

Contos de Fadas que Resignificam vidas de Pacientes Cardíacos na UTI

Erica Cristina Pereira¹

Abílio da Costa-Rosa²

Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Unesp

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar e problematizar a experiência da inclusão de contadores de histórias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) num Hospital Geral público do interior paulista. Por meio dos contos de fadas espera-se possibilitar uma escuta analítica culminando na re-significação das vivências dos pacientes cardíacos na UTI.

Nossa hipótese é que, atuando no plano da fantasia, ou seja, do imaginário, os pacientes possam reduzir as ansiedades, elaborar as angústias e os lutos vividos nesse momento crítico, a partir da assimilação vivenciada dos conteúdos das histórias narradas. Com isso, propõe-se uma contribuição para a humanização do ambiente hospitalar, procurando acrescentar esforços, àquelas ações que, de dentro das práticas médicas, já procuram levar em conta a subjetividade dos indivíduos, como um importante componente em ação nos resultados das práticas de Saúde. Ao mesmo tempo analisamos a possibilidade de contribuir para a ampliação dos recursos de atuação do psicólogo na situação hospitalar.

O objetivo da pesquisa é fazer uma análise e reflexão sobre os efeitos dessa prática de contar histórias, isto é, realizar a análise dessa intercessão e seus efeitos na situação concreta desses pacientes. Procura-se verificar como a narração de contos de fadas pôde ou não, nessas circunstâncias, auxiliar os pacientes cardíacos a darem sentido às experiências críticas vividas nesse momento. A metodologia psicanalítica fundamenta a reflexão, bem como a compreensão e análise do processo da intercessão e seus efeitos. Estes foram procurados em dois momentos: através das observações e da escuta dos sujeitos no momento da narração das histórias, e após a sua saída da UTI, através de entrevista oferecida ao indivíduo na qual ele podia falar sobre seu estado naquele momento e sobre a experiência vivida.

Os resultados indicam a pertinência da continuidade da intercessão-pesquisa nessa direção, tanto pelos benefícios aparentes para os pacientes e pelos efeitos de “humanização” do contexto hospitalar, quanto pela utilidade da narração de histórias e contos como mais um instrumento do psicólogo hospitalar nas circunstâncias específicas da UTI.

Palavras-chave: *psicologia hospitalar, humanização hospitalar, contos de fadas, escuta analítica no Hospital Geral, Saúde Coletiva.*

¹ Psicóloga, aprimoranda FUNDAP em Atenção Psico-Social, Faculdade de Psicologia da UNESP-Assis

² Professor Assistente Doutor, graduação e pós-graduação na Faculdade de Psicologia da UNESP-Assis. Psicanalista e Analista Institucional.

O artigo relata e analisa uma experiência de psicologia hospitalar e seus efeitos. Pesquisou-se a utilização da narrativa de contos de fadas para pacientes cardíacos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), em um Hospital Geral. O psicólogo utilizava a narração com a hipótese de que ela podia funcionar como instrumento projetivo para propiciar meios imaginários que pudessem ajudar os indivíduos a reduzir a angústia, elaborar ansiedades e eventuais lutos decorrentes da situação de adoecimento grave. Também se procurou investigar, através de reflexão posterior, a potencialidade da narrativa de contos de fadas como meio de comunicação e abordagem desses sujeitos, pelo psicólogo hospitalar, em situações em que estão impossibilitados de falar pelas circunstâncias de comprometimento físico e psíquico. Este projeto de pesquisa está inserido numa experiência mais ampla de narração de histórias e contos de fadas no Hospital Geral, realizada por diferentes narradores, dentro de um projeto de humanização dessa instituição.

Um pouco de História

A pesquisa surgiu a partir da participação no Projeto “*Murucututu* Contadores de Histórias no Hospital” iniciado em 2003 na Santa Casa de Misericórdia de Assis (SP). O *Murucututu* tem por objetivo contar histórias aos pacientes e familiares de dois hospitais da cidade. Participam do Projeto uma professora e trinta alunos do curso de psicologia durante o período noturno. Os alunos visitam o hospital contando histórias aos pacientes e posteriormente, por meio de um carrinho-biblioteca, emprestam livros aos interessados. O trabalho procura aliviar o sofrimento e as angústias desencadeadas pela situação de internação, procurando ressaltar concretamente no indivíduo enfermo sua condição de sujeito em sofrimento e não apenas de doente, dentro de uma meta geral de humanização do ambiente hospitalar.

A boa aceitação do *Murucututu* fez com que o Projeto fosse expandido. Em seguida o diretor do Hospital Regional convidou os envolvidos no Projeto a desenvolvê-lo também dentro da Unidade de Terapia Intensiva – Adulto (UTI). Percebemos que, de modo geral a proposta foi bem aceita pelos participantes do Projeto e pelos funcionários do hospital, embora tenham sido percebidas algumas resistências iniciais por parte da equipe de saúde que atuava na UTI. Com algum tempo, essas dificuldades puderam ser superadas e a narração de contos de fadas pôde ser acrescentada à rotina da UTI.

A atuação do Projeto *Murucututu* tem mostrado ser, para esses indivíduos, também uma forma de resgatar o passado de ouvintes e apreciadores de histórias. Para os contadores foi uma possibilidade de compreender em ação que pode ser possível ajudar a aliviar uma situação que comumente desestabiliza temporariamente a vida psíquica. A expressão da afetividade e a oportunidade de intersubjetividade oferecidas pela situação pareciam funcionar claramente como oportunidade de escuta para esses pacientes que, de modo geral, demonstram sentir-se bastante isolados nesse momento da vida.

Considera-se a UTI como um lugar de maior sofrimento e de isolamento, em que, além disso, o paciente deve abdicar da companhia dos familiares. Muitas vezes chega-se a perder a identidade pessoal, podendo-se chegar a ser nomeado pelo nome da patologia de que se sofre. A partir da atuação como narradores de histórias percebemos que essa pode ser uma forma de contribuir para a humanização do local e também, permitir aos enfermos uma atitude mais ativa e participativa no processo de recuperação.

