
A equipe assistencial: espaço para o psíquico

Assistance team: space for the psychotic person

Roosevelt Moisés Smeke Cassorla¹

Ninguém questiona, atualmente, que a promoção da saúde e o atendimento ao doente e sua doença devam ocorrer através de equipes multiprofissionais, que se propõem a caminhar rumo à interdisciplinaridade. Isto implica em trocas de experiências entre os vários profissionais, fertilizando-se mutuamente. Diferente do atendimento por vários profissionais, que dividem o paciente em partes, cada qual tentando cuidar de uma delas. Sair deste modelo e caminhar para uma verdadeira equipe é uma tarefa árdua.

Assim, observa-se que, ainda que os profissionais de saúde tentem trabalhar juntos, com bastante frequência se verifica que isso pode ser extremamente difícil. Dificuldades de comunicação, disputas pela primazia de seu próprio “saber”, competição, ciúmes, inveja, destrutividade, sabotagens, desagregação, são observadas comumente nas equipes assistenciais, o observador percebendo que o grupo está muito mais obcecado por seus problemas internos, do que por seu trabalho com os pacientes ou com a comunidade.

Muitos autores têm estudado esses fenômenos, mas neste resumo vou deter-me em considerações teóricas derivadas dos psicanalistas Kleinianos contemporâneos. Exemplificarei com um problema comum em saúde mental, mas esses aspectos ocorrem em qualquer trabalho grupal.

A premissa básica é que juntamente com a comunicação consciente, existe uma comunicação inconsciente entre pessoas e grupos^{1,2,3,4}. Essa comunicação se efetua primordialmente através de

identificações projetivas (IP). Traduzindo: conteúdos internos do emissor são introduzidos dentro do receptor, no intuito que este os perceba⁽²⁾. Se o receptor for permeável a essas identificações projetivas, ele as captará e reagirá a elas.

Existe, porém, um problema. Com frequência, as identificações projetivas são doentias. Isso implica em uma violência e qualidade tais, que elas servem pouco para comunicar, e muito mais para descarregar conteúdos e aspectos do emissor e controlá-las no receptor. Nestes casos, o receptor fica com duas opções: contra-identificar-se, atuando os aspectos que lhe foram forçados, ou suporta essa violência e devolve os conteúdos para o receptor, “digeridos”, menos violentos e possíveis de serem pensados.

Na situação acima, estamos defronte a aspectos psicóticos da personalidade, que para os psicanalistas se ligam a destrutividade e violência, levando a desagregação e impossibilidade de simbolizar e pensar. Esses aspectos existem em todos os seres humanos, cindidos e escondidos da parte não psicótica nos indivíduos “sadios” e tomando-a, em vários graus, nos “doentes”.

Imaginemos uma equipe de saúde que se defronta com um paciente que tentou suicídio. A violência das IP se fará presente de várias formas. A equipe poderá sentir-se agredida, questionada em sua capacidade, impotente, acusada, culpada. Na verdade, o paciente projetou violentamente esses mesmos aspectos, de seu mundo interior, dentro dos membros da equipe, que se identificaram com eles. Vários fenômenos puderam ocorrer, comumente ao mesmo tempo:

1. Os profissionais ficam confusos (*mobilização de ansiedades confusionais*), não sabem se agiram certo ou errado, se devem acusar o paciente ou a si mesmos, se estão sofrendo por conflitos próprios ou devidos ao impacto do ato. A confusão pode levar a que os membros da equipe se ataquem entre si e a equipe caminha rumo à desagregação. A conduta a ser tomada acabará também por ser confusa.

⁽¹⁾ Professor Titular convidado da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

⁽²⁾ Inicialmente a identificação projetiva foi considerada apenas uma fantasia inconsciente, não provocando reações no receptor. Essa idéia foi porém ampliada e, considera-se que a empatia é baseada na possibilidade de “entrar” dentro do outro, “esquadrinhá-lo” e reintrojetar os conteúdos identificados projetivamente, assim percebendo-se o outro. Este, por sua vez, faz o mesmo e o emaranhado de identificações projetivas cruzadas, normais, passa a ser a base da comunicação.

