



**UFG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Geysy Yorrana Canedo Miguel

**A psicodinâmica do cardiopata em emergência a partir do TAT na psicanálise  
bioniana**

Goiânia  
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

### E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### 1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação     Tese     Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

**Exemplos:** Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

#### 2. Nome completo do autor

**GEYSSY YORRANA CANEDO MIGUEL**

#### 3. Título do trabalho

**A psicodinâmica do cardiopata em emergência a partir do TAT na psicanálise bioniana**

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
  - b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.
- O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Domenico Uhng Hur, Professor do Magistério Superior**, em 05/10/2024, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geyssy Yorrana Canedo Miguel, Discente**, em 05/10/2024, às 15:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4878396** e o código CRC **812501E3**.

---

Referência: Processo nº 23070.051796/2024-16

SEI nº 4878396

GEYSSY YORRANA CANEDO MIGUEL

**A psicodinâmica do cardiopata em emergência a partir do TAT na psicanálise  
bioniana**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás (UFG), como requisito para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: Bases Históricas, Teóricas e Políticas da Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Domenico Uhng Hur

Goiânia  
2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Miguel, Geysy Yorrana Canedo

A psicodinâmica do cardiopata em emergência a partir do TAT na psicanálise bioniana [manuscrito] / Geysy Yorrana Canedo Miguel. - 2024.

206 f.

Orientador: Prof. Domenico Uhng Hur.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Goiânia, 2024.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, tabelas.

1. cardiopatia. 2. Psicologia Hospitalar. 3. Teste de Apercepção Temática. 4. W. R. Bion. 5. negação. I. Hur, Domenico Uhng, orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata Nº 32 da sessão de Defesa de Dissertação de **GEYSSY YORRANA CANEDO MIGUEL** que confere o título de **Mestra em Psicologia** pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás-PPGP/FE/UFG, na *área de concentração em Psicologia*.

Aos **quatro dias do mês de outubro de dois mil e vinte e quatro (04/10/2024)**, a partir das **9:00h**, nas dependências da Faculdade de Educação da UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada *"A psicodinâmica do sujeito cardiopata no contexto de emergência a partir do TAT numa perspectiva psicanalítica bioniana."*. Os trabalhos foram instalados pelo Orientador Prof. Dr. **Domenico Uhng Hur (PPGP/FE/UFG)**, doutor em **Psicologia Social** pela USP, com a participação dos demais integrantes da Banca Examinadora: Prof. Dr. **Sebastiao Benicio da Costa Neto (PUC/GO)**, doutor em **Psicologia** pela UnB - integrante titular externo e Profa. Dra. **Priscilla Melo Ribeiro de Lima (PPGP/FE/UFG)**, doutora em **Psicologia Clínica e Cultura** pela UnB - integrante titular interna. Durante a arguição os integrantes da banca fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata aprovada pelos seus integrantes. Proclamados os resultados pelo Prof. Dr. Domenico Uhng Hur, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Integrantes da Banca Examinadora, aos quatro dias do mês de outubro do ano de dois mil e vinte e quatro.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Domenico Uhng Hur

Prof. Dr. Sebastiao Benicio da Costa Neto

Profa. Dra. Priscilla Melo Ribeiro de Lima

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

**A psicodinâmica do cardiopata em emergência a partir do TAT na psicanálise bioniana**



Documento assinado eletronicamente por **Domenico Uhng Hur, Professor do Magistério Superior**, em 05/10/2024, às 15:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Geyssy Yorrana Canedo Miguel, Discente**, em 05/10/2024, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Melo Ribeiro De Lima, Professora do Magistério Superior**, em 07/10/2024, às 10:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



Documento assinado eletronicamente por **Sebastiao Benicio Da Costa Neto, Usuário Externo**, em 11/10/2024, às 09:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

---



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4878284** e o código CRC **90C1846B**.

---

**Referência:** Processo nº 23070.051796/2024-16

SEI nº 4878284

### **Dedicatória**

Dedico esta dissertação a você, que ainda não nasceu, mas já habita meus pensamentos e inspira meus passos futuros. Este trabalho, fruto de incertezas, de estudos e reflexões, é também para você, como símbolo do que acredito ser o conhecimento e o legado que desejo deixar.

Que o caminho que trilho agora, ao lado do aprendizado e da busca por novos horizontes, possa ser um farol para o seu futuro. E que a vida seja gentil com você.

Por você e para você, dedico não apenas esta dissertação, mas todos os meus sonhos e esperanças.

## Agradecimentos

Chegar ao fim desta jornada foi uma das experiências mais desafiadoras e transformadoras da minha vida. Durante esses dois anos de dedicação ao mestrado, houve momentos em que as dificuldades pareciam intransponíveis, e a vontade de desistir se fazia presente. No entanto, foram as pessoas ao meu redor que me deram a força e o incentivo necessários para seguir em frente, e é a elas que dedico meu mais profundo agradecimento.

À minha família especialmente meu companheiro Renato que esteve ao meu lado em cada passo desse processo, suportando minhas angústias, frustrações e, principalmente, o estresse que tantas vezes transbordou. Vocês foram meu porto seguro, a âncora que me manteve firme quando tudo parecia instável. Sem o amor, a paciência e o apoio incondicional de vocês, essa conquista não teria sido possível.

Aos amigos que encontrei durante o mestrado, companheiros de caminhada que compartilharam dos mesmos desafios, medos e esperanças. A nossa troca, nossas conversas e risadas, ainda que em meio ao caos, me mostraram que nunca estive sozinha. Obrigada por cada momento de apoio, seja em um dia de estudo ou em uma palavra de alento nos momentos difíceis.

Aos professores que contribuíram para a minha formação e me desafiaram a pensar de novas maneiras, meu muito obrigado. Cada aula, cada orientação e cada conselho me ajudaram a construir este trabalho e a me tornar uma pesquisadora mais crítica e consciente.

E, especialmente, ao meu orientador, Professor Domenico Uhng Hur, meu mais sincero agradecimento. Sua confiança, paciência e generosidade em me acolher, mesmo nos momentos de maior incerteza, foram fundamentais para que eu acreditasse na possibilidade de finalizar este projeto. Quando as dificuldades pareciam insuperáveis e o desânimo tomava conta, sua orientação e confiança me acolheram e me lembraram da importância e do valor desta pesquisa.

Agradeço também à equipe do hospital que, mesmo em meio ao caos e ao medo trazidos

pela pandemia da COVID-19, nunca deixou de me apoiar. Sua dedicação e comprometimento tornaram esta pesquisa possível, e sou eternamente grata por cada colaboração, cada gesto de auxílio, mesmo nos momentos mais desafiadores.

Aos pacientes que, mesmo diante do medo e da incerteza causados pela doença, concordaram em participar da pesquisa. Sua coragem de enfrentar suas emoções, de compartilhar suas experiências em um momento de tanta vulnerabilidade, foi fundamental para a realização deste trabalho. Sem vocês, esta dissertação não teria sentido.

A todos vocês, meu mais profundo e emocionado agradecimento.

*A razão é escrava da emoção e existe para racionalizar a experiência emocional.*

(Bion, Atenção e Interpretação)

## Sumário

<b>Introdução .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Os processos de transformação da experiência segundo a psicanálise de Bion .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1 Intolerância e tolerância à frustração: o limite da verdade.....</b>	<b>22</b>
<b>1.2 Função-<math>\alpha</math>: a transformação da realidade sensorial em realidade psíquica .....</b>	<b>37</b>
<b>1.3 Uma questão de continente e conteúdo: os vínculos.....</b>	<b>43</b>
<b>2. Psicanálise como Prática Clínica e de investigação no contexto hospitalar .....</b>	<b>51</b>
<b>2.1 O encontro do sujeito com a doença e o hospital .....</b>	<b>52</b>
<b>2.2 O psicólogo e o psicanalista no hospital.....</b>	<b>56</b>
<b>2.3 A doença cardiovascular e o paciente cardiopata.....</b>	<b>65</b>
<b>3. O Modelo dinâmico da escola francesa de interpretação do TAT e a teoria bioniana .....</b>	<b>70</b>
<b>3.1 Procedimento de análise dos resultados .....</b>	<b>78</b>
<b>4. Resultados .....</b>	<b>81</b>
<b>4.1 Caso 1 – Sonia .....</b>	<b>84</b>
<b>4.2 Caso 2 - Fernando.....</b>	<b>100</b>
<b>4.3 Caso 3 – Francisca .....</b>	<b>111</b>
<b>4.4 Caso 4 – Nilva.....</b>	<b>122</b>
<b>4.5 Caso 5 – Júnior .....</b>	<b>127</b>
<b>4.6 Caso 6 – Hermenegildo .....</b>	<b>135</b>
<b>4.7 Caso 7 - Marta .....</b>	<b>143</b>
<b>4.8 Caso 8 – Valter .....</b>	<b>151</b>
<b>5. Discussão dos resultados .....</b>	<b>161</b>
<b>5.1 Negação e recusa.....</b>	<b>164</b>
<b>5.2 A morte e o sofrimento .....</b>	<b>174</b>
<b>Considerações finais .....</b>	<b>184</b>
<b>Referências .....</b>	<b>189</b>
<b>Anexo B - Termo Compromisso para Utilização e Manuseio de Dados (TCUD).....</b>	<b>198</b>
<b>Anexo C – Folha de Cotação do TAT (Brelet-Foulard &amp; Chabert, 2008) .....</b>	<b>199</b>
<b>Apêndice A – Questionário sociodemográfico e de hábitos de vida (QSHV).....</b>	<b>203</b>

### **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CONEP - Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

DCV - Doença Cardiovascular

GBD - Global Burden of Disease (Carga Global de Doenças)

HUGOL - Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira GO

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAHO - Pan American Health Organization (Organização Pan-Americana da Saúde)

QSHV - Questionário Sociodemográfico e de Hábitos de Vida

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TAT - Teste de Apercepção Temática

### Resumo

O objetivo deste trabalho é compreender a psicodinâmica do sujeito cardiopata no contexto de emergência. Como objetivos específicos buscou-se apreender a compreensão do paciente no tocante a seu estado de saúde e internação; evocar elementos da psicodinâmica do sujeito; investigar possíveis marcas de uma falha na capacidade de integrar impressões sensoriais e emoções em modelos capazes de serem pensados; e investigar uma possível predominância dos processos primários e da personalidade psicótica em relação aos processos secundários e da personalidade não-psicótica do sujeito. Como método utilizou-se estudo teórico da obra de Bion e procedimento empírico com amostragem proposital na qual participaram 8 pacientes da enfermaria cardiológica de um hospital de urgência e emergência de Goiânia. Os pacientes foram submetidos ao TAT e foi realizada a análise das histórias contadas utilizando o aparato conceitual de Bion. Foi possível destacar dois modos de funcionamento, primeiro a negação e a recusa em lidar com temas importantes e difíceis; segundo a enunciação latente de afetos de tristeza, solidão e a proximidade com a morte. Evidencia-se a necessidade de abordar, desde o início da doença, a negação presente nesses pacientes e a realização de práticas que visam a diminuição da ansiedade, o acolhimento e a contenção.