A oportunidade de uma reflexão mais aprofundada sobre esse trabalho no último ano da formação de psicóloga permitiu acrescentar outra questão: considerar a pertinência da atuação do psicólogo como narrador de histórias, especificamente na UTI, como foco de reflexão e análise.

Percebemos que a narração tem a função de uma atividade meio para fins que também podem ser visados com os meios comuns do psicólogo hospitalar ou do psicanalista no hospital. A maior justificativa da utilização da narração como ampliação do instrumental comum do psicólogo no hospital, se dá nas situações em que as formas comuns de comunicação do sujeito estão inviabilizadas. Nas situações que estamos analisando, havia sempre um contínuo de dois momentos: o da narração, em que a possibilidade de comunicação comum estava impedida ou drasticamente dificultada; e um momento posterior em que se oferecia a oportunidade de uma conversa nos moldes da entrevista psicológica, cabia ao sujeito decidir se queria ou não falar sobre a experiência vivida na complexidade de seus aspectos. Obviamente nada disto era prescritivo, por outro lado, em certos aspectos a narração feita pelo psicólogo, nas condições difíceis em que se encontravam esses pacientes, não se distinguia daquela feita por outros profissionais da Saúde nas situações de UTI, portanto, com a conseqüente falta de retorno na comunicação imediata. O que distinguia a atuação do psicólogo era sua posição decorrente da hipótese de trabalho que sustentava sua presença: a narração, atuando no plano da fantasia, ou seja, do imaginário, poderia permitir aos pacientes reduzir as ansiedades, elaborar as angústias e os lutos vividos nesse momento crítico, a partir da assimilação vivenciada dos conteúdos das histórias narradas, servindo, dessa forma, como um instrumento a mais de comunicação com o sujeito em sofrimento?

A Narração de Contos de Fadas como meio de Acolhimento e Humanização das Práticas Hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva

O contar histórias tem por objetivo oferecer acolhimento ao paciente, humanizando o ambiente hospitalar da UTI, cujo modelo clínico nem sempre é capaz de priorizar as necessidades circunstanciais do enfermo quanto a esses aspectos. Algumas vezes deixa-se de lado a consideração de que se, por um lado, as particularidades da situação podem excluir o funcionamento dos vários sentidos da percepção do paciente, por outro lado, na maioria das vezes, ainda está em plena atividade sua dimensão psíquica.

Se o paciente estiver consciente, a linguagem não-verbal deve ser explorada. Escrever bilhetes, comunicação gestual, pequenos toques são bastante eficientes. É importante mencionar que o objetivo da comunicação nessas situações é menos passar informações e muito mais marcar presença, facilitar a expressão das emoções e diminuir a solidão. O conteúdo é secundário: o que conta realmente é a possibilidade de relacionamento humano, é o canal aberto para o 'outro'. (Simonetti, 2004, p.155)

É dentro dessa perspectiva geral que se considera a pertinência de atividades visando à humanização da UTI como a de contar histórias. A narração de histórias é um modo de falar com os indivíduos levando em conta a nossa percepção deles bem além do corpo que ocupa um leito, ou seja, supondo presença de vida psíquica, embora,

algumas vezes eles pareçam ou estejam de fato inconscientes ou tenham dificuldade em verbalizar suas necessidades e angústias, parecendo totalmente ausentes.

Antes de especificarmos o recurso da narrativa de histórias nas situações mais críticas da UTI acrescentemos algo sobre o tema correlato da humanização hospitalar. Quando falamos em humanização hospitalar podemos dar a entender que os pacientes recebem aí práticas desumanas, mas evidentemente não é esse o caso. Um dos aspectos da idéia de humanização apontada por Angerami-Camon (2002) fala sobre o distanciamento entre os membros da própria equipe, o qual pode nem sequer ser percebido por eles, contribuindo muito para a dificuldade da formação de uma rede integrada de cuidado.

Em outro de seus importantes aspectos o tema da humanização da Atenção em saúde procura refletir sobre os processos de produção envolvendo a relação entre o desenvolvimento tecnológico e o modo como se organizam os processos de trabalho atualmente. Considera-se que o modo dominante das práticas em Saúde reproduz um papel social num determinado espaço e tempo, fundamentado num modelo tecnológico. Merhy, 2002, define:

. . .o sentido social e contemporâneo do agir em saúde: a produção do cuidado, como uma certa modelagem tecnológica (de saúde) de realizar o encontro entre o usuário e seu mundo de necessidades, como expressão do 'seu modo de andar na vida', e as distintas formas produtivas (tecnológicas) de capturar e tornar aquele mundo seu objeto de trabalho (p.99).

É nessa direção que podemos compreender a proposta de inclusão dos processos subjetivos do paciente como parte do objeto de trabalho do conjunto dos atos de produção em Saúde. Essa inclusão é, a princípio, considerada uma contribuição à humanização da Atenção e do cuidado.

Ainda dentro do tema da humanização hospitalar Massetti, 2003, cita os *Doutores da Alegria*, a partir de cujo trabalho o Hospital experimentou nova fronteira nas relações da instituição e seus agentes com os pacientes, colocando em sua rotina asséptica e controlada outros aspectos da questão da vida. Por meio das atividades do palhaço:

. . .pais e profissionais podem perceber o hospital de maneira mais positiva, menos ameaçadora. Que médico e enfermeiros passam a ter uma melhor imagem profissional. Agora cabe mais que capacidade técnica, cabe mais que o parâmetro do viver ou morrer. Cabe a vida com o que ela tem: momentos alegres e tristes, instantes de relacionamento, de brincar, rir, chorar. O hospital é mais que um contexto asséptico e profissional: é um lugar onde a vida acontece (idem, p.67).