2. Os profissionais ficam perseguidos (*mobilização de ansiedades esquizo-paranóides*). Sentem-se ameaçados em sua potência ou onipotência, em seus graus de idealização, violentados pela agressividade do ato. Podem ficar paranóides, questionando sua competência, fantasiando retaliações da família, da justiça, difamações de colegas. Passam a viver, possivelmente, algo similar ao que o paciente vivia. A equipe toda pode ficar perseguida, e a violência das IP se emaranha entre seus membros. Há que encontrar o “culpado”, ou a parte da equipe que “falhou”. Outras vezes, se o paciente sobrevive, a equipe devolve as IP, retaliatoriamente, punindo o paciente, maltratando-o ou não cuidando. Sempre, inconscientemente.

3. A equipe se deprime ao entrar em contato com o ato, a partir da mobilização de *ansiedades depressivas*. Na melhor das hipóteses, aprende com a experiência. Mas, mais comum, é que a depressão se ligue a culpa intensa, melancólica, que pode levar a depressões doentias, desespero, desesperança, fantasias de fracasso, vontade de abandonar a profissão, auto-punições, somatizações, etc. Esses aspectos são também expelidos dentro da equipe, que tende à melancolia, apatia e desestruturação. Mecanismos maníacos podem reverberar, a equipe tentando negar a importância do que ocorreu, escondendo seus sentimentos ou reagindo com triunfo e desprezo.

Uma equipe desestruturada, evidentemente, comunica isso aos seus pacientes, que, atingidos pelas IP da equipe, ficam contaminados e passam a sentir o mesmo, ou se vêm forçados a defender-se da violência, através de mecanismos variados (recaídas, fugas, atuações, outras defesas). O clima entre equipe de assistência e pacientes, fica tenso, doentio e patógeno. O modelo que estou propondo, portanto, implica em uma “contagiosidade” de sentimentos doentios, o receptor ficando parecido ao emissor, ou tendo que defender-se dele. Outro exemplo: a demissão injusta de um membro da equipe, pode levar a um emaranhado de IP projetivas intra-equipe. Uma parte se identifica com a pessoa excluída, se sente perseguida, impotente. Outra parte, que competia inconscientemente com o demitido, se sente triunfante, ou culpada, com remorso. Outros ficam ambivalentes. Uns querem reagir, outros preferem ficar quietos, alguns se aproveitam para conseguir vantagens. As ansiedades confusionais, persecutórias e depressivas se imiscuem dentro da equipe. Mas, passam também a atingir os pacientes. Todos sabemos que

equipes problemáticas são pouco potentes com seus pacientes, quando não iatrogênicas. Por outro lado, a piora dos pacientes torna a equipe ainda mais atrapalhada, e a “contagiosidade” vai se ampliando.

Com frequência a equipe excinde suas ansiedades e passa a projetá-las no sistema de saúde, nas chefias, na população e nos pacientes. Isso fica ainda mais fácil, se as chefias e o sistema de saúde contribuem, também na realidade.

Como lidar com essas ansiedades doentias? Evidentemente, antes de mais nada, há que definir com clareza as funções da equipe, as regras de seu funcionamento, o papel de cada um, o respeito mútuo. Mas, mesmo quando isso ocorre, os conteúdos destrutivos inconscientes estão sempre querendo emergir. O fato de existirem várias pessoas, cada uma emitindo aspectos, e todas entre si, facilita as cisões e os estados confusionais.

Tomar consciência das ansiedades e defesas é o primeiro passo. Raramente equipes têm essa capacidade por si sós, e a necessidade de supervisão externa é óbvia. O supervisor vai deixar-se contaminar pelas IP e mostrá-las cuidadosamente ao grupo, mas sua atitude de continência permite que este mesmo as perceba, frequentemente. O assunto supervisão é extremamente importante, mas serei obrigado a deixá-lo para discutir em outra ocasião.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASSORLA, R.M.S. Lidando com AIDS. *Uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional*. In: _____, Da morte: estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991. p.231-241.
2. _____. Comunicação primitiva e contrarreações na situação analítica. *Arq Psiquiat, Psicoterapia e Psicanálise*, v.2, n.2, p.11-34, 1995.
3. _____. No emaranhado das identificações projetivas com adolescentes e seus pais: interior. *Rev Psicanálise*, v.2, 1996. (no prelo).
4. TIZÓN, J. *Atención primaria en salud mental*. Barcelona: Doyma, 1994.

Recebido para publicação em 23 de abril de 1997.