**Palavras-chave:** cardiopatia; Psicologia Hospitalar; Teste de Apercepção Temática; W. R. Bion; negação.

### **Abstract**

The objective of this study is to understand the psychodynamics of cardiac patients in the emergency context. Specific objectives included: understanding the patient's perception regarding their health condition and hospitalization; evoking elements of the subject's psychodynamics; investigating possible signs of a failure in the capacity to integrate sensory impressions and emotions into thinkable models; and exploring a possible predominance of primary processes and psychotic personality traits over secondary processes and non-psychotic personality traits in the subject. The methodology involved a theoretical study of Bion's work and an empirical procedure with purposive sampling, including eight patients from the cardiology ward of an emergency hospital in Goiânia. Participants were subjected to the Thematic Apperception Test (TAT), and their narratives were analyzed using Bion's conceptual framework. Two modes of functioning emerged: first, denial and refusal to engage with important and challenging themes; second, a latent expression of emotions such as sadness, loneliness, and proximity to death. The findings highlight the need to address the denial present in these patients from the onset of the illness and to implement practices aimed at reducing anxiety, providing support, and offering containment.

**Keywords:** cardiopathy; Hospital Psychology; Thematic Apperception Test; W. R. Bion; denial.

## Introdução

Durante meu período de atuação como psicóloga residente em um hospital de urgências de Goiânia era fácil perceber como as diferentes alas do hospital, que são divididas por especialidades médicas, são também reconhecidas por um certo perfil de pacientes. Dessa forma, o perfil de comportamentos e reivindicações dos pacientes da ala de ortopedia se difere dos pacientes da ala cirúrgica, que difere da ala de queimados e assim por diante. Os pacientes da ala cardiológica em geral eram reconhecidamente bem-humorados, bastante independentes mesmo quando ainda estavam em estado crítico na unidade de terapia intensiva. Mas, eram também pacientes pouco aderentes ao tratamento que envolve terapia medicamentosa e mudanças nos hábitos de vida. Por consequência disso, a maioria dos pacientes eram reincidentes e pareciam não reconhecer a gravidade de seu estado de saúde.

Diante dos dados provenientes do senso comum surgiu o interesse de realizar uma coleta de dados de modo rigoroso e sistematizado acerca desses pacientes para compreender seu funcionamento psíquico. A atuação de psicólogos no campo hospitalar tem como foco principal manejar as dificuldades emocionais enfrentadas por pacientes no tratamento das doenças auxiliando na elaboração da nova realidade (Simonetti, 2018). As dificuldades encontradas pelo psicólogo nesses ambientes variam desde a impossibilidade em se otimizar o *setting* terapêutico até a força de trabalho insuficiente. Na atuação junto ao paciente cardiopata em contexto de urgência e emergência tem-se ainda o tempo muito reduzido diante da necessidade de celeridade da realização dos procedimentos cirúrgicos que usualmente acompanham esses casos. Além disso, esse é um paciente frágil que pode se desestabilizar hemodinamicamente e atingir rapidamente estágios críticos. Em decorrência disso, pode ocorrer desde o cancelamento de procedimentos médicos até mesmo a piora clínica do paciente. Como há uma forte relação entre os estados emocionais e o ritmo cardíaco a abordagem de assuntos com altas cargas emocionais precisa ser cuidadosa.

Muitas vezes a desestabilização do paciente se dá justamente pela desordem emocional já instalada. O evento cardiológico que provocou a internação é em si mesmo traumático. Não obstante, em boa parte dos casos os pacientes precisam ser submetidos a procedimentos de alta complexidade que incluem desde o exame de cateterismo até cirurgias cardíacas com elevado risco de morte. Diante da desconformidade entre o número de pacientes e a quantidade de psicólogos, no hospital onde ocorreu a pesquisa, prioriza-se o atendimento de pacientes que serão submetidos a esses procedimentos ou que precisam se estabilizar para receber alta.

No entanto, além de todas as questões práticas que envolvem a atuação do psicólogo hospitalar, tem-se que o atendimento ao paciente cardiopata raras vezes se desdobrava em intervenções que fossem além de uma conversa amena e inócua. Ao serem abordados pela psicóloga eles não se queixavam de nada, demonstravam compreensão de seu quadro geral e dos procedimentos envolvidos, além de serem bastante simpáticos e agradecidos. Apesar disso, não era assim que seus corpos respondiam, parecia haver um descompasso entre o que diziam e o que era percebido pelos profissionais. A compreensão que pairava a equipe que cuidava desses pacientes é a de que eles eram muito ansiosos e isso se refletia em sinais e sintomas como insônia, pressão arterial elevada e agitação. Diante disso, não sendo possível apreender as demandas do paciente por meio de suas verbalizações, levantou-se o problema que baliza a presente dissertação: qual a psicodinâmica do paciente cardiopata que atua de modo adaptativo ao meio de forma a esconder a tensão que seu corpo manifesta?

O objetivo deste trabalho é compreender a psicodinâmica do sujeito cardiopata no contexto de emergência a partir do Teste de Apercepção Temática utilizando o aparato conceitual de W. Bion. Como objetivos específicos buscou-se apreender a compreensão do paciente no tocante a seu estado de saúde e internação; evocar elementos da psicodinâmica do sujeito; investigar possíveis marcas de uma falha na capacidade de integrar impressões sensoriais e emoções em modelos capazes de serem pensados; e investigar uma possível predominância dos processos

primários e da personalidade psicótica em relação aos processos secundários e da personalidade não-psicótica do sujeito.

Como método para nossa reflexão, foi primeiramente realizado um extenso estudo teórico da obra de Bion, pois consideramos seus trabalhos sobre processar e conter as experiências emocionais fundamentais para os objetivos pretendidos. Seguimos a ordem cronológica das publicações iniciando por sua obra *Experiência com Grupos* (1959), *O Gêmeo Imaginário* (1950), *Notas sobre a Teoria da Esquizofrenia* (1954), *Desenvolvimento do Pensamento Esquizofrênico* (1956), *Diferenciação entre a Personalidade Psicótica e a Personalidade Não-Psicótica* (1957), *Sobre Alucinação* (1958), *Ataques à Ligação* (1959), *Uma Teoria sobre o Pensar* (1962), *Aprender da experiência* (1962), *Elementos de psicanálise* (1963), *A Grade* (1963), *As Transformações* (1965) e finalizamos em *Atenção e interpretação* (1970).

Como procedimento empírico, participaram da pesquisa pacientes da enfermaria cardiológica de um hospital de urgência e emergência de Goiânia. Foi realizada a análise das histórias contadas por 8 pacientes que participaram de procedimentos cirúrgicos de *peito aberto*. A amostragem foi proposital com o objetivo de compreender o fenômeno da internação em emergência cardiológica a partir de uma variedade de perspectivas, porém com o ponto em comum da DCV que conecta os participantes. Para explorar como essa variável comum se manifesta em diferentes contextos, experiências e grupos sociais foram selecionados 4 homens, os dois mais velhos e os dois mais jovens e 4 mulheres, as duas mais velhas e as duas mais jovens.

Utilizamos um questionário sociodemográfico e de hábitos de vida (QSHV) elaborado por nós com o objetivo de apreender a compreensão do paciente no tocante a sua internação, seu estado de saúde e sua relação com uso de fumo e de bebidas alcoólicas; coletar características pessoais, como sexo e idade; características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho; e relações com família e amigos. O questionário está no Apêndice A.

Considerando algumas características atribuídas ao paciente, aliadas ao curto período para realizar os atendimentos, o uso das imagens do Teste de Apercepção Temática (TAT) de Henry Murray pareceu uma alternativa viável para proporcionar a evocação de elementos da psicodinâmica do paciente. O TAT é um teste projetivo que expõe o sujeito a situações sociais específicas que inspiram expressões que, segundo Murray, possibilitam o acesso ao que o indivíduo tem de mais singular em sua relação com si mesmo e com o meio (Murray, 2019). Nos termos de Bion (1962/2021) as imagens apresentam uma preconcepção teórica de mitos universais a partir dos quais elas suscitam nos indivíduos seus próprios mitos. Para o autor tendemos a agir de acordo com modelos prévios de nossas vivências, assim, ao ser solicitado que conte uma história sobre a imagem, o sujeito a contará a partir dos seus modelos de agir.

O TAT é composto por 31 lâminas, sendo 30 com gravuras em 1 em branco. A administração proposta por Murray compreende 20 lâminas, sendo 11 compostas pelas chamadas lâminas universais e as outras 9 escolhidas conforme sexo e faixa etária. No entanto, autores como Bellak (citado por Cunha, 2007) propõe que uma administração reduzida, com no máximo 12 lâminas, é suficiente para captar a dinâmica de personalidade do paciente. Segundo Bellak (citado por Cunha, 2007), as lâminas devem ser escolhidas levando em consideração, além da idade e sexo, a possibilidade de mobilizar determinados aspectos que se quer analisar. Com base nisto, foram aplicadas 10 lâminas sendo 7 para ambos os sexos e 3 específicas para sujeitos femininos e masculinos.

A pesquisa foi realizada de acordo com as diretrizes e normas referentes aos padrões éticos estabelecidos pela legislação vigente, através da Resolução 10/2005, do Conselho Federal de Psicologia (10/2005) e da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação do projeto no CEP- HUGOL e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos Leide das Neves Ferreira (CEP/CEEPP-LNF), deu-se o início da coleta de dados. Ao abordar os pacientes cardiopatas da foi apresentado a

eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O termo foi lido em voz alta junto ao paciente, após sanadas eventuais dúvidas foi assinado pelas partes. Para estabelecer uma base material minimamente adequada, durante o período destinado à coleta de dados que se estendeu de abril a junho de 2021, todos os pacientes abordados, conforme previamente acordado com a equipe da enfermagem, eram encaminhados para um ambiente nas dependências do hospital que permitia a privacidade e menos interrupções durante o atendimento. Em casos em que o paciente estava sozinho no quarto a abordagem era realizada ali mesmo.