Essas considerações ainda passam ao largo da questão da falibilidade dos profissionais da Saúde, mais acentuadamente dos médicos. Não se pode excluir a possibilidade de que algumas vezes estes se escondam dessa fragilidade justamente com a assepsia e o distanciamento, como uma formação reativa. Por outro lado, talvez não seja possível falar em humanização no sentido estrutural enquanto não se penetrar radicalmente no modo de operar do laço social e intersubjetivo médico-paciente que opera segundo o paradigma das especialidades: sujeito-objeto. Uma série de transformações recentes nessa direção faz plausível pretender que se tome como objeto simultaneamente a doença e o seu sujeito. Ayres, 2004, afirma que tal pretensão demonstra a crítica já iniciada da posição dominante em que o indivíduo ainda é visto

pelo viés das demandas, por uma técnica e uma ciência que incide diretamente no corpo físico.

Voltemos aos contos de fadas e sua utilização como meio para humanização hospitalar. Os contadores de histórias nos remetem a uma prática antiga de transmitir oralmente a cultura e realizar na subjetivação, a função realizada pelos mitos na coletividade. Segundo Bettelheim, 1980, os contos de fadas são capazes de ultrapassar a tênue ligação entre consciente e inconsciente.

Desde séculos (quando não de milênios) durante os quais os contos de fadas, sendo recontados, foram se tornando cada vez mais refinados, e passaram a transmitir ao mesmo tempo significados manifestos e encobertos – passaram a falar simultaneamente a todos os níveis da personalidade humana, comunicando de uma maneira que atinge a mente ingênua da criança tanto quanto a do adulto sofisticado. (p.14).

A narração dos contos de fadas pode atingir, em certas circunstâncias, os níveis de consciência, pré-consciência e inconsciência. Aos contos de fadas são desenvolvidos a partir de mitos e sagas de heróis, possuindo com estes, características comuns culminando na personificação e expressão de conflitos e dilemas subjetivos, ajudando a equacioná-los, melhorando a expectativa e a possibilidade dos indivíduos quanto à sua solução. Derivamos dessa formulação geral o fundamento para o possível poder de elaboração dos aspectos subjetivos, certamente presentes nas situações de crise dos sujeitos na UTI.

Sobretudo parece fazer sentido propor a utilização da narração de histórias aos pacientes cardíacos na situação de UTI, especificamente pacientes fora da possibilidade da comunicação interpessoal (em situações de inconsciência ou pré-consciência). Pois as informações captadas do ambiente são absorvidas pelos órgãos sensoriais, principalmente o auditivo, ainda mais quando o estímulo possui carga emocional como o nome da pessoa ou o choro de uma criança, ou um conto mítico. Pode-se dar como plausível a comunicação através dos contos de fadas, interferindo nos processos emocionais e psíquicos num sentido amplo. (Ribeiro, 2006).

Por meio da linguagem e da fantasia, os contadores rompem o estado de inconsciência e atingem a percepção dos enfermos. Por sua vez, estes mostram reações físicas ao ouvir a história. Notam-se alterações nos sistema cardio-respiratório, faciais, gestos bruscos, olhos atentos, sobretudo quando a verbalização, muitas vezes, não é possível devido à traqueostomia ou a utilização de outros aparelhos (Simonetti, 2004).

Narrar histórias também pode ser um instrumento capaz de facilitar a verbalização dos pacientes na situação de urgência, melhorando as possibilidades da intercessão e da escuta para o psicólogo.

Os contos de fadas funcionam como um meio para nomear conteúdos subjetivos e inconscientes, como meio de equacioná-los e com a finalidade de facilitar os processos de enunciação, abrindo e ampliando as possibilidades posteriores de re-significação das vivências traumáticas e de sua elaboração.

Psicologia Hospitalar e Escuta Analítica no Hospital Geral

Sabemos que na década de 50, quando surgiu, a Psicologia Hospitalar era uma prática que primava pela reabilitação do doente, caracterizando-se nesse período segundo um modelo que tomava como referência a psicologia comportamental. Nos anos 90, já com a presença de novas vertentes teóricas da psicologia no campo, surgiram outras possibilidades de ampliar o trabalho do psicólogo no Hospital Geral, com destaque para a vertente humanista e a psicanálise, tendo como destaque neste seguimento atualmente Bellkiss Wilma Romano e Marisa D. de Moura.

Vale sublinhar que a Psicologia Hospitalar, como campo de atuação, não toma como foco somente as doenças de ordem psicossomática, mas inclui o indivíduo como um todo, envolvendo toda a sua realidade psicossomática e subjetiva, e os aspectos psicológicos relacionados às diferentes doenças. Além disso, ocupa-se do sujeito enquanto circundado de relações com o ambiente hospitalar, da equipe multiprofissional atuante na Atenção aos indivíduos doentes; procurando trabalhar também com os aspectos da instituição e os familiares.

Situada nessa vertente ampla da Psicologia Hospitalar vem se delineando, também a partir da década de 90, uma forma de ação que toma por base, sobretudo, a psicanálise freudiana a partir dos desdobramentos introduzidos por Jacques Lacan. Fala-se em “escuta analítica” dentro do enquadramento da Clínica da Urgência (Moura, 1996; Gamsie, 1998; Torezan & Costa-Rosa, 2003; Simonetti, 2004). A partir daí se explicita também a função de intermediar as relações com o corpo simbólico, por meio das palavras - do falar e escutar. Ou seja, apoiada na fala do paciente, escutando, procura permitir-lhe, mais factívelmente, dar sentido ao momento por que passa e às vivências que este lhe suscita. Procura sustentar uma relação com a doença no registro do simbólico, pois compreende que a medicina nesse contexto tenha que atuar principalmente no registro do real. (Simonetti, 2004). Pautada numa vertente específica da psicanálise, essa forma de ação do psicólogo no Hospital toma a palavra como o meio mais eficaz de ação e o principal instrumento de trabalho do profissional nesse campo. Ao escutar os sintomas da doença percebe que estão repletos de mensagens da subjetividade do paciente. Percebe que a fala, nesse contexto afetivo-transferencial, mesmo instantâneo, tem efeito de alívio e de elaboração da angústia; chegando mesmo, algumas vezes, a abrir oportunidades de um trabalho especificamente psíquico quando fora do Hospital.

