado psicológico, para definir se o mesmo está em condições de processá-la e qual o melhor momento.

No contexto hospitalar, é normalmente atribuída ao psicólogo a função de “trabalhar com o paciente” a adesão ao tratamento, o que parece ter se transformado num clichê. Do que se trata para a instituição e equipe de saúde a adesão ao tratamento? Esta é uma pergunta pertinente, pois inclui uma análise sobre as projeções da instituição e equipe de saúde na figura do psicólogo, tomando-se em conta que este pode estar ocupando o lugar de quem vai garantir a “harmonia do ambiente”, não exatamente na função de holding – o que também não seria exclusividade sua –, mas cuidando para que o paciente aceite passivamente as condutas indicadas sem questionar o tratamento, garantindo assim que a equipe faça o seu serviço sem ter que lidar com as angústias decorrentes e suas próprias limitações.

Diferente de levar o paciente à adesão, disponibilizar a escuta cria o espaço para que o paciente possa falar das angústias e fantasias, como enfatiza Simonetti (2004, p. 14-15): “O paciente apresenta para o psicólogo um mundo de informações: queixas, relatos, problemas,

sintomas, emoções, atuações, defesas, sua história de vida, seus projetos, desesperanças, dores físicas e psíquicas etc.”

Falando sobre estas questões, desmistificando o tratamento e fazendo suas ressignificações, o paciente poderá ou não aceitar o tratamento e compreender seus desejos e o que aquele pode supostamente lhe proporcionar, investindo-o de sentido. Quem sabe também encontre uma via de elaboração do luto decorrente das perdas que possam existir, ao definir a sua escolha. E, no caso de ser favorável à cirurgia, mesmo podendo lançar mão de alguns mecanismos de defesa, o rosto estranho que pode advir talvez já comece a encontrar no imaginário do paciente um lugar potencialmente simbólico, no vazio a ser deixado pelo rosto original.

O diagnóstico de câncer cria também uma urgência, decorrente da íntima relação do controle da doença com a precocidade do tratamento. Este é um dado com o qual o psicólogo esbarra no dia a dia de um hospital oncológico do SUS na região amazônica, pois entre o diagnóstico e a cirurgia para a retirada do tumor no rosto pode ocorrer um longo período de espera e, dependendo das características invasivas da doença, o corpo é sacrificado em seu real, a dor às vezes insuportável se apresenta, a possibilidade de tratamento se esvai e a indicação cirúrgica perde o seu efeito, pois o avanço da doença torna inoperável o tumor, fragilizando cada vez mais a tênue linha entre vida e morte.

Derzi (2003) nos fala que o hospital, por ser um espaço do inesperado, é palco de “trágicas histórias”. No entanto, não se pode conceber este excesso da saúde pública, talvez ancorado nos perversos processos de dominação que ainda permeiam as relações em nosso país, como algo a ser adicionado às tragédias pessoais do paciente e sua família. O “pânico” que os descasos na atenção à saúde suscita no paciente comparece em sua escuta, como uma urgência psicológica em que o extremo sofrimento gira em torno da incerteza do tratamento e da própria vida e o desamparo é quase absoluto.

Em contextos como este, a instituição não consegue atender as necessidades de tratamento do paciente, o holding oferecido é muito frágil ou não ocorre, não existindo uma identificação e um olhar que o reconheça como humano, sugerindo que a mesma encontra-se também adoecida. E, desta forma, a não provisão de um ambiente hospitalar que provenha os recursos para um tratamento adequado pode provocar na equipe, além de reações defensivas de indiferença, sentimentos de impotência e revolta, que continuamente precisam ser explicitados, compartilhados e avaliados, em favor de que sejam realizadas as mudanças.

A equipe precisa investir na clareza de sua posição, a de analisar o que lhe é

demandado. E ao psicólogo não cabe isoladamente a garantia de que o tratamento seja realizado, mas também não é sua função acalmar o paciente para que aceite passivamente a espera imposta pela instituição. Como ressalta Camon (2006, p. 22):

A precariedade da saúde da população é, sem dúvida alguma, um agravante que irá provocar posicionamentos contraditórios, e, na quase totalidade das vezes, irá exigir do psicólogo uma revisão de seus valores acadêmicos, pessoais e até mesmo sócio-políticos.

Sendo assim co-responsável, o psicólogo, através da sua escuta, pode dar o suporte necessário para este momento de profundo desamparo do paciente, de forma que o mesmo desenvolva recursos para se reconhecer em seu direito a ser tratado e a defender a própria vida. O desamparo no adulto é secundário, pois, diferente do bebê, o adulto responde a ele a partir da sua estrutura psíquica e maturidade alcançada.

No entanto, como nos primórdios do desenvolvimento, o paciente em seu adoecimento, quando não recebe da equipe um holding que lhe dê segurança, pode não reagir, ficando paralisado, confuso e imerso em fantasias paranóides, decorrentes da insegurança e do medo do desconhecido.

Dessa forma, regredido à dependência pela fragilidade do holding, cala-se diante da conduta indiferente da equipe e da instituição, numa possível ansiedade de aniquilamento, e assim coisifica-se, pelo receio do desamparo absoluto. No intuito de ilustrar essa discussão, cita-se abaixo o fragmento de um relato da pesquisa realizada sobre os “Sentimentos e vivências de pacientes portadores de câncer da laringe” de Pires et al. (2006, p. 62), em que o paciente expressa claramente a sua angústia quando engole a própria fala, suas dúvidas e seus medos diante da falta de acolhimento da equipe, e significa o seu não saber sobre o exame a ser realizado como uma grande tolice, restando-lhe apenas a submissão e reagir “tocando a vida”, não incomodando este outro (a equipe) com a sua existência:

“Eu estava lá, cheio de dúvidas e medos, no ambulatório para fazer a biópsia... achava que poderia morrer ou ficar muito mal... mas ninguém falava nada... Me aproximei de um dos pacientes e disse: é difícil não é amigo, a gente nem sabe direito o que vão fazer... ele me olhou e respondeu chateado: não adianta a gente ficar se queixando, o negócio é tocar a vida e não parar, eles não tem tempo para bobagens... fiquei me sentindo um tolo, um “guri”... engoli a saliva, fiz cara de forte, e toquei a vida”.