Após o QSHV, iniciou-se a exposição das dez imagens do TAT. Os dados foram analisados conforme o modelo dinâmico da escola francesa de interpretação do TAT (Shentoub, Debray, Brelet, Chabert e Brelet-Foulard) e a teoria bioniana. A folha de cotação dos protocolos está no Anexo C.

A presente dissertação se divide em cinco capítulos. No primeiro abordamos a teoria psicanalítica bioniana com foco nos processos de transformação da experiência a partir da busca pela verdade, da função- $\alpha$  e da relação continente-conteúdo. No segundo capítulo examinamos o papel do psicólogo e do psicanalista no ambiente hospitalar brasileiro. E, também abordamos os aspectos anatomofisiológicos envolvidos nas DCV juntamente com dados de estudos desenvolvidos na área médica e psicológica sobre a epidemiologia e a baixa adesão do paciente ao tratamento dessas doenças. No terceiro capítulo apresentamos o modelo dinâmico da escola francesa de interpretação do TAT e a confrontamos com a teoria bioniana. Os protocolos do TAT e suas análises são expostos no quarto capítulo. Por fim apresentamos a discussão dos resultados no quinto e último capítulo.

## 1. Os processos de transformação da experiência segundo a psicanálise de Bion

Apesar das diferenças em suas abordagens e dos contextos teóricos que os envolvem consideramos Wilfred Bion um importante desenvolvedor da psicanálise de Freud, especialmente dentro da tradição kleiniana. Ainda que suas contribuições se distanciem em alguns pontos das ideias freudianas, ele não rompe com Freud, em vez disso, expande algumas de suas concepções centrais. Uma das grandes contribuições de Bion é sua ênfase na experiência emocional que compreendemos ser relevante para aprofundar o entendimento da constituição psíquica e da vida emocional ao explorar como as relações emocionais precoces moldam a capacidade do indivíduo de processar e conter suas experiências emocionais, conceitos que podem ser integrados ao pensamento freudiano sobre o inconsciente e os mecanismos de defesa.

Wilfred Bion foi um psicanalista britânico, de origem indiana, que dedicou-se à observação atenta dos progressos alcançados pelas ciências naturais e humanas ao longo do século XX, incluindo avanços significativos em campos como física, matemática, biologia e linguística. Em várias ocasiões, ele integrou conhecimentos dessas e de outras áreas em suas elaborações sobre a filosofia da ciência aplicada à psicanálise, bem como sobre as teorias do conhecimento. Essa abordagem sempre esteve ancorada em sua vasta experiência clínica e na compreensão da singularidade da realidade psíquica na contribuição para a geração do conhecimento científico. Esclarecendo em vários momentos de sua obra que suas formulações não são exames epistemológicos da Teoria Psicanalítica, Bion (1965/2022) considerava que teorias como a da Identificação Projetiva de Melanie Klein e o Ego de Freud são expressões que pertencem ao sistema da Teoria Psicanalítica. No entanto, o que ele buscava postular eram *Teorias de Observação*, e o autor enfatiza isso afirmando o seu interesse não em criar teorias psicanalíticas, mas em elaborar instrumentos de trabalho úteis para se pensar sobre alguma coisa desconhecida

no fazer psicanalítico.

A obra bioniana é frequentemente dividida em duas fases. Ogden (2013) sugere que o primeiro período abrange todos os trabalhos até *O aprender com a experiência* de 1962, e marca uma tendência epistemológica da Obra. Já o segundo período contempla as obras de Bion a partir de *Elementos de Psicanálise* de 1963 e possui como maior expoente a obra *Atenção e Interpretação* de 1973, este costuma ser referido como o *período místico*. No entanto, é possível identificar ao longo de seus escritos uma continuidade cumulativa característica de todo conhecimento científico.

No livro sobre *As transformações* Bion defende que a cura psicanalítica equivale ao desenvolvimento do conhecimento que leva a uma maior compreensão da *Coisa-Em-Si*, ou verdade última que ele representa por O. E isto em sua concepção é absolutamente diferente de *voracidade*. Para a distinção dos dois Bion recorre ao que ele caracteriza como uma esfera da *aritmética dodgsoniana* ou da *matemática da Alice no País do Espelho*. Lewis Carroll, o autor de *Alice no País das Maravilhas*, era um pseudônimo de Charles Dodgson, um matemático conhecido por seu amor por enigmas, lógica e jogos de palavras. Suas obras são famosas por desafiar a percepção comum e a lógica tradicional. Essa prerrogativa evoca a ideia de uma lógica que vai além da matemática tradicional, entrando no reino do absurdo e do paradoxo. No mundo de Alice, a realidade opera segundo regras diferentes, muitas vezes contraditórias e ilógicas aos olhos do senso comum. Ao fazer essa analogia, Bion sugere que a compreensão da *cura* e da *voracidade* na psicanálise pode exigir um pensamento que transcenda abordagens lineares ou binárias. Assim como na *aritmética dodgsoniana*, a realidade psíquica pode ser complexa, não seguindo as regras do raciocínio linear ou das expectativas convencionais.

O sujeito da atualidade vive e expressa sua desconfiança na ciência, talvez por ter mais consciência da incapacidade da ávida promessa de que tudo poderia ser desvendado. Mas, se o deserto das certezas prevaleceu, prevaleceu também a esperança em encontrar a unidade. Albert

Camus (1948/2019) nos diz que é quando os cenários se desmoronam, numa interrupção da vida rotineira, que resplandece a possibilidade de consciência do absurdo da vida. O encontro com a doença é um desses momentos que provoca a destituição do aparente conhecimento, e a vida retorna à sua incoerência primordial. É um desses encontros com o *infamiliar (unheimlich)* (Freud, 1919/2019) do qual emerge o sentimento de se saber a respeito, mas de fato desconhecer. O encontro do sujeito com a doença é o mais próximo que se pode conhecer da verdade da morte. Pois, assim como todas as verdades, a morte só é passível de ser conhecida através dos seus efeitos sobre nós. Sabemos sobre o que temos notícias, e isso só é possível pela morte dos que estão a nossa volta. A morte é uma ideia da qual não é possível a sua experiência, uma vez que para tal seria necessário vivenciá-la e dela ser consciente.

Nesses momentos em que a incoerência da vida se revela é que estamos em contato com o *O* que Bion postula. Todo objeto conhecido ou conhecível pelo homem, incluindo ele próprio, deve ser uma evolução de *O* (Bion, 1965/2022). Ele não conhece a realidade última de uma cadeira, ou da angústia, ou da morte embora conheça esses fatos. O conhecimento de qualquer coisa é uma aproximação de *O* que se tornou manifesta por metáforas transformadas de outras pré-existentes. Diante de *O*, o sujeito pode retornar ao roteiro anterior e seguir se guiando pelas luzes fracas da razão ou pode se despir das ilusões do conhecimento e da esperança para abraçar plenamente a vida com todas as suas contradições e desafios.

Neste capítulo serão apresentadas as principais ideias de Bion que fundamentam esse trabalho. No primeiro tópico é abordada algumas das teorias de Freud e Klein basilares às elaborações de Bion sobre a tolerância a frustração, o caráter limitante do pensamento e a incapacidade de alcance da verdade. No segundo tópico é apresentada como a interação entre duas partes da personalidade e entre as pessoas influenciam as formas de lidar e estar no mundo.

### 1.1 Intolerância e tolerância à frustração: o limite da verdade

Desde que abandonou o uso de técnicas como a hipnose e uso de entorpecentes em seus tratamentos, Freud buscou constantemente enfatizar a fala como o meio capaz de se ter acesso a fenômenos psíquicos, capazes de repercussões nas mais variadas instâncias da vida dos indivíduos. Utilizando a técnica da *associação livre* e a *atenção equiflutuante* em sua clínica, Freud elaborou conceitos que revolucionaram a forma de se tratar sintomas que não apresentavam justificativa no corpo orgânico (Freud, 1895/2010) No entanto, a grande maioria de suas obras não se dedicaram a técnica da psicanálise, mas a teorizar sobre uma concepção de subjetividade completamente original (Coutinho Jorge, 2010).

Em seus atendimentos Freud percebeu que a linguagem não se apresentava direta e evidentemente, ao contrário, havia distorções e ocultamentos de sentidos que não aconteciam deliberadamente. Ao solicitar que suas pacientes falassem livremente ele se deparou com uma resistência que impedia o trabalho da psicanálise e que se tornou um alicerce fundamental de sua teoria: a *defesa*, que posteriormente Freud chamaria *recalcamento*. Dessas bases são elaboradas as concepções de *resistência*, *conversão* e noções iniciais de *aparelho psíquico* (Freud, 1895/2010).

Já em 1899 é lançada uma das obras mais importantes da teoria psicanalítica: *A interpretação dos sonhos (Die Traumdeutung)*. Nesse texto Freud (1900/2019a) elabora a concepção tópica de aparelho psíquico formado por instâncias: *consciente* (Cs.), *pré-consciente* (Pcs.) e *inconsciente* (Is.). Cada sistema do aparelho psíquico possui características específicas de funcionamento. No que diz respeito ao inconsciente Freud diz que seu núcleo “consiste em representantes pulsionais que procuram descarregar sua catexia; isto é, consiste em impulsos carregados de desejo” (Freud, 1900/2019a, p. 213). A formulação do inconsciente como sistema é pedra angular da teoria psicanalítica. Regido por leis próprias o Ics. é capaz de sustentar desejos contraditórios, além de ser destituído da noção de temporalidade. O processo primário

de funcionamento do sistema inconsciente é descrito por dois mecanismos: *deslocamento* e *condensação*. Freud defende que o sonho é uma forma de comunicação do inconsciente que, por ser censurada, se manifesta por esses dois mecanismos.