Entretanto, segundo Simonetti, a Psicologia Hospitalar ainda se confronta com uma dificuldade comum, vinda da parte dos pacientes, de procurarem atenuantes para a dor e a ansiedade apenas nos resultados imediatos da prática médica. Isso só pode ser tributado ao próprio estado da “representação social” do que é a ajuda psíquica e à importância que é dada à subjetividade para a saúde em sua totalidade. Entretanto as situações de crises graves de desfecho incerto, as situações de dor intensa e o próprio confronto com a morte sempre põem em ação a dimensão psíquica, requerendo a presença do psicólogo de forma ineludível (idem).

Por outro lado, embora a organização tradicional do laço social e subjetivo médico-paciente seja historicamente bastante verticalizada, e com tendências a excluir a subjetividade tanto do paciente quanto do médico, Clavreul (1983) – herança da vertente científica de que é, em geral, tributário – nas últimas décadas vários esforços notáveis vêm sendo realizados para interferir nessa situação, embora ela ainda bastante estruturada em várias instituições (Ayres, 1997; Gonçalves, 1994, Sommerman, 2006). Uma presença persistente dos “especialismos” no próprio corpo institucional, muitas

vezes ainda se sobrepõe aos esforços em contrário dos profissionais em campo; a própria instituição se apresenta como intermediário necessário nas relações profissional-paciente nos seus diferentes níveis, fazendo persistir a inércia do instituído da instituição hospitalar.

É no conjunto de uma série de ações em direção contrária ao especialismo e à fragmentação, com perspectivas de articular práticas e conjugar saberes sobre o indivíduo entendido como constituído de corpo biológico e subjetividade, nessa perspectiva tem estado inserido o projeto *Murucututu* Contadores de Histórias no Hospital. E é dentro dele e com esse embasamento teórico e ético que procuramos refletir sobre um de seus aspectos específicos: a narração de histórias e contos de fadas como mais um instrumental do psicólogo hospitalar em certas circunstâncias da UTI.

Na UTI o tratamento é intenso, envolvendo riscos, explicitando a efemeridade da vida, pondo à mostra emoções básicas, envolvendo tanto a instituição amplamente, quanto cada um de seus componentes; mesmo para a própria equipe o trabalho é extenuante por conta da morte constantemente prenunciada.

Parti-se da hipótese, decorrente de experiências e estudos anteriores, de que, nesse contexto, o trabalho do psicólogo pode possibilitar, por meio da fala, algum escoamento desta intensidade. Na experiência realizada percebemos que, por vezes, o foco principal não é o paciente, mas os médicos apressados, enfermeiros super-ocupados e a família angustiada.

Nas situações críticas em que a comunicação comum com o paciente está radicalmente restrita é que parece fundamental utilizar métodos que procurem transpor a impossibilidade do paciente de falar; oferecendo, portanto, outras possibilidades de elaboração da experiência da doença e do período de internação.

A intercessão através da narração de histórias na UTI do Hospital Geral, pelo psicólogo clínico, pretende exercitar e pesquisar novas ações possíveis para esse profissional, introduzindo essa prática como um meio suplementar dentro do seu instrumental de ação. A narração de histórias e contos de fadas tal como é proposta passa a integrar o conjunto de meios e circunstâncias do referencial da “Escuta Analítica no Hospital Geral”. Como meio da escuta psicanalítica nessa circunstâncias da “Clínica da Urgência”, vem sempre acompanhadas da oferta da possibilidade de entrevistas quando o sujeito sair da situação em que a comunicação comum não era possível ou estava prejudicada. (Torezan & Costa-Rosa, 2003)

Na UTI encontramos muitos pacientes que sofrem doenças cardíacas, principalmente, o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Comumente nos primeiros momentos de recuperação, essas pessoas não têm a possibilidade de verbalizar o que sentem. Especificamos nossa hipótese inicial considerando que, ao contar determinadas histórias, o narrador oferece uma experiência ao ouvinte impossibilitado de falar e simbolizar, emprestando-lhe algo do patrimônio simbólico humano e da sua experiência subjetiva. Savater (2001) considera que o narrar sobre a morte, a dor e a separação, pode amenizar a ansiedade, contribuindo para o restabelecimento do indivíduo que está na situação de doença.

Na situação da UTI, a exigência do tratamento clínico e cirúrgico pode ser muito agressiva, o sofrimento transpõe o físico; não havendo possibilidades nem oportunidades para falar de si, da doença, dos medos, fantasias e dúvidas, esse sofrimento pode ficar ainda mais intensificado. Essa situação de impasse subjetivo, agravada pelo mutismo forçado, pode contribuir negativamente para a recuperação do

sujeito gravemente doente ou recém submetido a intervenção cirúrgica radical. Esse é o caso em que não se poderá contar com a colaboração imprescindível que é esperada do próprio paciente para um desfecho bem sucedido (Masseti, 2003).

A Narração de Contos de Fadas na Situação Específica da UTI

A narração de histórias na UTI visa permitir ao paciente entrar em contato, nos planos imaginário e simbólico, com sua doença e as dificuldades para lidar com ela, às quais se adiciona o fato de que indivíduo hospitalizado nessas condições passa a vivenciar de imediato os efeitos de institucionalização das práticas, ainda mais acentuados na UTI.

Enquanto é narrada uma história instaura-se tempo pertinente ao tempo subjetivo; por outro lado, trata-se também de uma expressão artística que pressupõe um tempo absoluto, no qual o narrador compartilha com o ouvinte uma experiência estética única e psicológica.