Questiona-se também, nesta realidade, a qualidade do olhar que é dada pela equipe de saúde ao paciente e família, haja vista a necessidade do sujeito de ser reconhecido em sua existência e a relevância do olhar do outro. Percebe-se então, levando em conta a teoria winnicottiana, que este é um exemplo típico de um “olhar vidro”, em que o paciente não

consegue se ver refletido, tendo apenas a sensação de que ali não há ninguém e o melhor é quem sabe esperar que exista um momento melhor.

É importante compreender que transmitir o diagnóstico “não se restringe a um único momento, mas a uma contínua interpretação dos significados do diagnóstico durante todo o tratamento” (CAPONERO & GIMENES, pág. 9). É um processo constante de informações e discussões que exige da equipe avaliar o momento indicado e a linguagem adequada que possibilite a compreensão do mesmo por parte de cada paciente.

A atitude da equipe em sua acolhida ao paciente e sua família no hospital e na comunicação do diagnóstico e do tratamento indicado é o anúncio do espaço relacional e do suporte com o qual o paciente poderá contar durante as outras fases de seu processo saúde-doença. A atenção às necessidades do paciente, seja de compreender esta nova realidade que se desvela a sua frente tendo na equipe uma ponte segura, ou de ser entendido em suas defesas de negação, revolta e barganha, é favorecida pela organização e maturidade da equipe de saúde em sua capacidade de adaptação às múltiplas realidades que se apresentam a cada novo paciente, a partir do ambiente institucional.

5.2- O pré-cirúrgico: prediz-se a deformação

O processo cirúrgico para retirada de um tumor no rosto, dependendo do seu estadiamento e localização, pode ser agressivo e muito invasivo, e a incisão não ser sentida apenas na cicatriz, mas na perda que ela configura, registrando o lugar aonde existia o rosto original. Neste caso, como observa Zecchin (2004), o corte cirúrgico pode ser para o sujeito um corte “em si mesmo”, o que faz lembrar de alguns pacientes que após a cirurgia mostram as cicatrizes no rosto, quase imperceptíveis ao olhar, falando da sua angústia e sofrimento com as alterações que elas produzem.

A relação do sujeito com o seu próprio rosto e representações para si e na relação com o outro, campo da alteridade, estão presentes na perda deste rosto, numa produção ativa de experiências que procuram fazer sentido na vida do sujeito. Todo processo cirúrgico, principalmente no rosto, precisa ser discutido amplamente com o paciente pela equipe de saúde e o esclarecimento precisa versar sobre as possíveis mutilações, perdas e/ou comprometimentos de funções como enxergar, mastigar, deglutir e outras.

Falar da cirurgia e de suas possíveis conseqüências, na sustentabilidade do holding oferecido pela equipe, cria para o paciente não só um campo de informações, mas de projeção

de suas fantasias num vislumbrar do que poderá ocorrer ao seu rosto. As conseqüências da cirurgia passam na medida de cada paciente a serem cogitadas e esperadas.

Saber da possibilidade de a cirurgia provocar mutilações no rosto do paciente, numa equipe que trata esta questão como um tabu, sem a ocorrência de uma elaboração interna do que este evento provoca em si, pode levar a mesma, como uma defesa, a não realizar esta comunicação ao paciente. Quando isto ocorre, o paciente fica absolutamente à mercê do desconhecimento e vulnerável ao trauma.

Sanches (2005. p. 39) define segundo Ferenczi (1992), o trauma “como uma comoção psíquica derivada de um choque, que anula o sentimento de si e é desestruturante, pois ocorre de forma repentina sem preparação” e sem um outro que possa mediar.

Para Freud, acontecimentos suficientemente grandes, violentos ou inesperados podem romper o escudo protetor do aparelho psíquico. Complementa esse autor que um ser humano traumatizado é aquele que foi esmagado por intenso desamparo durante um longo período de tempo, sendo que suas defesas contra a ansiedade falharam, ficando incapaz de funcionar e revelando sofrimento agudo (FREUD, 1926).

Segundo Volich (1999), a dor oriunda de uma lesão real remete a pessoa às suas experiências mais primitivas de desamparo. Também Rudge (2003, p. 111) destaca que eventos traumáticos ocorridos no presente tendem a ligar-se com eventos traumáticos do passado, referindo que:

A psicopatologia traumática teve o poder de instalar uma controvérsia no campo da psicanálise. Grande parte dos analistas enfatiza a infância e a relação com a mãe como o terreno onde se instala uma vulnerabilidade, considerando o trauma atual apenas uma reativação do trauma infantil. Outra corrente considera que eventos catastróficos podem dar origem a psicopatologia, independente das predisposições oriundas da infância.

E de acordo com Laplanche e Pontalis (2001, p. 566), o trauma é compreendido como “Acontecimento de vida que se define pela sua intensidade, pela incapacidade do sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica”.

Observa-se que os portadores de mutilações faciais apresentam alterações significativas em nível de sentimentos, em decorrência do trauma psicológico provocado pela perda de um órgão facial (MORALLI, 1999; FREIRE, 2000; CARDOSO et al., 2006).

Desta forma, não predizer as conseqüências mutiladoras da cirurgia é não se disponibilizar para acolher o paciente e não lhe permitir um tempo possível de preparação para a cirurgia. Quando o paciente não recebe as informações necessárias, geralmente faz

referência a sua insegurança decorrente das rupturas na relação com a equipe, e cria-se a dúvida sobre a verdade do que lhe é falado.

A família, também, pode solicitar à equipe que omita do paciente as informações sobre a cirurgia, geralmente na tentativa de protegê-lo de um sofrimento que acredita ser insuportável ao mesmo, além do receio de que ele desista da cirurgia, diminuindo suas chances de cura. Mas esta conspiração do silêncio pode ser demandada, principalmente, pela tentativa da família em escamotear o próprio sofrimento e dificuldade para amparar o paciente em suas angústias e perdas. Desta forma, para Santos & Sebastiani (2003), funcionar como um “escudo” em relação às informações do diagnóstico e tratamento, além da sobrecarregar a família, pode revelar sua fragilidade diante do sofrimento de seu familiar.