Entretanto, o aparelho psíquico não surge pronto e acabado, e Freud argumenta que somente após um período de desenvolvimento ele atinge a representação esquemática proposta na primeira tópica. Quando alguém nasce o sistema nervoso é dotado de um polo perceptual que registra os estímulos, tanto os que chegam do exterior, através dos órgãos dos sentidos, como os que provêm do interior do organismo (Freud, 1915/2021). Além disso, tem-se um polo motor que produz a descarga; toda a estimulação registrada no polo perceptual tende a ser descarregada através da motricidade para o exterior (Freud, 1950 [1895] 1996). Nessa fase primitiva, há o domínio do *princípio de prazer* e não é possível falar em memória, visto que esta função depende da prévia formação da *consciência* (Freud, 1950 [1895] 1996).

O princípio de prazer é um conceito central na teoria freudiana e está associado à forma como o aparelho psíquico busca a satisfação das *pulsões* e a redução de tensões (Freud, 1915/2021). Na segunda tópica do aparelho psíquico Freud o divide nas instâncias *id*, *ego* e o *superego*, que em sua teoria estão em constante conflito (Freud, 1923/2011). O princípio de prazer refere-se à tendência do *id* em buscar a satisfação e evitar o desprazer imediatamente, sem levar em conta as condições externas. No entanto, a realidade impõe limites às demandas do *id* e, surge, então, o *princípio de realidade*, em que o *ego* busca conciliar as demandas do *id* com as exigências do mundo exterior. O princípio de prazer está associado ao processo primário, caracterizado pelo pensamento mágico, ausência de lógica e busca imediata de gratificação. O processo secundário, associado ao princípio de realidade, envolve o pensamento lógico, planejamento e consideração das consequências (Freud, 1920/2020). Na visão freudiana, o princípio de prazer é uma força motriz poderosa, mas a vida em sociedade exige a modulação dessas forças para garantir a convivência e a adaptação.

A interação entre o princípio de prazer e o princípio de realidade é fundamental para a compreensão da dinâmica psíquica. As ideias centrais sobre a natureza do contato com a realidade, o efeito da realidade sobre o psiquismo e o estado do ego, além da importância das primeiras identificações, são temas que perpassam toda a obra freudiana e implicam a dinâmica das pulsões. A pulsão (*trieb*) representa psiquicamente as excitações provenientes do corpo colocando-a na fronteira entre o psíquico e o somático. Ela jamais será consciente e no inconsciente se apresenta através de seus representantes psíquicos: o *representante ideativo* (*Vorstellung*) e o *afeto* (*Affekt*). O representante ideativo trata da *inscrição do objeto* nos sistemas mnêmicos que constituirá, tanto o conteúdo inconsciente, quanto o próprio inconsciente, visto que é sobre esse representante ideativo que ocorre o processo de recalçamento. A rigor, o afeto não pode ser inconsciente e expressa a qualidade de energia pulsional, no entanto é independente do representante ideativo, assim como dos seus destinos. A nível inconsciente o afeto precisa se ligar a um representante ideativo (Freud, 1915/2021).

A pulsão é composta por *fonte, pressão, meta e objeto*. A fonte (*Quelle*) da pulsão não é psíquica, mas somática e representa psiquicamente a excitação em algum órgão ou parte do corpo. A fonte somática tanto pode ser o órgão de onde provém a excitação como o processo físico-químico que constitui essa excitação. A segunda dimensão da pulsão é a pressão (*Drang*) que, de acordo com Freud, trata do “seu fator motor, a soma de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa” (Freud, 1915/2021, p. 25). A pressão é uma força constante que impele o organismo a execução de uma ação que eliminará a tensão psíquica.

A meta ou objetivo (*Ziel*) da pulsão é sempre a satisfação, isto é, a descarga da energia acumulada, ou a redução da tensão provocada pela pressão. Por fim, o quarto elemento em relação ao qual Freud define a pulsão, é o objeto (*Objekt*). Definido por ele como “aquele junto ao qual, ou através do qual a pulsão pode alcançar sua meta” (Freud, 1915/2021, p. 25), é o que há de mais variável na pulsão, enquanto o objetivo é, de certa forma, invariável. O objeto,

nesse sentido pode ser uma pessoa ou parte de uma pessoa e pode também ser real ou fantasmático. O objeto em seu sentido objetual, trata da relação do objeto com a meta e, mais ainda, da maneira como a pulsão se relaciona com o objeto. Ou seja, da relação do sujeito com o seu mundo.

O primeiro dualismo pulsional estabelecido por Freud foi entre as *pulsões sexuais* e as *pulsões do ego*. Segundo ele as primeiras favoreceriam a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e as segundas que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo e se opõem às pulsões sexuais. As duas funcionam sob predomínio de diferentes princípios. O princípio das pulsões do ego é o princípio de realidade, visto que elas só se satisfazem com um objeto real. Já as pulsões sexuais são regidas pelo princípio de prazer, uma vez que podem satisfazer-se com objetos *fantasmáticos* (Freud, 1915/2021). No texto *Introdução ao narcisismo (Zur Einführung des Narzissmus)* de 1914, Freud introduz a teoria do *narcisismo* como um estágio inicial do desenvolvimento psicosssexual, nesta fase, que foi posteriormente chamada de *narcisismo primário*, não há uma clara distinção entre interno e externo, e a *energia libidinal* é direcionada para o próprio ego. A partir da introdução do conceito de narcisismo, Freud vai afirmar que o dualismo proposto não se refere a uma natureza distinta das duas pulsões, mas, apenas a sua função. Dessa maneira, as pulsões de autoconservação não emanam do ego, mas servem a ele. A noção de narcisismo tornou claro o fato de que as pulsões sexuais podiam retirar a libido investida nos objetos e fazê-la voltar sobre o próprio ego (Freud, 1914/2010b).

Em psicanálise, o termo libido se refere as manifestações dinâmicas na vida psíquica da pulsão sexual. Sua origem é essencialmente sexual, mas pode ser *dessexualizada* no que se refere ao objetivo. Já nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie)* Freud (1905/2016) distingue as fases pré-genitais da libido, caracterizadas por um modo de *relação objetual* (autoerótica, narcísica, objeto parcial etc.). Na *Introdução ao*

*Narcisismo* estabelece a distinção entre *libido do ego* (ou *libido narcísica*) e *libido objetal*, opondo-as não por conta da natureza da energia, mas por conta do objeto de investimento. Nesse sentido, a *libido narcísica* é investida no ego enquanto a *libido objetal* trata do investimento da *libido* em objetos externos. Posteriormente, Freud unifica as pulsões sexuais e do ego sob o nome de *pulsões de vida* e as contrapõe à *pulsão de morte*, ou seja, tendência inerente a todo ser vivo de retornar ao estado inorgânico com a eliminação completa das tensões (Freud, 1920/2020)

As concepções iniciais de Sigmund Freud sobre as primeiras relações de objeto levaram-no a considerar que os pacientes esquizofrênicos estavam regredidos ao nível autoerótico, ao narcisismo primário. Diante dessa perspectiva, Freud (1911/2010d, 1914/2010b, 1911/2010c) sustentava que o atendimento psicanalítico de psicóticos não era viável, dada a ausência de relações objetais que impediria a *transferência*. No entanto, Melanie Klein desafiou essa visão por meio de suas teorizações, que ampliavam as formulações de Freud, e evidenciavam a viabilidade do trabalho psicanalítico na psicose.

Klein e outros analistas do seu grupo argumentaram que o narcisismo não representava uma fase anobjetal do desenvolvimento, como sugerido no narcisismo primário, mas sim uma organização narcísica ou estados narcísicos. Nesse estado, a aparente ausência de um objeto externo resultava de uma indiferenciação eu/outro e da atuação de *defesas primitivas* anteriores à repressão, como *cisões*, *identificação projetiva*, *recusa* e *negação*, dirigidas até mesmo aos órgãos de percepção (Klein, 1946/1969).

Principalmente a partir do artigo *A negação (Verneinung)* (Freud, 1925/2020a) Klein estabeleceu uma conexão entre *pulsão de morte*, *sadismo oral* e o processo de *incorporação* do objeto primário. Nessa perspectiva, o narcisismo seria o investimento da *libido* não no ego propriamente dito (Freud, 1914/2010c), mas em um objeto interno idealizado, cuja função seria a proteção contra sentimentos como ódio e inveja (Klein, 1946/1969). O trabalho do grupo

kleiniano concentrou-se em demonstrar a dinâmica introjetiva e projetiva das primeiras identificações, juntamente com a formação de um *superego arcaico*. Seu objetivo era descrever as bases mais primitivas do ego e de suas funções, evidenciar os efeitos das ansiedades e das pulsões de vida e morte intensificadas sobre o psiquismo, e estabelecer a abordagem analítica a ser adotada nessas condições (Salvitti, 2009).

Tendo como base as investigações dos efeitos da pulsão de morte sobre o ego, Klein desenvolveu amplamente o mecanismo de cisão que Freud (1940/2014b, 1940/2014a) abordou com mais evidência somente em seus trabalhos finais. Na teoria de Melanie Klein (1946/1969), a *posição esquizoparanóide* é uma das duas posições iniciais que a criança experimenta sendo, a outra a *posição depressiva*. A criança começa sua vida na posição esquizoparanóide, onde predominam sentimentos ambivalentes de amor e ódio extremos em relação aos objetos. Os processos mentais de clivagem e identificação projetiva ocorrem nessa posição. A clivagem é um mecanismo de defesa usado para lidar com sentimentos conflitantes em relação aos objetos (pessoas ou partes de pessoas). Klein descreve a clivagem como uma divisão na mente, em que aspectos positivos e negativos do objeto são mantidos separados e independentes. A identificação projetiva, por sua vez, é uma extensão da cisão. Neste processo, o sujeito projeta partes de si, juntamente com seus sentimentos e fantasias internas, para o objeto externo. Isso é feito para controlar ou influenciar o objeto, muitas vezes, de uma maneira manipulativa ou até mesmo destrutiva (Klein, 1946/1969).

A transição para a posição depressiva, segundo Klein (1946/1969), é um momento em que se começa a reconhecer que as ações podem ter consequências danosas. Nessa fase, a criança começa a sentir culpa e ansiedade diante da possibilidade de ter causado danos irreparáveis ao objeto amado. Esse período também está relacionado com a formação de *símbolos* para representar seus sentimentos e desejos, sendo esses símbolos uma forma de comunicação que transcende a realidade concreta.