Esses efeitos da narração decorrem de que a

. . . enunciação oral é dirigida por um indivíduo real, vivo, ou indivíduos reais, vivos, em um tempo específico em um cenário real que inclui sempre muito mais do que meras palavras. As palavras faladas constituem sempre modificações de uma situação que é mais do que verbal. Elas nunca ocorrem sozinhas em um contexto simplesmente de palavras. (Busatto, 2006:92)

Masseti, 2003, chama-nos atenção para um aspecto fundamental das práticas médicas e seus efeitos a partir das relações médico-paciente e médico-paciente-doença.

. . . a arte e a medicina têm peculiaridades que caracterizam essas construções; não existe uma verdade absoluta sobre os fenômenos; a ação humana interfere de maneira vital nos acontecimentos. (p.25)

Entendemos essa formulação como a reconsideração de uma dimensão essencial das práticas em saúde: o paciente deixa de ser um simples objeto receptor de técnicas e mensagens, passando a ser visto como tendo uma contribuição importante como sujeito de sua própria cura. Em outros termos, significa que o resultado das práticas em saúde não está completamente determinado a priori por elas isoladamente. Esse resultado depende do encontro entre essas práticas e os efeitos que possam partir do próprio sujeito como retorno sobre si mesmo. Em termos simples, o modo como o indivíduo pode assimilar os efeitos das práticas médicas sobre si mesmo é um dos importantes fatores do tratamento.

Nas práticas em saúde pode ocorrer, portanto, algo muito semelhante ao que se passa com a arte usada com a finalidade terapêutica, e também na arte como tal. O resultado do encontro de cada espectador com a obra de arte é único, tendo peculiaridades e especificidades em decorrência das subjetividades e das relações intersubjetivas envolvidas no processo. O mesmo pode ser pensado para a relação profissional de saúde-paciente: também ela é um resultado do encontro, necessariamente intersubjetivo, dos saberes e das práticas com o modo como o paciente, reagindo a elas, pode contribuir com sua participação.

Masseti tem demonstrado a importância do vínculo, assinalando a possibilidade dos efeitos iatrogênicos produzidos ao não se considerar os conteúdos intersubjetivos da relação médico-paciente (*idem, idem*).

Por outro lado, é necessário sublinhar que, no contexto da UTI, o indivíduo rapidamente tende a se “institucionalizar”, ou seja, a aderir às características da rotina hospitalar, por viver um momento de muita fragilidade física e subjetiva. Trata-se de um momento em que a subjetividade permeada pelas relações do sujeito com médicos e enfermeiros pode ser um fator decisivo para as respostas do próprio corpo às intervenções médicas. Um dos aspectos importantes dessa institucionalização é o risco de se deixar prevalecer a dimensão “do corpo” como estritamente orgânico, restringindo a ela o contato e as ações realizadas.

Nessa direção, a narração de histórias, ao lado dos outros procedimentos como os Doutores da Alegria e até mesmo das orações, pode ser um operador importante de recuperação de dimensões interpessoais e intersubjetivas, de difícil reconhecimento naquele contexto, introduzindo-se no cotidiano da UTI como mais um meio na direção dos esforços de humanização hospitalar.

Vale considerar também que a narração de histórias é um fenômeno milenar, que envolve ação, gestos, e a narrativa propriamente dita, que é capaz de introduzir-se num espaço e tempo míticos. É possível pensar que se contrapõe também a uma das características do espaço-tempo que caracteriza a contemporaneidade: a velocidade das informações com um acento na importância de conteúdos definidos, de modo que dificilmente provocam questionamentos ou reflexão. Benjamin insiste nessa diferença entre uma narrativa como comunicação de informações e narração propriamente dita.

. . .somos pobres em histórias surpreendentes. A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa, e quase tudo está a serviço da informação. (1985: 203).

Benjamin nos indica quanto é primordial distinguirmos a especificidade dos efeitos da atividade de contar histórias, dos efeitos das próprias histórias como enunciados. No primeiro caso o que se destaca como mais importante é o processo de enunciação – a ação de narrar, muito mais do que conteúdo ou o enunciado de uma narrativa literária em si. No outro caso, trata-se de enunciados que têm potência de “telas de projeção”, o que, mesmo assim, lhes permite a possibilidade de transcenderem a dimensão do enunciado, possibilitando também por esse lado o processo de enunciação.

Nossa hipótese é que é nessa dimensão da enunciação da narração dos contos de fadas e na dimensão das próprias histórias narradas como “telas de projeção”, que se oferecem possibilidades de subjetivação das experiências marcantes que podem estar sendo vivenciadas pelos sujeitos na UTI.

Com a narração realizada com estas características e nesse contexto específico pensamos que se pode estar contribuindo para ampliar as possibilidades de ação do psicólogo. Como meio de ampliação e desenvolvimento que possibilita amenizar as experiências críticas e radicais dos indivíduos, produzindo o alívio ou a proteção das cargas pulsionais excessivas – transferindo-as para uma cadeia significativa, único meio de sua possível elaboração e articulação – a narração de histórias e contos de fadas pode firmar-se, para além do meio genérico de humanização do hospital, como mais um instrumental de ação específico do psicólogo na Escuta Analítica no hospital geral (Torezan & Costa-Rosa, 2001).

Metodologia e Procedimentos

Para a aplicação do método psicanalítico em nossa pesquisa foi necessário fazermos a distinção clara entre a aplicação do método no trabalho que vem sendo realizado no hospital (a narração dos contos de fadas e todo o trabalho para o qual são meio) e a aplicação do método ao momento da reflexão teórica sobre o “material” obtido a partir desse trabalho. Somente esse segundo momento é, rigorosamente, a nossa situação de pesquisa.