É importante família e equipe terem a compreensão que a doença está afetando o rosto do próprio paciente e é ele que sente seus sinais e sintomas, por mais que para alguns se utilize da negação. Esta atitude pode levar o paciente a um estado de solidão em relação ao seu adoecimento, pois não tem com quem falar sobre o mesmo. É comumente os pacientes percebem que as informações estão lhe sendo omitidas, como revelam falas dos mesmos no estudo desenvolvido por Silva (2005, p. 9), referindo que só pelas expressões dos rostos dos familiares é possível desconfiar e que receber dos mesmos a informação é mais confortável do que fazer a descoberta por si só:

“Ah, é melhor a pessoa saber. Minha família sabia e não falava pra mim. Eu desconfiava daquele ti-ti-ti. Até que eu descobri. A gente não é bobo; só pelas cara deles dá pra perceber”.

Ao proceder a comunicação e disponibilizar-se para o paciente através do amparo da escuta, a equipe de saúde, nesta fase pré-cirúrgica, pode exercer a função deste outro mediador entre o paciente e a situação desconhecida, abrindo um canal para as representações do inesperado já anunciado, facilitando que se inicie a vivência de um luto antecipatório das perdas, ainda imprecisas, que podem advir.

Mas, na ausência deste anúncio, os membros da equipe, numa ação interdisciplinar, podem viabilizar que o mesmo seja realizado, discutindo sobre a relevância desta informação para a elaboração do processo cirúrgico pelo paciente e do seu direito à mesma conforme o princípio bioético da autonomia.

No entanto, muitos pacientes já apresentam no pré-cirúrgico deformações no rosto decorrentes da invasão tumoral e já se defrontam com as implicações que um evento dessa natureza pode ocasionar. O luto pela perda do rosto para alguns é vivenciado e tem na cirurgia a perspectiva de alívio ou superação dos desconfortos provocados pela doença, como dor,

sangramentos, falta de ar, etc. Mas, para outros, a mesma pode significar o resgate do rosto em sua forma original. Existe nesta fase, geralmente, uma grande ambivalência de sentimentos e a escolha pelo procedimento cirúrgico é sempre carregada de expectativas nem sempre reais, funcionando como uma defesa necessária à regressão extrema de despedaçamento e desintegração.

A forma como se realiza a preparação pré-cirúrgica pode levar o paciente a se perceber, no olhar da equipe, como alguém a ser reconhecido por esta, na continuidade de ser, mesmo que retorne da cirurgia com um outro rosto. Esta fase favorece também a família e a própria equipe a criarem suas representações acerca do rosto do paciente no pós-cirúrgico, elaborando as significações subjetivas e culturais que um rosto em sua deformidade pode constituir.

5.3- Do pós-cirúrgico à reabilitação: diante de um novo rosto (o estranho).

O período em que transcorre a cirurgia até a saída do paciente do centro cirúrgico é comumente de muita angústia para a família, principalmente pelo receio de alguma intercorrência que venha a pôr em risco a vida de seu familiar. Só posteriormente é que o interesse gira em torno dos resultados referentes à retirada do tumor. O *holding*, neste caso, precisa ser estendido a paciente e família, pois este é um momento em que o controle está nas mãos da equipe e o desamparo do paciente é absoluto, principalmente após a anestesia, bem como o desamparo da família, já que não lhe é permitido acompanhar o procedimento e do lado de fora do centro cirúrgico ela fica alheia ao que se passa.

Isto preconiza a existência de uma sala de acolhimento para a família próxima ao centro cirúrgico, com alguém que possa fazer esta ponte de comunicação entre ela e este mundo tão reservado que é a sala de cirurgia, e que o cirurgião possa informar os resultados do procedimento cirúrgico. Resultados estes que, quando implicam numa mutilação, mesmo quando esta é prevista, produzem muitas dúvidas, insegurança e sofrimento nos familiares, de acordo com o envolvimento afetivo e relacionamento destes com o paciente. Em alguns casos mais raros, o paciente não tem qualquer familiar aguardando a cirurgia e noutros, após o boletim cirúrgico estes se afastam.

Ao voltar da cirurgia, o paciente entra em contato com a deformidade e outras possíveis ocorrências, como a presença de sondas e traqueostomia. E, assim, a realidade dos resultados da cirurgia se impõe a ele, cabendo-lhe apropriar-se da mesma, o que envolve suas

reações subjetivas e exige grande investimento psíquico e adaptativo. No período de internação e recuperação, é com a equipe e com os familiares que o acompanham que o paciente tem a possibilidade de compartilhar as primeiras experiências com a nova realidade.

É no olhar destas pessoas que ele obtém os primeiros reflexos de sua mutilação. Numa comunicação silenciosa de rosto para rosto, o paciente (WINNICOTT, 1988) vai percebendo nas expressões do olhar, da face, nos gestos labiais, no tom de voz, os sentimentos e reações dos que dele cuidam. É o momento em que todos, de alguma forma, entram em contato com a própria falta e limitações e com o que é possível dar conta a partir de seus modos consciente e inconscientemente de significar o rosto mutilado, nos desdobramentos da experiência subjetiva e cultural.

Esta comunicação especular é relatada por muitos pacientes como as primeiras impressões que tiveram das alterações que a cirurgia produziu em seu rosto, de reconhecimento, amor, aceitação, estranheza, rejeição, nojo, etc. Por ser um momento de muita insegurança, o paciente busca no outro a sustentação e o reconhecimento, não apenas da sua identidade em sua singularidade, mas de ser humano.

Pois dar-se conta da concretude da mutilação é comumente traumático, como revela a fala de uma paciente sujeito da pesquisa de Silva (2008, p. 93): “[...] na hora a gente fica chocada. A única coisa a fazer é reagir. Não vou dizer a você que não foi traumático. Você ter o rosto perfeito e de repente não ter seu nariz por completo...[silêncio]”.

Um evento traumático produz um estado de confusão e o sujeito precisa se reorganizar em suas defesas (WINNICOTT, 1994). Ansiedades primitivas de desintegração, de despedaçamento, de perda de relação com os objetos podem sobrevir a ele. É um momento de crise e a continuidade do ser encontra-se ameaçada.