Bion foi um dos teóricos que fez parte do grupo de trabalho de Klein e foi além dessa abordagem ao propor que a passagem da posição esquizoparanóide para a depressiva não é um movimento progressivo unidirecional, mas uma interação dinâmica entre as duas posições que ele representa por PS↔D (Bion,1963/2004). Para Bion (1970), a identificação projetiva foi concebida por Klein a partir da materialização da ideia de espaço tridimensional de um indivíduo comum. Segundo o autor, as abordagens tradicionais kleinianas se baseavam na imagem visual de um espaço que engloba uma variedade de objetos; dentro desse espaço, presume-se que os pacientes projetem uma parte de sua personalidade, a qual foi clivada. Inicialmente observada por Melanie Klein em pacientes psicóticos ou limítrofes, juntamente com seus colaboradores, ela posteriormente ampliou sua aplicação, considerando que realizações próximas a essa teoria podiam ser identificadas em personalidades neuróticas e normais (Bion, 1970).

Klein enfatizou o grau de fragmentação e a distância na qual os fragmentos eram projetados, destacando esses elementos como fatores determinantes no nível de distúrbio mental manifestado pelo paciente em seu contato com a realidade. Bion (1970) compartilhava dessa perspectiva, mas à medida que sua prática com os pacientes psicóticos se intensificava, tornou-se evidente para ele que uma formulação mais precisa da teoria era imperativa.

O espaço mental é descrito por Bion (1970) como um reino onde as restrições físicas e espaciais do mundo real não se aplicam. No domínio das imagens visuais mentais, há uma liberdade quase infinita e um número ilimitado de linhas pode passar por um ponto no espaço mental. No entanto, ao tentar representar essas imagens mentais em um meio físico, como desenhar um ponto e linhas em um papel, encontramos limitações. Neste contexto físico, apenas um número finito de linhas pode passar por um ponto, refletindo as restrições do espaço tridimensional. Esta diferença destaca a natureza limitativa do mundo físico em comparação com a liberdade do espaço mental.

Bion (1970), então postula o espaço mental como uma *coisa-em-si* – uma entidade em si mesma, incognoscível em sua totalidade, mas que pode ser representada por meio de pensamentos. Bion, da mesma forma que Freud parte do pressuposto que todo verdadeiro conhecimento é impossível. E, assim como tantos outros faz parte de um grupo de pensadores que, independentes uns dos outros, se enveredaram por um universo em que, segundo Albert Camus (1948/2019), a verdade não é passível de ser encontrada pelos caminhos da razão. Nessa vertente, todo nosso conhecimento é meramente aproximativo e a irracionalidade indiferente dos eventos do mundo ecoam no homem como um profundo desejo de ordem e busca de sentido.

Reconhecendo que, para a maioria das pessoas, os pensamentos não possuem um caráter inerentemente restritivo, Bion (1970) afirma que isso só se evidencia quando há a necessidade de aplicá-los a *material pré-verbal*. O termo *material pré-verbal* refere-se a experiências ou conceitos que ainda não foram plenamente verbalizados ou integrados na linguagem. Isso pode ocorrer quando o indivíduo não tem experiência suficiente com um determinado conceito ou experiência para formular uma conjunção constante, ou seja, uma conexão estável e compreensível entre a experiência e a linguagem. Bion (1970) compara essa situação a várias outras condições em que a compreensão ou a consciência é limitada diversas razões. Por exemplo, experimentar dor sem realmente sofrê-la pode ser comparado a não compreender o movimento planetário antes da invenção do cálculo diferencial, ou não estar consciente de um fenômeno mental porque ele foi reprimido. Outro exemplo dado, é a falta de conhecimento sobre um evento simplesmente porque ele não ocorreu. Essas comparações visam ilustrar como a limitação na compreensão ou na consciência pode surgir de diferentes fontes: falta de ferramentas conceituais ou linguísticas (como no caso do cálculo diferencial), processos psicológicos (como a repressão) ou a ausência de experiência direta. Em todos esses casos, há uma desconexão entre a experiência ou o conceito e a capacidade de articulá-lo ou compreendê-

lo completamente.

Para alguns sujeitos a percepção da realidade pode ser especialmente desafiadora quando essa realidade é seu próprio estado mental. Bion (1970), utiliza como exemplo o bebê que descobre a própria mão e ilustra como a percepção pode se voltar para dentro, para sensações internas como dor, terror, ansiedade ou *dor mental*. Enquanto em muitas personalidades essa percepção é tolerável, há sujeitos que não toleram a dor ou a frustração. Essas pessoas podem sentir a dor, mas não a processam de maneira efetiva, não conseguindo reconhecer ou sofrer com ela. Essa dificuldade em processar a dor também afeta a capacidade de *sofrer* ou experimentar o prazer, negando a esses sujeitos o encorajamento que poderiam obter de experiências positivas. Nesses casos a compreensão e a experiência da realidade podem ser distorcidas e, ao invés de compreender uma palavra como representação de algo real, algumas pessoas podem experienciá-las como algo ausente ou mesmo indistinguível de uma *alucinação*. Para descrever esses objetos percebidos que são distintos da realidade e podem ser confundidos com alucinações, Bion (1970) os nomeia como *elementos-β*, um conceito análogo à *representação-coisa* de Freud. Essa nomenclatura busca evitar as conotações negativas ou inapropriadas associadas ao termo alucinação, oferecendo uma maneira de entender melhor essas experiências distorcidas da realidade.

Em *O Aprender da Experiência*, (Bion, 1962/2021) se vale da concepção de Henri Poincaré para descrever o processo de criação de uma fórmula matemática. Poincaré enfatiza a importância de unir elementos previamente conhecidos, mas dispersos e aparentemente desconexos, para instaurar ordem em meio à desordem. Esta unificação não apenas valoriza o novo resultado, mas também confere significado aos elementos anteriores ao relacioná-los. Poincaré ressalta a limitação da mente humana, comparável à dos sentidos, que se perde na complexidade se ela não for harmoniosa. Ele argumenta que merecem atenção apenas os fatos que simplificam e tornam acessível essa complexidade. Na compreensão de Bion esta visão de

Poincaré assemelha-se notavelmente à teoria psicanalítica de Melanie Klein sobre as posições esquizoparanóide e depressiva.

Dentro dessa perspectiva, Bion ressalta que antes da criação de um sistema dedutivo científico, os  *fatos selecionados* são elaborados por processos racionais conscientes. Após essa elaboração, a  *representação* que harmoniza os elementos dos fatos selecionados coerentes, é formulada dentro do sistema dedutivo científico. Bion diz que esse processo equivale a nomear uma  *conjunção constante* de fenômenos e ao que Freud disse sobre como o pensar “tornou-se investido com outras qualidades que eram perceptíveis à consciência somente através de sua conexão com traços de memória de palavras (Freud, 1900/2019a, p. 253)”.

Dentro desse paradigma Bion (1965/2022) formula sua  *matemática emocional*. Se o meio de configurar a  *conjunção constante* é através de sinais, os números servem a esse propósito. Isso implica que a  *conjunção constante* permanece desconhecida e ainda não possui significado, é apenas um sinal. Os números são utilizados como elementos fundamentais que são combinados uns com os outros de acordo com a necessidade que surge quando novos números ou elementos são introduzidos no processo. Esta  *representação numérica* é necessária porque se identifica que a  *conjunção constante* (ou a  *relação permanente* entre os elementos) requer uma forma específica de organização ou configuração. Com os  *enunciados*, as transformações se dão da mesma forma (Bion, 1970, 1965/2022). Por exemplo, se percebe-se que o número 1 (um) não é suficiente para representar certa realidade ou conceito, então o número dois é introduzido. Este processo reflete a ideia de que o desenvolvimento segue um plano sistemático de enumeração ou contagem. Em outras palavras, à medida que o processo evolui, novos números ou elementos são adicionados para representar de maneira mais adequada e completa a realidade ou o fenômeno em questão. Este método de enumeração é uma ferramenta crucial para organizar e entender o processo de  *transformação* em análise.

A manipulação de números é incentivada pela necessidade de configurar uma  *conjunção*

constante (Bion, 1970, 1965/2022). Isso significa que, ao nos depararmos com situações ou problemas constantes, sentimos a necessidade de organizá-los ou representá-los de forma estruturada, frequentemente através de números ou fórmulas matemáticas. Os números e suas combinações levam à formulação de enunciados matemáticos. Esses enunciados são usados para analisar e compreender diferentes fenômenos. Na ciência, os enunciados matemáticos são utilizados para examinar o mundo conforme é geralmente compreendido pelos cientistas. Eles ajudam a estruturar e investigar hipóteses sobre a realidade (Bion, 1970, 1965/2022).

Há uma aspiração contínua em completar totalmente os enunciados matemáticos, similar à busca por compreensão plena em filosofias ou religiões como as *reminiscências platônicas* ou *encarnações religiosas* mencionadas por Bion (1970, 1965/2022). Apesar dessa aspiração, alcançar a saturação completa é improvável, devido às limitações da capacidade humana e ao *vácuo do infinito informe*. Essa expressão da obra *O Paraíso Perdido* de John Milton é utilizada por Bion (1965/2022) para ilustrar que há sempre algo inatingível ou desconhecido, seja dentro ou fora da mente humana, que não pode ser completamente compreendido ou explicado.

No sistema dedutivo científico, as hipóteses são mantidas por normas lógicas que não necessariamente correspondem às normas que vinculam os elementos na prática. Estas normas consolidam as hipóteses em um sistema de hipóteses, caracterizando o pensamento racional consciente. No entanto, elas diferem da relação entre os elementos da realização, cujas manifestações estão alinhadas com o surgimento do fato selecionado. Assim, o fato selecionado representa a experiência emocional e o sentido de descoberta de coerência, tendo um significado epistemológico, e não estritamente lógico.

Esta abordagem sugere que a relação entre os elementos do sistema dedutivo e a coisa-em-si pode não ter um equivalente direto na realidade. Os enunciados matemáticos podem tentar expressar um sistema de relacionamentos entre objetos matemáticos, mas a realização destes relacionamentos pode não ter correspondência exata. Os elementos do objeto analítico se

relacionam de maneira distinta das suas representações no sistema dedutivo científico. O progresso na compreensão destas relações depende, em parte, da interação entre o desejo de conhecimento e a resistência a ele, assim como dos objetos psicanalíticos específicos a essa dinâmica.