Dentro destes princípios, a metodologia deste estudo compreendeu dois momentos: primeiro, os dados foram obtidos no momento da intercessão, ou seja, da narrativa das histórias aos pacientes na UTI, em que procuramos escutar o que nos retornou dos sujeitos sobre essa experiência vivida naquele momento de internação, dentro de um campo, de algum modo, constituído como transferencial; segundo, dada a característica principal da situação da UTI, para aqueles pacientes que não verbalizavam, pensamos ser pertinente introduzirmos a oferta de outro contato com os mesmos, já fora da crise e da UTI, para que, falando, pudessem continuar a elaboração iniciada no momento da narrativa. Sublinhamos que não é pertinente caracterizar esse retorno como momento da pesquisa propriamente dita, ele é o complemento da intercessão.

A proposta desta pesquisa é a análise e reflexão teórica, sobre os dados colhidos e sistematizados sobre a experiência em narrativa de contos de fadas realizada com pacientes cardíacos na UTI de um Hospital Geral realizada pelo psicólogo, diferentemente de uma ação de contadores de histórias no sentido geral. Neste trabalho o psicólogo tinha a narração como um potencializador de sua ação; facilitador do contato com a instituição, da comunicação e instrumento projetivo e desiderativo na relação com o paciente.

A análise dos dados pautou-se pelo método dialético da construção de categorias (Minayo, 2000), e pelo método psicanalítico (Mezzan, 1993).

Amostra

Preferimos elencar os dias de intercessão e não o número de pacientes ouvintes de histórias, de modo que no decorrer de um ano foram dezoito dias de intercessão distribuídos um dia por semana, disso consideramos nove entrevistas, uma para cada paciente, no momento posterior à UTI. De acordo com as dificuldades consideradas, como o falecimento de alguns pacientes, residência em outra cidade ou por não disponibilizarem nossas anotações para a pesquisa, solicitação necessariamente posterior à intercessão, decidimos analisar os dados referentes às intercessões que correspondessem aos critérios amostrais estabelecidos por nós para a reflexão.

Na pesquisa trabalhamos com três casos tomados, então, como singulares. O estatuto de singularidade foi atribuído a esses casos após verificarmos que os mesmos contêm as características representativas da situação de intercessão através da narração nessa situação da UTI (Benelli & Costa-Rosa, 2006). Considerando alguns aspectos da situação, neles os contos utilizados foram: “As três penas”, “Quebrador de Pedras” e “Por que a água do mar é salgada”. Em todos os casos consideramos importante fazer duas entrevistas para cada sujeito, e num deles mais uma terceira.

O procedimento de análise de dados iniciou-se após a narração dos contos na UTI e baseou-se em “diários de campo” e na memória viva do intercessor-narrador.

Análise e Reflexão

Os dados desta pesquisa mostraram que a presença dos contadores de história na UTI parece favorecer a elaboração de aspectos simbólicos e emocionais presentes na situação dos pacientes cardíacos, dando algum suporte e suplemento às ações médicas realizadas diretamente sobre o corpo.

Os aspectos subjetivos e o desejo de dar sentido ao vivido nos parecem postos em evidência na pela grande necessidade de falar da doença, incluindo acontecimentos relacionados para além daquele que é causa da internação. As iniciativas de falar de outros aspectos da sua situação, envolvendo aspectos psíquicos foram recorrentes. (...) “este momento é para eu descansar, mas é muito rápido e não vejo a hora de poder ir para casa e poder ficar mais perto da minha mulher e dos meus filhos”.

Nossa hipótese é que a narração de histórias permitiu outras vivências espaciais e temporais. Nestas geralmente os sujeitos se remetiam à infância, talvez pela estrutura dos contos que, por hipótese, permitem a elaboração de conflitos: têm início claro, ruptura da linearidade e um desfecho. Talvez também porque além de seu poder mítico e ontológico, os contos de fadas transpõem as condições imediatas da existência humana. Numa das entrevistas, um paciente pediu que eu lhe contasse uma história, após isto compartilhou sua angústia, afirmou que desde muito tempo não ouvia histórias deste tipo, mas quando era criança sempre gostou muito de ouvi-las. (...) “isto ajuda a me distrair, a prestar mais atenção na vida corrida que tenho [faz menção ao infarto], na família que tanto é importante, e que, portanto agora vou esperar para fazer a angioplastia e vou ficar bem, eu tenho que me cuidar”.

Observamos que as histórias suscitaram nos entrevistados, a identificação, por meio da comparação das ações e atitudes dos personagens principais com suas próprias. Indicavam perceber as ações dos personagens como os papéis que eles próprios desempenham em vários laços sociais. Ao ouvir “As três penas”, na citação: “esse filho mais novo, coitado, não teve sorte, mas se saiu melhor do que os irmãos mais espertos”, um paciente afirma: “Eu já não tive a mesma sorte, fiquei passando mal um dia inteiro e agora eu tô aqui”.

Os dados indicaram a necessidade de expressão da afetividade nas relações de Atenção na UTI, alguns sujeitos chegam ao questionamento da verticalidade do laço médico-paciente. Outro paciente diz que “as histórias são boas, a gente fica aqui sozinho precisando de ajuda,... esses médicos vêm aqui e nem olham para gente, parece que a gente nem existe, e depois eles só querem ver esse papel aí [aponta para o prontuário]. É sempre bom conversar com alguém, com psicólogas assim a gente pode contar nossas histórias para vocês”. A narrativa de histórias e a própria situação de narração pareciam amenizar a situação posta pela relação médico-paciente, a situação da UTI, bem como a solidão e a tristeza comuns nesse momento de fragilidade e instabilidade física e emocional.

Algumas vezes, o contador era destinatário do pedido de informações externas, como, por exemplo, comunicar o dia da semana ou se estava chovendo, que pareciam funcionar como importantes elementos de referência na situação de UTI. “Que dia é

hoje? Será que até sábado eu tenho alta?”, pergunta um sujeito preocupado com o aniversário da filha.