A equipe, em sua relação com o paciente, precisa levar em conta os sentimentos do mesmo e o psicólogo tem papel primordial de facilitar, quando necessário, a compreensão sobre o seu estado psíquico, tanto por parte desta quanto da família. A equipe deve acompanhar o processo de elaboração do paciente, propiciando o holding e fazendo as intervenções necessárias respeitando o seu tempo e limite. Como nas fases primordiais do desenvolvimento, de acordo com a teoria winnicottiana, a realidade vai se apresentando ao paciente à medida que ele pode suportar. É preciso muito cuidado com sugestões e atitudes impositivas na tentativa de induzir o mesmo a se olhar no espelho. Banalizar o sofrimento do paciente, neste momento, pode ser ainda mais traumático.

O sentimento de descontinuidade pode comparecer na escuta da equipe ao paciente,

com referências do tipo “eu não sou mais Eu”. Inclusive alguns delimitam com as mãos, separando a cabeça do corpo e indicando o rosto como não-Eu. Esta queixa pode comparecer no pós-cirúrgico imediato ou num outro momento. Assim como a reintegração pode ser mais fácil em alguns casos, em outros pode não parecer possível. Nos recortes dos relatos a seguir, também de pacientes participantes da pesquisa de Silva (2008), podemos observar como o corpo fica fragmentado entre o Eu sou e o rosto mutilado do Eu não sou Eu: “É muito estranho isso. Parece que não sou eu quando olho no espelho” (p. 74); “Eu acho que meu rosto ficou muito diferente, muito mesmo!” (p. 68); “(...) eu to parecendo uma figura de filme de terror! Eu fico triste demais cada vez que me olho!” (p. 73); “O meu nariz tava com ferida mesmo. Foi bom tirar, porque a doença ia embora só assim. Eu nem reparo nisso [espelho] [...] Mas, eu olho sim: tenho que me acostumar com a nova cara!” (p. 76-77).

Assim como os questionamentos feitos no período do diagnóstico – “Por que Eu?”, “O que foi que eu fiz?” – tendem a reaparecer, na busca de uma explicação para a mutilação do rosto, acompanhadas do sentimento de expiação num desdobramento da culpa por ter sido uma doença produzida em seu próprio corpo a provocar a mutilação. Fato este que tem os seus agravos quando o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas estão presentes, por serem estes os principais fatores de risco do câncer de cabeça e pescoço. Ter levado a cabo a satisfação do seu desejo, sem levar em conta os seus riscos, favorece as fantasias de castração, que a mutilação do rosto parece concretizar na realidade.

Porém, quando o ambiente familiar é suficientemente bom, é nele que o paciente tem o seu porto seguro, pois a grande maioria dos pacientes refere como é difícil se sustentar em sua integridade diante do olhar de estranheza e terror das pessoas de fora do ambiente familiar, o que os leva a ficar reclusos em casa a maior parte do tempo, conforme os relatos de pacientes das pesquisas de Pires et al, (2006), Barbosa et al, (2004) e Silva (2008). Desta forma, o paciente pode encontrar o olhar familiar da constituição de seu Eu (Silva, 2008, p. 93-94):

“O importante é ter as pessoas que você gosta ao lado. sem isso você [...] não consegue superar isso tudo [...]. A força maior quem me dava foi minha família; da minha família, ninguém me colocou para baixo”; - “Mas as pessoas? Ah, meu Deus! As pessoas ficaram mais aterrorizadas do que eu! [...] Não saio mais de casa”.

Ao rosto deformado é devolvida, pelo olhar do outro, a imagem especular de estranheza, com toda a sua carga simbólica que a cultura pode lhe aferir em suas múltiplas significações e representações sociais. Porém, como observa Freud (1919), o estranho (*Das*

*Unheimlich*⁸) surge do que nos é familiar, desvelando um duplo de si mesmo. Nos pacientes de cabeça e pescoço, o duplo emerge, com suas células cancerígenas capazes de produzir a deformação no corpo próprio, tornando estranho o rosto até então tão familiar. O imaginário surge diante da pessoa assumindo a plena função daquilo que a afecção física pode simbolizar com suas forças maléficas e ameaçadoras a vida, que no hospital oncológico se expressa em constatações como a de que “Eu sempre achei que só podia acontecer com os outros eu nunca imaginei que pudesse ser comigo”.

Esta condição de estranho confere ao sujeito com o rosto desfigurado a estrangeirice e o estigma da diferença. E, contrariando as formas humanas dos nativos da terra, oscila, numa relação cambiante, nas possibilidades e impossibilidades de reconhecimento, conforme os efeitos que desencadeará nas diversas subjetividades com as quais se defrontará. Kristeva (1941/1994, p. 11), numa discussão sobre o rosto estrangeiro existente em *das unheimlich*, nos faz refletir sobre o quanto o diferente impressiona e desencadeia repulsa num misto de sentimentos ambivalentes e inquietantes:

A diferença desse rosto revela um paroxismo que qualquer rosto deveria revelar ao olhar atento: a inexistência da banalidade entre os seres humanos. Entretanto, é o banal, precisamente, que constitui uma identidade para os nossos hábitos diários. Porém esse discernimento dos traços do estrangeiro, que nos cativa, ao mesmo tempo nos atrai e repele: “Pelo menos, sou também singular e portanto devo matá-lo”, pode ele concluir. Do amor ao ódio o rosto do estrangeiro nos força a manifestar a maneira secreta que temos de encarar o mundo, de nos desfigurarmos todos, até nas comunidades mais familiares, mais fechadas.