A experiência emocional é transformada em elementos que podem ser armazenados e usados para *abstrações* futuras. Esta transformação permite que a experiência seja preservada, ainda que adaptável a novas experiências. O modelo que surge desta abstração satisfaz uma necessidade urgente de concretude, formando-se a partir da combinação dos elementos armazenáveis. À medida que se empregam mais estes elementos, o modelo se torna mais rígido e sua aplicação mais restrita, a menos que seja modificado por novas abstrações. Este sistema de abstrações constitui o que conhecemos como o sistema dedutivo científico, combinando as abstrações segundo as leis da lógica.

Bion considera que “o pensar passa a existir para dar conta dos pensamentos” (Bion, 1962/2003, p. 128). Isso pressupõe uma prioridade cronológica do pensamento em relação ao pensar o que, segundo o autor, é possibilitada pela existência de um pensar primitivo que os desenvolve. O pensar primitivo deriva da garantia de sobrevivência e, portanto, da necessidade de exatidão ao usar os pensamentos sob as exigências da realidade. Bion (1963/2004) postula que os pensamentos existentes nesse período, provenientes de um pensar primitivo, são estados emocionais e percepções corporais concebidos como coisa-em-si, como objetos externos, ou a realidade última incognoscível simbolizada por O. Esses pensamentos são os elementos- $\beta$  dispersos e congêneres à clivagem e fragmentação da posição esquizoparanóide conforme a definição kleiniana.

A capacidade de formar símbolos a partir da ausência dos objetos, é fundamental para o desenvolvimento do pensamento (Bion, 1962/2021) . A interação  $PS \leftrightarrow D$  reúne elementos- $\beta$  capazes de formar sinais e reúne esses sinais para depois poder pensar, Bion descreve esses

sinais como um escrever que precede o falar e o pensar:

Assim como um assobiar à-toa não chega a ser música por não obedecer a nenhuma regra ou disciplina da composição musical, assim como o rabisco não chega a ser um desenho por não estar de acordo com a disciplina de criação artística, assim também a sua fala, por não obedecer aos padrões do discurso coerente, não se qualifica como comunicação verbal. As palavras empregadas caem em um padrão sonoro indisciplinado (Bion, 1963/2004, p. 52).

Por meio de  $PS \leftrightarrow D$  o objeto total é delineado fixando-se uma coerência entre os elementos- $\beta$  dispersos integrando-os em elementos capazes de ser pensados. A partir de uma *hipótese definidora* atribui-se um sinal a esse conjunto de elementos- $\beta$  que pode ser expresso em rabiscos ou sonorizações. Uma hipótese definidora implica em reconhecer que alguma coisa é, que ela tem um limite, mas também implica em reconhecer que ela não é. Esse aspecto negativo da definição desencadeia o conhecimento da perda, ou seja, do pensamento como uma *não-coisa*. Essa experiência emocional característica da posição depressiva precisa ser tolerada para que uma *preconcepção* se forme (Bion, 1970, 1963/2004).

A preconcepção fica disponível na memória para identificar *realizações* que dela se aproximem. Uma realização é um conjunto de fenômenos, de impressões sensoriais adequadas para satisfazer a preconcepção. Bion (1963/2004) equivale essa característica do *aprender com a experiência* à definição de Freud de que a *atenção* “atua de modo intermitente, sonda o mundo externo, de maneira que, já lhe sejam familiares, seus dados, caso surja uma necessidade interna urgente (Freud, 1923/2011, p. 37).” Isso possibilita que qualquer experiência seja usada como um modelo em experiências futuras. Quando há a correspondência entre uma realização e uma preconcepção tem-se uma *concepção*.

Nesse caso, um nome ou palavra é percebido como uma *não-coisa* – algo que não tem existência física ou tangível por si só. A capacidade de tolerar experiências desagradáveis

permite estabelecer uma conexão entre o nome e o conceito ou objeto que ele representa. Esta habilidade de observar uma conjunção constante – a relação consistente entre palavras e seus significados ou referências no mundo real – permite a associação entre palavras e conceitos e sua utilização de forma adequada. Essa capacidade de fazer conexões consistentes e usar nomes de maneira significativa indica uma relação funcional e integrada com a linguagem e a realidade.

Bion (1970) argumenta que qualquer tentativa de definir algo, seja por meio de exclamações, nomes, sistemas teóricos ou afirmações, carrega consigo uma natureza fundamentalmente negativa. Essa negatividade não reside na hipótese em si, mas na reação subjetiva do receptor, que pode interpretá-la de maneira diversa, dependendo de seu temperamento. Explorando a relação entre a tolerância à frustração e a aceitação de hipóteses definidoras, para Bion se uma personalidade é incapaz de lidar com a frustração, ela pode desenvolver a suposição de que a hipótese definidora implica em algo existente. Essa suposição, então, se torna uma preconcepção. No entanto, se a inabilidade em tolerar frustração é excessiva, a personalidade pode reagir negativamente à afirmação, negando-a em sua existência e tentando aniquilá-la como hipótese definidora.

A imediatez do conhecimento da perda e do aspecto negativo da definição, contrasta com a espera necessária para o conhecimento do ganho. Dessa forma, a excessiva inabilidade em tolerar frustração, segundo Bion, obstrui o desenvolvimento da preconcepção e a ciência das realizações, favorecendo a *não-coisa* em detrimento das correspondentes realizações. A intolerância extrema, de acordo com Bion, pode levar à destruição da não-coisa e à promoção da alucinação, que é percebida como imediata e, portanto, mais atraente. Similarmente se dá a dicotomia entre o pensamento e a atuação, uma vez que o pensamento é sentido como restritivo, enquanto a atuação proporciona uma sensação de liberdade. Bion apresenta uma escolha para o paciente: permitir que a intolerância de frustração transforme a não-coisa em pensamento,

adquirindo assim a liberdade descrita por Freud, ou usar a não-coisa como base para um sistema de *alucinoze*.

A alucinação (elemento- $\beta$ ) deve ser distinguida de conceitos correlatos como ilusão e delírio. Na teoria de Bion (1965/2022), estes últimos representam fenômenos associados a preconcepções que se transformam em concepções, ao se vincularem com realizações que não correspondem completamente a elas. Essas realizações, ainda que não possuam correspondência adequada com as preconcepções, são externas ao sujeito e têm características suficientes para gerar ambiguidade e uma falsa percepção. A satisfação da preconcepção, portanto, ocorre através de uma realização que possui uma existência autônoma em relação à personalidade. No entanto, a alucinação, não consiste em representações e ela não utiliza acontecimentos externos para representar outros fenômenos; sendo totalmente dependente das produções do sujeito em sua personalidade ela não falha em representar, ela falha em ser a coisa em si.

Nos casos em que existem elementos- $\beta$  em excesso, Bion (1965/2022) descreve a necessidade acentuada do sujeito em demonstrar autonomia, dissociando-se de tudo que não seja fruto de sua própria criação. Este padrão de comportamento reflete uma tentativa de afirmar a si mesmo e suas habilidades de maneira independente que visa negar a própria falta. As produções desses indivíduos originam-se de uma suposta habilidade em utilizar os sentidos como mecanismos de descarga emocional. Esses sentidos, juntamente com suas contrapartes mentais, são empregados para construir um universo idealizado, criado e controlado por ele. Neste universo, a percepção sensorial e o processamento mental, colaboram para dar forma a uma realidade percebida pela pessoa como perfeita. Qualquer indício de imperfeição neste universo cuidadosamente construído é interpretado como um sinal de forças externas inimigas, possivelmente movidas pela inveja. Essa percepção de antagonismo, fortalece a convicção de que sua autonomia e poder pessoal são suficientes para satisfazer todas as suas necessidades,

reforçando uma sensação de independência absoluta de outros indivíduos ou de suas influências. A crença em sua própria onipotência e independência, no entanto, entra em conflito com as evidências trazidas pelos sentidos, que muitas vezes contradizem essas noções de autossuficiência e controle absoluto, afinal acreditar que está sem fome não elimina a fome, por exemplo. Esse contraste entre a realidade percebida e a realidade sensorial efetiva gera um estado de insatisfação, indicando uma desconexão entre as expectativas do indivíduo e as experiências concretas.

Quanto mais a questão se aproxima da convicção de existir, ou ter que existir, ou vir a existir um *objeto ideal* (ainda que em sua imaginação), para satisfazer-se, mais difícil é abandonar a alucinação como aproximação mais adequada a esse objeto. A chance mais propícia para um encaminhamento efetivo surge quando sentimentos como rivalidade, inveja e ódio são secundários e não constituem características intrínsecas da personalidade do paciente, mas sim aspectos derivados de circunstâncias externas (Bion, 1965/2022). Além dos aspectos que envolvem a transformação em alucinação, nesses indivíduos os sentimentos de bem-estar e vitalidade são oriundos da mesma fonte de conflito. Não obstante, a crença de que a perda das partes negativas da personalidade levaria inevitavelmente à perda daquela parte que sustenta sua saúde mental contribui para a intensidade dos medos do paciente. Esse medo intenso interfere em todas as tentativas de resolver o dilema (Bion, 1970, 1965/2022).

## **1.2 Função- $\alpha$ : a transformação da realidade sensorial em realidade psíquica**

Freud, a partir dos estados mentais das histéricas, considerados patológicos na época, desenvolveu a teoria da psicanálise. Suas elaborações permitiram a compreensão da dinâmica do funcionamento mental não apenas dos ditos estados patológicos, como também dos sujeitos considerados normais. Considerando, inclusive, a neurose como o funcionamento normal. Bion realiza um caminho semelhante, ao se aprofundar na compreensão do funcionamento psicótico,

ele apreende partes do dinamismo psíquico comum a todos os sujeitos. Na teoria bioniana consideram-se que as pessoas estão imersas em contínua transformação, dessa maneira, mecanismos que ocorrem em fases iniciais do psiquismo ocorrem em maior ou menor grau durante toda a vida do sujeito.

O modelo mental bioniano visa complementar o de Freud, incorporando considerações sobre processos primitivos e psicóticos a partir de um paradigma teórico orientado pela teoria das relações objetais e pelos conceitos de cisão e identificação projetiva. Isso ampliou significativamente o escopo de atuação do analista em que, sob a ótica clássica, o analista lida apenas com as fantasias inconscientes do paciente e a ideia central é recuperar o conteúdo que se tornou inconsciente devido ao processo de repressão. Conforme a teoria freudiana, os pacientes psicóticos não possuem tais fantasias, o que tornaria o trabalho psicanalítico com tais pacientes impossível.