Parece criar-se um vínculo entre narrador e paciente, pois às vezes alguns deles esperavam o outro dia para escutar uma nova história, havendo a recordação da voz ou do olhar. Nessas situações, o conteúdo da história parece menos significativo, prevalecendo à relação intersubjetiva. A atribuição de sentido parece ser aquela que está contida na história pessoal de cada sujeito. Um sujeito diz: “o pai dos três filhos era muito justo com os filhos, porque tentava não privilegiar nenhum deles. Foi bom para mim ter comigo esta história que ouvi, assim eu também posso contar para as pessoas, ela possui um ensinamento e o poder estaria com o filho mais simples e digno”.

No decorrer do nosso trabalho, deparamo-nos também com pessoas indiferentes às histórias, ao lado das outras muito atentas às mesmas. Nossa hipótese é que os primeiros também mostraram que elas faziam diferença para eles. A indiferença parecia expressar o efeito da invasão de todas as intervenções daquela situação, agravado pelo contexto de fragilidade física e psíquica. Alegavam cansaço e sono e que já haviam falado.

O estilo de vida está implicado no modo como o sujeito lida com as dificuldades, os aspectos sociais e culturais também. Além disso, o modo como o sujeito é estruturado psiquicamente também parece muito importante. Alguns sujeitos parecem sentir culpa por se sentirem impotentes e frágeis. Muitos pediam “desculpas” aos contadores por estarem nesta situação e na condição de doentes; aparentemente, as desculpas visam os próprios sujeitos por se darem conta de não terem dado atenção a si mesmos, aparentemente referiam-se à percepção de estarem vivendo com um estilo de vida que adocece.

Seria possível pensar que o sentimento de gratidão por terem algo além do já bom atendimento médico agravaria a situação de impotência por considerar um corpo doente, improdutivo, impotente e sem possibilidade de vida.

A situação pode indicar também outras coisas: a possibilidade de elaboração de uma história remetendo a outra, à própria história e situação, etc. Em um dos relatos o sujeito enfatizava a palavra “naufrágio” como um exemplo de intersecção da história do sujeito e a própria história, pensamos que esta palavra é um significante a que podem ser atribuído vários sentidos, neste contexto, significaria nau-frágil, ou seja, um corpo frágil nos remetendo ainda a fragilidade psíquica do próprio sujeito, de modo que naufragar é chegar ao fundo sem a perspectiva de vida, mas que pode haver salvamento não indicando necessariamente a morte, sendo possível afundar e emergir. Talvez, toda aquela situação representasse isto para o sujeito, um naufrágio, em que precisaria dar uma nova direção à nau, e outro sentido a sua própria vida.

A experiência nos mostrou que o segundo momento era geralmente, uma oportunidade de poder falar sobre a situação de crise, sem remeter-se diretamente a ela, utilizando a história como um meio para se introduzir na situação vivida. Através dele também pudemos verificar que a narração dos contos pode ser um instrumento projetivo capaz de facilitar a emergência da fala na situação difícil da UTI.

Conclusão

Observamos que no Hospital Regional em que trabalhamos grande parte da equipe de enfermagem e médicos da UTI possuem ações diferenciadas, preocupando-se com a subjetividade dos pacientes. Embora, ainda encontrássemos alguns auxiliares de enfermagem e médicos que não consideravam a relevância de se contar histórias para sujeitos “inconscientes” ou muito debilitados. Indagavam-nos, aparentemente descrentes, dos efeitos de tal ação. É importante ressaltar que o nosso foco para a pesquisa era a utilização de contos de fadas como instrumento de trabalho para o psicólogo. Mas muitas vezes, ocorria o fato de contarmos histórias para os membros da equipe e para os familiares no horário de visita e na Clínica Médica. Na situação de entrevista, muitos pacientes também pediam para ouvir histórias, isto era um agente facilitador para a promoção vincular.

As narrações pareciam surtir efeitos tanto nos pacientes que verbalizavam, no momento da intercessão, quanto para aqueles que não tinham possibilidade de comunicar. Aparentemente a diferença era mais importante para o narrador do que para o sujeito paciente, pois a verbalização era tomada como um certificado imediato de que este estava escutando e apreendendo algo da história; quando ocorria o contrário, parecia mais difícil manter a hipótese de que a mensagem estava chegando ao paciente. Por outro lado, foi observado nas entrevistas com aqueles que não puderam verbalizar no momento de intercessão, que eles se referiram à história ouvida indicando um alto grau de apreensão e com um pensamento bem organizado sobre ela, indicando que talvez tenha havido maior reflexão e um maior efeito do que produzido sobre o sujeito que podia comunicar-se naquele momento.

Os dados das entrevistas após a saída da UTI indicaram que vários pacientes, após deixarem a UTI expressavam a sensação de terem estado perto da morte e da necessidade de viver melhor a vida, dando-se conta da efemeridade dela. Talvez, por isso, fosse comum a expressão do sentimento de gratidão em relação ao médico e também aos contadores de histórias; dando a dimensão da importância que teve este trabalho diferenciado. Na realidade não sabemos se o mesmo não ocorre nas situações comuns, ou seja, o indivíduo sempre expressa sua gratidão por estar vivo.

A narração como recurso novo de trabalho no hospital geral parece capaz de facilitar a relação transferencial num local em que os elementos institucionais estão postos de modo a dificultá-la. Trata-se de uma dimensão sutil da transferência que consiste em pôr em ação a subjetividade materializada no desejo de cura e na expectativa positiva em relação aos resultados das ações médicas. Neste caso o psicólogo só é narrador de histórias no contexto de uma postura de escuta terapêutica que a transcende.