No paciente, a vergonha, o constrangimento e a raiva são os sentimentos que mais são referidos diante do olhar de rejeição e exclusão. E, com frequência, o encontramos com a cabeça baixa e o olhar voltado para o chão, tanto no leito de internação, como quando transitam pelos espaços do hospital e do ambulatório. No atendimento psicológico, relatam muitas experiências de discriminação e o quanto sofrem na vivência das mesmas, sendo feridos em seu amor próprio. Ferida que em alguns não consegue cicatrizar, conforme demonstram os trechos de relatos de pacientes da pesquisa de Silva (2008):

“As pessoas ficam perguntando, perguntando, olhando, achando que a gente é um

⁸ Freud ainda na primeira tópica desenvolve a temática do estranho no seu escrito intitulado *Das Unheimlich* (1919) e nele aborda a estética não como a teoria do que é belo e sublime, mas como a “teoria da qualidade do sentir”, interessando-se por um campo bastante remoto, que comparece despertando sentimentos estranhos relacionados ao que é assustador e desencadeador de medo e horror. *Das Unheimlich* deriva de *Heimlich*, palavra alemã que exhibe o que é familiar, íntimo, amistoso, amável, mas que ao mesmo tempo, conforme Freud, oculta o seu oposto, o seu duplo estranho e ameaçador, “é tudo o que deveria ter permanecido secreto e oculto, mas veio a luz”.

bicho” (p. 68); “Outro dia [...] o cobrador do ônibus disse que eu era tão feio, que devia andar com um saco de papel na cabeça!” (p. 75); “Porque você chega lá fora, as pessoas olham para você como se fosse de outro mundo, os próprios profissionais!” (p. 96).

Matos (2006), sensibilizada por depoimentos de pacientes portadores de câncer de cabeça e pescoço, tais como “Quem sofre uma alteração no corpo nunca é mais o mesmo” ou “Depois da cirurgia, não queria olhar mais no espelho, pois achava que eu tinha me transformado num monstro!”, investigou a fragilidade humana revelada em pacientes deste tipo de câncer que foram desfigurados pelo tratamento e cirurgia. Segundo essa autora, podem ser observados casos em que o luto parece não ser concluído, colocando no ponto limite as possibilidades de elaboração da perda de tudo aquilo que sustenta o homem no seu dia-a-dia, ou seja, a relação com o corpo, sua saúde física e psíquica, seu trabalho, sua independência, sua identidade e, por fim, a própria vida. Chamaram também atenção, dentre os sofrimentos psíquicos que afligem o paciente com câncer, as fantasias relativas às ameaças de perda da integridade corporal e as formas de enfrentamento da desfiguração. Perdas que, além de provocarem feridas narcísicas difíceis de serem cicatrizadas, carregam o sentido agressivo de mutilação, provocando intensa ansiedade e conduzindo a quadros de depressão muitas vezes irreversíveis (Matos, 2006).

No câncer de cabeça e pescoço, algumas pesquisas quantitativas demonstram que o risco de depressão é significativo (MOURA, 2003, GONÇALVES & FERRAZ, 2005; CARDOSO et al., 2006). Gonçalves e Ferraz (2005) chamam a atenção, também, para o aumento do número de suicídios entre estes pacientes. Na experiência da autora, principalmente quando o paciente vivencia perdas importantes em decorrência da mutilação ou sofre a violência da discriminação e do preconceito, a depressão tende a apresentar-se ou agravar-se, conforme apontado acima, podendo comparecer idéias e o risco iminente de suicídio.

O acompanhamento psicológico, quando aceito pelo paciente, é fundamental e, segundo Sanches (2005, p. 43), pode oferecer “um setting que faça o papel de espelho do rosto da mãe, dando contornos e significados ao que está sendo vivido, promovendo uma situação de sustentação (*holding*) na qual os afetos podem ser compartilhados”. Tal setting possibilita que o sujeito possa integrar ao Eu o novo rosto ou o rosto não-Eu, investindo-o de sentidos, facilitando que de algum modo ocorra uma elaboração do luto daquele que lhe constituiu em sua origem.

O isolamento social, o afastamento das suas relações de trabalho e lazer e toda a gama

de implicações biopsicossociais que o câncer de cabeça e pescoço pode desencadear na vida de um sujeito preconizam o investimento para a criação, no Estado do Pará, de centros de reabilitação para o paciente oncológico, constituídos de equipe multiprofissional, incluindo um centro especializado em próteses faciais.

A possibilidade de reabilitação deve ser abordada com o paciente e sua família, quando possível desde o momento da indicação da cirurgia mutiladora. E, como em todo o processo de tratamento, a autonomia e co-responsabilidade dos mesmos precisam ser respeitadas. A reconstrução das cavidades deixadas no rosto pelo procedimento cirúrgico pode propiciar ao paciente aumento do amor próprio, do bem estar e resgate das relações sociais e profissionais. Porém, a atenção tem que ser sempre no enfoque interdisciplinar, a prótese em si não tem este poder se não for pelo paciente atribuída de sentidos que lhe possibilitem as ressignificações em sua vida.

No estudo realizado por Silva (2008), ao qual se tem feito referência citando fala de alguns pacientes por ela entrevistados, a mesma sugere a partir dos dados obtidos que: “(...) os curativos, óculos e próteses podem assumir função de *pontes*, facilitando, do mesmo modo, o contato entre a pessoa e as demais. Ou seja: ajuda o indivíduo em sua apresentação ao mundo (...)” (p.116, grifo da autora), na dificuldade de convivência para quem agora tem um “buraco no rosto”.

Por outro lado, ainda segundo Silva (Ibid.), a mutilação é experienciada como uma espécie de “estigma da monstruosidade”, sobre o qual Frankenstein, o Corcunda de Notre Dame e, em especial, o Fantasma da Ópera alentavam na tentativa de adequação social por meio daqueles acessórios. A autora observou, também, que tais acessórios, para alguns, facilita a interação social, especialmente junto àqueles com os quais existem laços afetivos, familiares ou de amizade, sendo a aceitação por estes últimos destacada como fundamental para que os momentos difíceis advindos com a mutilação possam ser atravessados.

De um modo geral, estas pessoas se sentem demasiadamente observadas, analisadas, avaliadas negativamente por causa desta modificação na face. Contudo, foram observados casos em que o indivíduo teve o poder de demonstrar sua diferença e sua autonomia, mesmo quando eram conhecidas as normas estigmatizantes presentes na sociedade. Os dados de Silva (Ibid.) revelam também que nos espaços visitados, a princípio pensados para dar suporte à vivência da mutilação, não era possível perceber a existência de grupos ou instâncias de compartilhamento de experiências. O atendimento individual, focado na oferta de próteses, nem sempre contribui para a busca do convívio social, sendo o afastamento resposta comum

ao que chamamos de “estigma da monstruosidade”: sentir-se ser recebido como diferente, estranho e até assustador, condição esta que permanece, mesmo para aqueles que já fazem uso de curativos, óculos e prótese facial. A autora concluiu que os dados obtidos indicam que o caminho para lidar com o estigma, socialmente compartilhado e incorporado pela pessoa, está menos relacionado ao uso de “máscaras”, e mais no de afirmar, para os que passaram pela mutilação e para seus outros, as suas humanidades (Silva, 2008).