Com a teoria de Bion (1956/1994a, 1950/1994c, 1954/1994b), considera-se que os psicóticos possuem fantasias, ainda que em sua forma consciente, que são cindidas e projetadas nos outros, o que torna o trabalho terapêutico viável. Para o autor, a incapacidade do psicótico de produzir fantasias características da neurose deve-se à ausência da chamada *função- $\alpha$* , que é essencial para metabolizar a experiência emocional. Além disso, Bion amplia ainda mais ao considerar que esse tipo de funcionamento não é característico apenas dos indivíduos patologicamente diagnosticados psicóticos.

A teoria de Bion (1956/1994a, 1950/1994c) propõe uma visão da personalidade humana com uma natureza dual, na qual todas as pessoas possuem, pelo menos, duas facetas distintas de personalidade, uma *psicótica* e a outra, *não psicótica*. A parte não psicótica da personalidade é a parte que mantém a capacidade de pensar de forma mais organizada e lógica. Aqui, os processos de pensamento são mais adaptativos, permitindo que o indivíduo faça uso de símbolos e linguagem para dar sentido às suas experiências emocionais. Por outro lado, a parte

psicótica da personalidade refere-se a um estado de mente primitivo e desorganizado que resiste a saber mais do que é possível tolerar (Bion, 1970, 1965/2022). Embora essa resistência seja adaptativa em momentos de angústia aguda, a longo prazo, evitar conhecimentos dolorosos pode resultar em um estado de limbo, impedindo a integração das informações e o desenvolvimento do pensamento (Bion, 1970, 1959/2003a). Dessa forma, nessa parte, os processos de pensamento são altamente perturbados, caracterizados por uma falta de capacidade de simbolização e de diferenciação entre o eu e o não eu. Isso leva a experiências de confusão, despersonalização e um colapso da realidade.

Bion argumentou que as pessoas não permanecem em um estado exclusivamente psicótico ou não psicótico o tempo todo. Há uma constante transição entre essas partes, e a capacidade de uma pessoa de manejar essa transição influencia sua saúde psicológica. A capacidade de conter e processar experiências emocionais é frequentemente frágil ou inadequada na parte psicótica da personalidade. Essa dificuldade pode se dar devido a uma função- $\alpha$  subdesenvolvida. A função- $\alpha$  atua sobre as impressões sensoriais que são conscientes ao sujeito e as transforma em elementos- $\alpha$ . Mas, se essa função está impedida de operar, seja por uma falha constitucional ou pela realidade ser intolerável ao paciente, as impressões sensoriais e as emoções que ele está experimentando não se transformam e continuam sendo elementos- $\beta$ . Estes emergem de funcionamentos primários em que predominam o princípio de prazer e são fundamentais para o funcionamento da identificação projetiva, para a comunicação não-verbal e para a comunicação grupal (Bion, 1970, 1961/2003b). Por conseguinte, o conteúdo das manifestações da parte psicótica da personalidade é frequentemente dominado por elementos- $\beta$  (Bion, 1962/2021) o que pode evidenciar-se através de mecanismos de defesa primitivos, como a cisão, a negação ou a projeção, o que também impede a integração e o processamento emocional (Bion, 1970, 1959/2003a).

O sujeito se relaciona com o meio através dos seus sentidos e a função- $\alpha$  é um passo inicial

para que ele seja capaz de transformar os dados associados à experiência sensível em imagens visuais, padrões auditivos e olfativos. Esses são elementos- $\alpha$  que são utilizáveis nos *pensamentos oníricos*, no *pensar inconsciente* da vigília, em sonhos, na *barreira de contato* e na memória (Bion, 2000, 1962/2003c, 1962/2021). O *conhecimento* abrange tudo aquilo que o sujeito sabe e não sabe, ou seja, os elementos  $\alpha$  e  $\beta$  empregados por ele em sua relação com um campo de fatos. Sem elementos- $\alpha$  não é possível conhecer alguma coisa. Em contrapartida, eles são o conhecimento do sujeito, uma vez que, emergem de dados sensoriais assimilados: “usamos nosso conhecimento e experiência para ganhar mais conhecimento e experiência”(Bion, 2000, p. 185).

Na prática clínica, as teorias das funções, em especial, a da função- $\alpha$ , permite fazer interpretações que esclarecem como algumas pessoas experimentam sentimentos e sensações, que, muitas vezes, diferenciam-se sutilmente, sem, no entanto, aprender com eles. As impressões sensoriais têm um significado, porém, esses sujeitos, devido à falta de consolidação da função- $\alpha$  e à ausência de uma representação mental adequada dessas impressões, são incapazes de atribuir sentido a essas experiências, ou seja, de aprender algo com elas.

Segundo Bion (1963/2004), quando o aparelho psíquico é inundado por sensações e percepções, eles serão conjugados com a realidade e poderão ser experimentados como realizações ou *frustrações*. A frustração é a realização negativa de uma experiência emocional. Ela deve ser *consciente* ao sujeito que a vivencia para que possa ser transformada em objetos- $\alpha$  pela função- $\alpha$ . Freud considera a *consciência* como “um órgão dos sentidos para a percepção de qualidades psíquicas” (Freud, 1923/2011, p. 42). Ficar inconsciente ou tornar consciente uma experiência emocional exige que, ao vivenciá-la, seja durante o sono ou enquanto acordado, o sujeito seja capaz de transformá-la em elementos- $\alpha$  (Bion, 2000, 1962/2003c, 1962/2021)

O fracasso da função- $\alpha$  em produzir elementos- $\alpha$  resulta na ausência de imagens visuais mentais de pontos, linhas e espaço. Em outras palavras, quando essa função não opera

adequadamente, o indivíduo enfrenta dificuldades significativas em formar representações mentais coerentes e estruturadas do mundo ao seu redor. Isso impede o sujeito de *mapear* ou entender seu próprio espaço mental de forma eficaz. Esta situação é comparada por Bion (1970), à de um geômetra antes da invenção das coordenadas cartesianas que não conseguia elaborar a geometria algébrica, da mesma forma, pacientes com um funcionamento inadequado da função- $\alpha$  lutam para formular uma compreensão estruturada e organizada de suas experiências mentais. A invenção das coordenadas cartesianas permitiu uma nova maneira de representar e entender o espaço e as formas geométricas; de maneira análoga, a função- $\alpha$ , quando operacional, permite ao indivíduo organizar e compreender suas experiências emocionais e sensações.

Bion (2021) propõe que o inconsciente é composto por conteúdos que foram processados pela *função- $\alpha$* . O conteúdo que é assimilado torna-se parte do inconsciente, estando sujeito ao esquecimento, armazenamento ou integração nas fantasias do indivíduo. Por outro lado, os conteúdos que não podem ser assimilados pela função- $\alpha$  são expulsos da mente através de mecanismos como *acting out*, fenômenos psicossomáticos, identificações projetivas, alucinações ou delírios. Estes são vistos como métodos de descarte, característicos da parte psicótica da personalidade, e representam aquilo que é perturbador para o indivíduo e que não pode ser processado mentalmente, e, portanto, deve ser eliminado.

A produção de elementos- $\alpha$  é indispensável para o funcionamento do ego, em que predomina o princípio de realidade. São os elementos- $\alpha$  que, ligados entre si, constituirão a *barreira de contato* (Bion, 2000, 1962/2003c, 1962/2021). A função- $\alpha$  e a barreira de contato combinam os processos primários com os processos secundários e, assim, permitem o intercâmbio entre os elementos conscientes e inconscientes. Esse processo fornece contornos e a sensação de integração ao indivíduo que passa a diferenciar o interno do externo.

O elemento- $\alpha$  é mental e particular, altamente específico e subjetivo. Ele pode ser usado de diferentes maneiras, mas sua característica principal é se integrar no pensamento onírico e

no pensamento inconsciente de vigília. Se o indivíduo é capaz de converter sua experiência emocional em elementos- $\alpha$ , essa experiência tanto pode se tornar consciente quanto inconsciente (Bion, 2000). Quando esse processo ocorre durante o sono, é possível formar pensamentos oníricos, ou seja, imagens mentais que podem ser narradas depois como sonhos. Mas, se acontece enquanto acordado, esses elementos irão compor o pensamento inconsciente de vigília, pensamentos oníricos, a memória etc. A barreira de contato impede que elementos, ideias e emoções inconscientes inundem a mente e distorçam a percepção consciente dos fatos que se participa quando se está acordado. Da mesma forma, reduz o impacto das percepções conscientes nas fantasias inconscientes (Bion, 2000, 1962/2021).

A função da barreira de contato é especialmente vista nos sonhos (Bion, 1962/2021). Na acepção psicanalítica clássica, as funções de *censura* e *resistência* estão presentes no sonho, Bion (1962/2021) acrescenta que elas são os mecanismos pelos quais o sonho delimita e diferencia consciência e inconsciência. Essa ação, em conjunto com a função- $\alpha$ , da qual depende, é fundamental para o pensamento organizado. Por isso ela protege da tentativa de tornar consciente o inconsciente, visto que isso é equivalente a não sonhar (Bion, 1962/2021). A função- $\alpha$  converte os dados da experiência emocional do sonho em um material que permite o aprendizado como pensamentos inconscientes de vigília e pensamentos oníricos que podem ser manifestos se narrados de forma consciente. Dessa forma, são imagens visuais reunidas que registram uma conjunção constante de elementos. Assim como o fato selecionado, a função do sonho é evidenciar que determinados elementos- $\alpha$  estão constantemente conjugados, da mesma forma que em  $PS \leftrightarrow D$ . Por conseguinte, é uma preconcepção que pode encontrar uma realização da qual se aproxime, mas o reconhecimento da realização só pode se dar se a preconcepção foi registrada. É o que acontece quando se acredita que um sonho se tornou realidade (Bion, 2000, 1962/2021).

A disponibilidade dos elementos- $\alpha$  define a natureza da barreira de contato que deve

separar, e ser permeável ao contato entre consciente e inconsciente. A relevância dessa qualidade está na concepção de que os sistemas consciente e inconsciente são complementares, capazes de correlação e autoafirmação (Bion, 1962/2003c, 1962/2021). Falha na barreira de contato implica incapacidade de rejeitar ou ignorar estímulos externos e endógenos. A maneira como ocorre a relação entre consciente e inconsciente afeta a memória e conseqüentemente a capacidade do progresso do pensamento e da aprendizagem (Bion, 1962/2003c, 1962/2021).