Percebemos que um desafio para o narrador é dissociar seu trabalho de algo que preencha o tempo ou que seja um recreativo a mais na rotina do hospital, isso várias vezes foi referido na fala dos pacientes. De fato o paciente vai para se tratar e não pode se deparar com suas angústias, tristezas e medos, preferindo sua negação imediata. Assim, sustentar a narração como um recurso da escuta analítica no hospital geral, dentro da clínica da urgência, é ir na direção contrária ao imaginário da cura mágica realizada pelo outro sem a participação do sujeito. O psicólogo já se encontra com a crença de que as histórias são para preencher o tempo, ou seja, essa relação que, como vimos teve suas razões para ser introduzida no hospital tem que ser analisada, para fazer emergir os outros sentidos e funções, sobretudo o de que as práticas de Atenção não têm apenas uma direção única do profissional de saúde pra o paciente.

A dimensão dos contos de fadas é atemporal e a psicanálise tem como foco de trabalho o inconsciente que se representa na linguagem, na cadeia discursiva, atemporal também; assim a implicação subjetiva do paciente através do processo de enunciação da narrativa pode facultar a mudança de seu posicionamento subjetivo frente à situação de crise e instabilidade, permitindo uma movimentação dos significantes na direção do equacionamento dessa situação de crise. Falar e ouvir falar (contos) é capaz de permitir a inscrição significativa da angústia relacionada à dor psíquica e física, liberando o indivíduo de cargas pulsionais excessivas, isto é, de quantidades transbordantes de angústia momentânea.

Pereira, E. C. e Costa-Rosa, A. (2008). Fairy tales that symbolize experiences of patients with heart disease in the ICU. *Revista de Psicologia da UNESP*, 7(1), 107-122.

Abstract: *The main goal is to analyze the experience of story tellers in the Intensive Care Unit (ICU) in a general hospital in the São Paulo's country. Through the narration is intended to give the opportunity to patients with heart diseases to symbolize experiences of that moment. Our hypothesis is that the individuals can reduce the experienced anguish and mourning thought the narration. It is also intended to contribute to the humanization of hospital relationships. The theoretical study is to make the analysis of the effects of this story telling practice in the realistic situation of these patients. We intend to verify if the narrative of fairy tales could or not help give sense to the experiences of this moment. The research as the practice of story telling follows the psychoanalytical method. The result indicates that is valid to continue the story telling in ICU do to its initial positive effects.*

Key-words: *hospital psychology, hospital humanization, fairy tales, hospital psychoanalysis, public health.*

Referências

- Angerami-Camon, V.A. (Org.) (2002). *Urgências psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Ariès, P. (2003). *História da Morte no Ocidente*. P. V. Siqueira (trad.). Rio de Janeiro: Ediouro.
- Benelli, S. J. & Costa-Rosa, A. (2006). Movimentos religiosos totalitários católicos: efeitos em termos de produção de subjetividade. *Revista Estudos de Psicologia*. Vol. 23, número 4, Outubro-Dezembro.
- Benjamin, W. (1985). *O Narrador: Considerações sobre a Teoria de Nikolai Leskov*. In *Magia e Técnica, Arte e Política. Ensaio sobre a literatura e história da cultura* (vol. 1), 197-221. São Paulo: Brasiliense.

- Bettelheim, B. A. (1980). *A psicanálise dos Contos de Fadas* (3a ed.). A. Caetano (trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Bittencourt, A. M. L. (1990). *Encantos e desencantos dos contos de fadas*. Revista brasileira de psicanálise, (Vol. 24), (No 2).
- Bleger, J. (1980). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. R. M. M. de Moraes (trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bleger, J. (1980). *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. E. de O. Diehl (trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Busatto, C. (2006). *A arte de contar histórias no século XXI*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica – poder e impotência do discurso médico*. Rio de Janeiro: Brasiliense.
- Chizzotti, A. (2003). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. (6^a ed.). São Paulo: Cortez.
- Cunha, G.T. (2005). *A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Gamsie, S. (1998). *La urgência de intervenir. Psicoanálisis Y El Hospital*. Buenos Aires, (Vol. 13), 17-20.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lacan, J. (1998). *O seminário, livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Massetti, M. (1998). *Soluções de Palhaços: transformações na realidade hospitalar*. São Paulo: Palas Athena.
- Massetti, M. (2003). *Boas Misturas: a ética da alegria no contexto hospitalar*. São Paulo: Palas Athena.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Mezan, R. (1993). *Que significa “pesquisa” em psicanálise?* In Silva, M.E. L. (Org.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus.
- Minayo, M.C. (2000). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Moura, M. D. (1986). (org.) *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Nogueira-Martins, M.C.F. (2004). *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Radino, G. (2002). *Histórias que alimentam a alma*. In B. de Neve, *Educadora: o imaginário em jogo* (Mestrado em Psicologia e Sociedade), 3-25. Assis: FCL – UNESP.
- Radino, G. (2003). *Contos de Fadas e Realidade Psíquica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ribeiro, S. (2006). Fale com ela – Estudos revelam que uso da emoção na interação com pacientes em estado vegetativo auxilia o processo terapêutico. *Revista Viver Mente&Cérebro – Mecanismos do Saber*, 157(14), 21.
- Saramago, J. (1997). *Todos os nomes*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Savater, F. (2001). *A evasão do narrador*. In *A infância recuperada* (pp 23-46) São Paulo: Martins Fontes.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, Mary J. P. (2000). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (2^a ed.). São Paulo: Cortez.
- Tatar, M. (2004). *Contos de fadas: edição comentada e ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Torezan, Z. C. F. (2001). *Escuta analítica no Hospital Geral: Implicações com o desejo do analista* (p. 87). Mestrado em Psicologia e Sociedade. Assis: FCL – UNESP.
- Torezan, Z. C. F. & Costa-Rosa, A. (2001). A. Escuta analítica no Hospital Geral: Implicações com o desejo do analista. *Psicologia ciência e profissão*, 23(2), 84-91. São Paulo.