Observa-se, dessa forma, a importância dos centros de reabilitação para pacientes portadores de câncer com equipes multiprofissionais, que possam atender esses pacientes e seus familiares em suas necessidades de reconstrução do rosto e de suas vidas, considerando-se esta também uma área relevante na atenção integral à saúde em oncologia, configurando-se como possibilidade do *holding*.

Do diagnóstico ao pós-cirúrgico e a reabilitação, configuram-se momentos de significativas alterações de vida onde o sujeito, em seu potencial de se desenvolver e criar a realidade, tem sempre na relação com o outro a sua fonte de inspiração, seja família, amigos, equipe de saúde. E, no advento da mutilação do rosto, busca nos olhares a sua volta a sustentação para juntar os seus pedaços, pois como afirma Mohallem (2000), é no olhar do outro que o sujeito encontra sua unidade e tem a própria imagem antecipada.

Momentos, como podemos observar, preciosos e de extremo significado na vida do paciente e dos quais a equipe de saúde participa, como parte integrante deste grande entorno que é a instituição hospitalar. O que leva também a reflexão sobre a necessidade da Política de Humanização encontrar-se transversalizada com seus princípios e diretrizes nas práticas dessa equipe, sustentando a busca de investimentos estratégicos que favoreçam a produção de uma atenção propiciadora de bem estar e maior qualidade de vida do paciente, rompendo com o velho paradigma biomédico e curativo, reconhecendo o paciente em sua integralidade, na sua existência, respeitando e acolhendo-o com seus limites e possibilidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O corpo perfeito e objeto de consumo difundido largamente na mídia como símbolo de beleza, conforme discutido pelos vários teóricos que fundamentaram a construção do primeiro capítulo, desse estudo, tem suas representações construídas nas qualidades estéticas a serem confirmadas pelo olhar do outro. E, apesar da escassez de estudos sobre a mutilação do rosto, nos trabalhos publicados observou-se o sofrimento, a vergonha e a dificuldade em sustentar

sobre si o olhar do outro, em um meio que privilegia a beleza, a força e perfeição, o que favorece a exclusão e estigma daquilo que parece estranho e diferente.

O percurso através da produção de autores da psicanálise e em especial a teoria winnicotiana, com referência aqueles outros que vieram lançar luz sobre essa problemática sugerem a importância do holding, preconizando a necessidade das equipes de saúde amadurecerem o seu olhar para a realidade subjetiva do paciente, levando em conta que em todo adoecimento orgânico, existe um sujeito que sofre na sua existência.

Ter o rosto deformado pelo câncer produz em muitos dos pacientes um processo de descontinuidade do ser, afetando-o em sua unidade e integração, e esta desorganização é sempre dolorosa e promotora de sofrimento e nem sempre fácil de ser suportada, principalmente quando não há o aporte de um outro que cuide e que lhe proporcione o holding. A equipe nesse momento através de suas práticas humanizadas pode e deve ser este outro acolhedor que ampara o paciente oferecendo o seu olhar de reconhecimento.

Olhar o sujeito enquanto ser integral e com respeito a sua subjetividade encontra-se estabelecido constitucionalmente nos princípios básicos do Sistema de Saúde, mas a realidade atual ainda aponta para um distanciamento desses fundamentos, não somente pela má aplicabilidade dos recursos, como pela necessidade de maior investimento em novas tecnologias e na formação permanente dos trabalhadores da saúde para a produção de práticas mais humanizadas.

Como preconiza a PNH numa clínica ampliada a atenção deverá ir além dos aspectos orgânicos, abarcando as repercussões psíquicas, sociais, profissionais, econômicas, entre outros. O olhar integral permite escutar, compreender e respeitar cada paciente em sua história de vida, desejos, sonhos, expectativas, valores culturais e vínculos afetivos, minimizando o processo de despersonalização, compreendendo que no corpo acometido pela doença habita um sujeito.

Por outro lado, manipular o corpo do paciente com indiferença passa a ser abusivo fragilizando a comunicação e a produção de uma relação de confiança, pois não encontra-se assentada sobre o fato de existir ali um ser humano. A retirada de um tumor maligno no rosto impõe procedimentos cirúrgicos tão invasivos e mutiladores, que o rosto pode se transmutar em outro, ficar em pedaços, favorecendo a experiência de desintegração e o que poderá ser ainda mais intensificado pela falta de sensibilidade da equipe de saúde.

Prover no hospital um ambiente suficientemente bom e humanizada, que possa atender o paciente em suas necessidades, nas diversas fases do tratamento revela-se significativo para a elaboração do luto pela perda do rosto e reintegração de sua unidade corporal.

Os significados e reações do paciente quando da comunicação do diagnóstico de câncer e terapêutica necessária não podem ser desconsiderados visto que, todo o processo de elaboração e significação desta nova realidade, como a de conviver com um rosto deformado, vai depender também do reconhecimento da sua existência subjetiva, lhe propiciando sustentação e a provisão necessária para o enfrentamento deste processo.

Destaca-se ainda a importância do momento do diagnóstico nos moldes do holding o qual não é restrito a apenas uma etapa do tratamento, mostrando a necessidade de contínua interpretação dos significados durante todo esse percurso constituindo-se um processo constante de informações e discussões, os quais vão exigir da equipe a avaliação de cada caso e respeito a autonomia do paciente. Explicitar os objetivos da cirurgia e suas possíveis conseqüências, na sustentabilidade do holding oferecido pela equipe, cria para o paciente não só um campo de informações, mas de projeção de suas fantasias num vislumbrar do que poderá ocorrer ao seu rosto, visto que as conseqüências da cirurgia passam na medida de cada paciente a serem cogitadas e esperadas.

A dor oriunda de uma lesão real irá remeter às experiências mais primitivas de desamparo, sendo que os eventos traumáticos ocorridos no presente tendem a ligar-se com o amparo disponibilizado pela equipe, familiares e hospital de um modo geral.

O câncer quando compreendido como uma patologia que acarreta efeitos orgânicos, subjetivos e sociais, daí ser um tema na interface entre diversos saberes e práticas biológicas, psicológicas, sociológicas, etc., considerando-se que apesar da ênfase em aspectos biomédicos na abordagem do tema, os aspectos subjetivos marcam as vicissitudes do adoecimento e da terapêutica.

Holding e e handling foram termos usados por Winnicott para descrever o "segurar" e o "manipular" do bebê pela mãe. O primeiro significando o favorecimento ambiental à integração pessoal do bebê *no* tempo e espaço, advinda do segurar físico e emocional realizado pelo meio ambiente, resultando em experiências fornecidas à criança que estão relacionadas com a estabilidade do meio ambiente, constância objetal e autenticidade dos cuidados maternos.

O essencial reside na maneira de ser da mãe, em seu estado de devoção e identificação com seu filho, que, por sua vez, lhe confere uma certa qualidade no cuidar de seu bebê. O *handling* como o favorecimento do meio ambiente ao alojamento da psique no corpo facilitado pelas experiências mãe-bebê, em que a interação entre eles era mediada pelo contato corporal, e também pelas compreensões maternas das manifestações corporais do bebê como comunicações pessoais. Mãe- família, equipe de saúde- hospital. Cuidados que implicam na construção de programas integrados e interdisciplinares que possibilitem a qualidade da atenção desde a entrada até a saída do paciente do hospital.

Neste estudo problematizamos os modos de ser do ambiente de cuidados em saúde, lançando luz sobre a questão do holding-handling disponibilizado ao paciente. Esperamos que o mesmo fecunde caminhos e ações voltados a constituição de ambientes suficientemente bons capazes de acolher o desamparo dos que experenciam o câncer, no qual se incluem aqueles que em consequência desta patologia tem o seu rosto deformado. E que os resultados do mesmo favoreça o compromisso e participação das equipes de saúde, pacientes, familiares e da sociedade de um modo geral na construção de uma rede de atenção a saúde mais humanizada.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, L. M. et al. **Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo**. Rev. Bras. Otorrinolaringol, v. 74, n. 1, p. 68-73, 2008.
- AMAR, A et al. **Qualidade de vida e prognóstico nos carcinomas epidermóides de cabeça e pescoço**. Rev. Bras. Otorrinolaringol, v. 68, n. 3, p. 400-3, maio/jun. 2002.
- AMIRALIAN, M. L. de T. M. **Deficiências: Um novo olhar. Contribuições a partir da Psicanálise Winnicottiana**. Estilos clín. [online]. vol. 8, Nº. 15, pp. 94-111. ISSN 1415-7128. 2003.
- AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 49-57, 2006.
- BARBOSA, L. N. et al.; **Repercussões Psicossociais em Pacientes Submetidos a Laringectomia Total por Câncer de Laringe: Um estudo Clínico-Qualitativo**. Rev. SBPH, v.7, n.1, Rio de Janeiro, jun. p. 45-58, 2004.
- BARONE, K. C. **Realidade e luto: um estudo da transicionalidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 10 n. 3, p. 561-571, 2005.
- BIRMAN, J. **A deusa imperfeita. A estética como política**. In Revista de Cinema e Outras Questões Audio Visuais. Riode Janeiro: Cinemais, n.9, p.105-111, 1998.
- BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BODEI, R. **As formas da beleza**. Tradução Antonio Angonese. Bauru, SP: Edusc, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH**. Brasília, DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.439/GM** de 8 de dezembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Definições e Normas das instituições e serviços de saúde. **Diário Oficial da União de 5/4/1977** – Seção I, Parte I, p. 3929, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro – INCA, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro – INCA, 2010.

BRASIL, O. C., MANRIQUE, D. **O câncer de laringe é mais freqüente do que se imagina**. Einstein.; 2(3):222, 2004.

BRUSCATO, W.; BENEDETTI, C.; ALMEIDA, S. **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMON, A. (Org.) **O doente, a Psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira 2ª ed, p. 85, 1992.

CAMON, A. (Org.) **Psicologia hospitalar: teoria e pratica**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo**. São Paulo, E.P.U., 1995.

CAMPOS, G. W. de S. **Comentários sobre analogias e diferenças entre os métodos Paidéia e o “interrogativo”**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 11 n. 22, p. 345-363, 2007.

CAPONERO, R. & GIMENES, M. G. G. **Atuação Interdisciplinar em Oncologia**. Rev. De Psicologia Hospitalar, 7 (2): 4-11,1997.

CARDOSO, M. S. O. et al. **Importância da reabilitação protética nasal: relato de caso**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo fac., v.6, n 1, p.43-46, 2006.

CESAROTTO, O. **No Olho do Outro**. Tradução de Ricardo Ferreira – São Paulo: Editora Iluminuras LTDA, 1996.

COSTA, J. F. **O Humanismo Ameaçado**. Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 24 jan. 1999. Caderno B, p. 1. Entrevista concedida a Regina Zapa. Disponível em: <http://www.jfreirecosta.com/humanismo.html>.

COSTA NETO, S. B. & ARAÚJO, T. C. F. **Calidad de Vida los Portadores de Neoplasia de Cabeza y de Cuello em Fase Diagnóstica**. Revista Colombiana de Psicologia N. 14 –

PP.53, 2005.

DE LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45 2007

DE OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia.** Belém: EDUFPA, 2008.

DERZI, C. A. M. (2003). **Da tragédia... a beleza do sujeito.** In Moura, M.D. (org.). Tempo e morte – Da urgência ao ato analítico (pp. 3-8). Revinter: Rio de Janeiro.

DESLANDES, S. F. **Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica.** In: DESLANDES, S. F. (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 33-47, 2006.

DINIZ, G. C. & ROCHA, Z. **As metamorfoses do espelho do rosto materno na constituição do Self da criança.** Revista Mal-Estar e Subjetividade, março, ano/vol. VI, Nº 001, Universidade de Fortaleza. Fortaleza, p. 125-142, 2006.

DOLTO, F.. **A imagem inconsciente do corpo.** 2. ed. (Estudos ; 109 / dirigida por J. Guinsburg). São Paulo: Perspectiva, 2004.

FEITOSA, C.. *In* KATZ, C.; KUPERMANN, D.; MOSÉ, V. (orgs). **Beleza e Feiura em Psicanálise.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria Ltda, 2004.

FIGUEIREDO, L. C. **A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação (1500 a 1900).** São Paulo: Escrita/Educ, 1992.

FOUCAULT, M.. **História da Sexualidade 3.** Tradução de Maria Tereza da Costa Albuquerque – Rio de Janeiro: Graal Ed, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **Genealogia e poder.** São Paulo: Ed. Graal, 1979/1996.

FREIRE, L. C. **Psicodrama como terapia para mutilados faciais.** Rev. Bras. Psicolog., v. 2, n. 3, p 86-92, 2000

FREUD, S. (1914). **À Guisa de Introdução ao Narcisismo** *In* **Escritos sobre a psicologia do inconsciente** vol. 1. Obras Psicológicas de Sigmund Freud . Coordenação geral da tradução Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago Ed., [2004].

FREUD, S. (1919) **‘O Estranho’.** Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago [1987].

FREUD, S. (1926). **Inibição, Sintoma E Angústia.** Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago [1996]

GIANINI, M. M. S. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença.** 21 f. Dissertação de

mestrado (Mestrado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

GONÇALVES M. & FERRAZ M. P. de T. **Sintomas depressivos em pacientes acometidos com neoplasia de cabeça e pescoço.** Arquivos brasileiros de psiquiatria, neurologia e medicina legal-vol 99 N° 02; ABR/MAI/JUN 2005

KOLTAI, C. **Curso e percurso do estrangeiro** In Psicanálise Cultura e Migração. KCARIGNATO, Rosa & FILHO PACHECO, Raul Albino (Orgs). São Paulo: Ym, 2002.

KRISTEVA, J. (1941). **Estrangeiros para nós mesmos.** Tradução de Maria Carlota Carvalho Gomes- Rio de Janeiro: Rocco, [1994].

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. (2001). **Vocabulário de psicanálise** (3. ed.). São Paulo: Martins Fontes.

LESCOVAR, G. Z.. **As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W.Winnicott.** Estud. psicol. Campinas, v. 21, n. 2, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103>.

LIMA, G. E. **O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira, 1983.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. **O impacto psicológico do câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 2, p. 149-154. 2005.

MATOS, D. P. **Corpo Dilacerado / Corpo Reconstruído: Da Arte de Frida Kahlo à Clínica de Pacientes com Câncer de Cabeça Pescoço.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, 2006.

MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. de S.. Prefácio. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 26-30.

MIRANDA, M. C. G. **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.31, Supl.1, p.20-31 jun. 2007.

MOHALLEM, L. N.; DE SOUZA, E. M. do C. D.. **Nas vias do desejo.** In: MOURA, M. D. de (Org.). **Psicanálise e hospital.** Rio de Janeiro: Revinter, p. 17-31, 2000.

MORALLI, B. **L'ésthetique.** Rev. Belgi-Méd., v. 25, n. 3, p. 421-9, 1999.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista nos hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOURA, M. D. (Org.) **De Tempo e Morte: Da urgência ao Ato Analítico.** Rio de Janeiro, RJ : Livraria e Editora Revinter, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde.** Saúde e Sociedade, v. 13 n. 3, p. 44-57, 2004.

NOVAES, J. de V. **O intolerável peso da feiúra: Sobre as mulheres e seus corpos-** Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Garamond, 2006.

OLIVEIRA, B. R. G. de; COLLET, N.; VIERA, C. S. **A Humanização na Assistência à Saúde.** Rev Latino-Am Enfermagem, v. 14 n. 2, p. 277-84, 2006.

PIRES, M. R. G. M. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar.** Rev Latino-americana de Enfermagem, 2005 setembro-outubro; 13(5):729-36 www.eerp.usp.br/rlae

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão.** São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RODRIGUES, José Carlos. **O Tabú do Corpo.** 2. ed. – Rio de Janeiro: Achiamè, 1980.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,1998.

SANCHES, R. M. (org.) **Winnicott na clínica e na instituição.** São Paulo: Editora Escuta, 2005.

SANTOS, C. T. & SEBASTIANI, R. W. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica.** Em: V. A. Angerami-Camon (Org.). E a psicologia entrou no hospital (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SILVA, L. C. **Vozes que contam a experiência de viver com câncer.** Psicol. hosp. (São Paulo) v.3 n.1 São Paulo jul. 2005.

SILVA, A. K. B. **Para uma Psicossociologia da Máscara: Sobre Curativos, Óculos e Próteses Faciais na Trajetória de Vida de Pessoas que Passaram por Mutilações na Face.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - Recife, 2008

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SONTAG, S. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

TARDIVO, Leila Cury. **O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: O psicólogo clínico no hospital.** In: LANGE, E. S. N. (Org.) Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas. São Paulo: Vetor, 2008.

TEIXEIRA, L. C. Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 61, n. 2, UNIFOR- Ceará, 2009.

TEIXEIRA, L. C. **Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos.** Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org.br>.

IUNGANO, E. M.; TOSTA, R. M. **Verificar A realização da função materna em casos de adoecimento da criança / Fulfilment of the maternal function in cases of child illness.** Bol. - Acad. Paul. Psicol; 29(1): 100-119, jun. 2009. ilustrado.

WINNICOTT, D. W. (1979). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional.** Porto Alegre, Artmed, [1983].

WINNICOTT, D. W. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo : Martins Fontes, 1993

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar & a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1975.

WINNICOTT, D. W. **Natureza humana.** Rio de Janeiro: Imago Ed., 1990.

WOLF. **O Mito da Beleza.** Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ZECCHIN, R. N. **A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama.** São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP: EDUC, 2004.

ZVEITER, M. & PROGIANTI, J. M. **A dimensão psíquica valorizada nos cuidados imediatos ao recém nascido.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 out/dez; 14(4):593-8. • p.593.