### 1.3 Uma questão de continente e conteúdo: os vínculos

Bion (1970, 1962/2021) propôs que o esforço para conhecer a si mesmo e ao outro é uma busca constante e muitas vezes frustrante, limitada pelas capacidades cognitivas e pela natureza inerentemente inacessível de certos aspectos da realidade. O desafio fundamental do desenvolvimento humano, na teoria de Bion (1962/2003c, 1962/2021) é articulado em termos do contraste entre a *busca da verdade* (K) e a inclinação para evitar o conhecimento (-K), particularmente aquilo que é percebido como vergonhoso ou perturbador. Bion reinterpreta o dilema edipiano, deslocando-o do triângulo sexual clássico para um desejo mais abrangente de ignorar aspectos desconfortáveis da realidade (Bion, 1963/2004, 1963/2018). Essa evitação, é, muitas vezes, uma resposta ao conflito interno, pois quando nos deparamos com desafios de desenvolvimento que exigem a superação de estágios anteriores, como observado frequentemente no trabalho com crianças, surgem momentos de desregulação.

O vínculo K representa um aprofundamento do conceito de *pulsão epistemofílica*, conforme delineado por Melanie Klein (Zimmerman, 2009). A presença ativa do vínculo K desempenha um papel fundamental no processo de crescimento da personalidade, bem como nas potencialidades de pensamento e conhecimento. Aliado a ele é imperativo a existência de uma capacidade de tolerar o sofrimento que emerge na frustrante busca pela verdade. A importância do vínculo K é particularmente evidente nos casos clínicos em que crianças

psicóticas, devido a razões ligadas à sua relação com os primeiros objetos ou a outros fatores, encontram-se incapazes de suportar o sofrimento inerente a esse vínculo. Nesses cenários, observa-se uma tentativa de evasão dessa dor, resultando na renúncia ao pensamento que compromete o florescimento adequado da personalidade e das faculdades cognitivas (Klein, 1930/2023).

Seguindo a compreensão kleiniana de que a identificação projetiva opera dialeticamente com a atividade introjetiva, o que é projetado deverá encontrar um terreno fértil no outro para assim ser transformado e introjetado. O produto desse movimento depende das qualidades psíquicas do outro e de como elas afetam o sujeito. Dessas concepções, Bion (2004, 2021) abstrai o conceito de continente (♀) como o elemento em que se projeta o objeto, e de conteúdo (♂) como o objeto projetado dentro do continente. A identificação projetiva na teoria bioniana é representada pelo sinal ♀♂ e, é um processo primário no qual impera o princípio do prazer, sendo essa operação uma fantasia onipotente que precisa ser conjugada com a realidade. A qualidade dessa conjugação está diretamente relacionada com a capacidade de tolerar frustração. Quando essa capacidade é insuficiente, a fantasia onipotente de identificação projetiva tem, proporcionalmente, menos correspondência com a realidade externa. Esse fenômeno é conceituado, por Melanie Klein (1946/1969), como *identificação projetiva excessiva*, e o que acontece nesses casos é o uso da fantasia onipotente como fuga da realidade e de sentimentos indesejados.

A identificação projetiva em condições normais, depende da capacidade de reconhecer objetos ou pessoas como continentes para essas projeções (Bion, 1970). No entanto, diante de uma realidade restritiva e a falta de uma concepção clara de tais continentes a projeção efetiva de partes da personalidade é impedida. Como consequência, o sujeito vivencia uma projeção explosiva no espaço mental. Este espaço mental é descrito por Bion (1970) como tão vasto e indefinível em comparação a qualquer representação do espaço tridimensional que a capacidade

do sujeito de sentir emoção parece perdida, esgotando-se na imensidão desse espaço. Por isso, para um observador externo, as manifestações da pessoa parecem ser pensamentos, imagens visuais e verbalizações, mas são na realidade, apenas fragmentos ou ruínas dispersos nesse imenso espaço mental. Estes fragmentos podem ser entendidos como palavras e emoções imitadas ou artificiais, flutuando em um espaço cujos limites não podem ser claramente definidos, seja no tempo ou no espaço. Bion (1970) utiliza este cenário para ilustrar a complexidade da experiência psicótica, em que tanto a percepção da realidade quanto a expressão emocional são profundamente distorcidas e fragmentadas.

Há casos em que o sujeito é incapaz de tomar consciência da qualidade psíquica de sua experiência emocional, então, ele precisa de um continente (♀) que poderá transmitir a ele essa qualidade psíquica através do canal de transmissão proveniente do vínculo entre os sujeitos. Ao nascer, a função- $\alpha$  do sujeito é incipiente, por isso, para o desenvolvimento do pensamento, além da capacidade de tolerar frustração, nos primeiros anos de vida, é fundamental a presença de um cuidador com capacidade de *rêverie* (Bion, 1962/2003c, 1962/2021). A concepção de *rêverie* na teoria bioniana está relacionada com a capacidade de acolher, compreender e transformar a dor psíquica (Ogden, 1997/2013). As frustrações provenientes das realizações negativas serão projetadas no cuidador, que deverá ser capaz de *conter* as angústias do bebê e as devolver de forma metabolizada e mitigada. Um cuidador com *rêverie* suficiente dá condições à criança de aprender com as experiências impostas tanto pelas realizações positivas quanto pelas negativas (Bion, 1962/2003c, 1962/2021). Portanto, a *rêverie* maternal é uma dimensão específica da função- $\alpha$  do cuidador no vínculo K com o bebê.

Os elementos- $\beta$  dispersos podem ser integrados em elementos capazes de ser pensados por meio de  $PS \leftrightarrow D$  e uma hipótese definidora. Ou pelo encontro de um ♀ capaz de transformar elementos- $\beta$  em ♂. Em ambos os casos, a experiência emocional precisa ser concebida, o que só é possível em uma relação mútua entre objetos, a qual se caracteriza por três vínculos básicos:

X ama Y; X odeia Y; e X sabe a respeito de Y (Bion, 1963/2004, 1962/2021). Bion utiliza a conotação L (*Love*) para representar a primeira vinculação, H (*Hate*) e K (*Knowledge*) para as outras duas respectivas. Para além das concepções conflitantes entre amor versus ódio elaboradas por Freud e Melanie Klein, o autor considera que os conflitos verdadeiros emergem entre emoção e antiemoção presentes em um mesmo vínculo. Para tanto, são consideradas as contrapartidas dos três vínculos, que ele representou como -L, -H e -K. As relações entre os vínculos e seus derivados, decorrentes dos envolvidos em uma relação, apresentam formas características nomeadas de configurações vinculares (Bion, 1959/2003a, 1962/2021). É nesse sentido que os vínculos atingem dimensões *inter*, *intra* e *transpessoal* (Bion, 1943/2003c) e são assimilados na obra de Bion a partir da dinâmica *continente-conteúdo* (♀♂).

O vínculo é conceituado por Bion como o elo emocional entre duas pessoas ou duas partes da personalidade (consciente e inconsciente; id e superego; parte psicótica e parte não psicótica da personalidade). Ele é sempre emocional e é imanente ao indivíduo, mas é passível de transformação, dada sua forma de operar em estrutura polissêmica. Diante disso, o conceito de vínculo é ampliado a qualquer função ou órgão que vincule objetos, sentimentos e ideias entre si (Bion, 1956/1994a, 1959/2003a). Embora os vínculos L e H sejam importantes para o vínculo K, eles não conduzem ao conhecimento. Tal como L e H, K é um vínculo ativo e corresponde a uma relação psicanalítica representada por X K Y. A esse respeito, Bion (1962/2021) alerta que:

Como me proponho usá-la não comunica sentido de finalidade, isto é, não que X possui um tanto de saber chamado Y e sim que X está sabendo algo sobre Y e Y é algo que está sendo sabido por X. O enunciado XKY, ao significar que X tem um tanto de saber chamado Y, recai na categoria de relacionamento entre pessoa que afirma e outra de quem afirma e uma relação de X com Y, a respeito de quem se desenvolve (p. 63).

A expressão mais primitiva de K observa-se na relação cuidador-bebê, ou na relação boca-

seio, assim designada devido seu caráter de objeto parcial, Bion (1962/2021) utiliza a conotação relação de ♂ com ♀. No vínculo K primitivo, ♂ projeta-se dentro de ♀ e o que se tem é uma relação de dependência e benefício mútuo entre mãe e bebê, denominada por Bion de *comensal*. Essa relação permite a instalação do modelo ♀♂ que pode apresentar-se em três tipos vinculares: *parasitária*, *comensal* e *simbiótica*. O tipo comensal promove o crescimento em ♂ e em ♀. O modelo de crescimento em ♀ se dá por meio do preenchimento de lacunas, “da criação de vacúolos que se unem (Bion, 1962/2021, p. 126)”, esse modelo é representado por ( $\text{♀} \neq \text{♀} + \text{♀} \dots$ ), em que a constante “+” simboliza variáveis substituíveis por sinais que representam emoções. Dessa forma, esse aparelho é capaz de modificar a emoção sem perder sua integração, ou seja, ser receptivo a ideias novas que permitem reconstruir as experiências passadas, mantendo conhecimento e experiência. Já o modelo do crescimento de ♂ ocorre por meio da dúvida tolerada, representado por ( $\text{♂} \cdot \text{♂} \cdot \text{♂} \dots$ ), em que “.” é a constante que denota a suspensão das certezas e admite a penetrabilidade de conteúdos de base desconhecida (Bion, 1962/2021). O modelo de crescimento reflete a permanente saturação sucessiva de preconceções e de concepções atuando como preconceções.

O vínculo comensal entre os objetos é necessário para o vínculo K em todas as fases do desenvolvimento e da vida. O modelo ♀♂ expressa a realização emocional do conhecer que comporta certo grau de desprazer, pois o que se pretende conhecer está sempre ausente e é uma penumbra de associações da realidade última representada por O. O vínculo K, além de indispensável para o aprender com a experiência, também o é para se conhecer a verdade de quem se é e do que se vive.

Os elementos que são transformados pelo cuidador em uma dinâmica ♀♂ e os elementos- $\alpha$  frutos de sua função- $\alpha$  vão fortalecer possibilitar a formação da função- $\alpha$  do bebê. Este introjeta tanto as transformações em ♀ quanto as em ♂. Dessa forma, instala-se, no bebê, a relação ♀♂ como parte de sua própria função- $\alpha$ . À medida que os elementos- $\alpha$  proliferam, eles

se ligam, complementam-se e organizam-se em uma estrutura lógica com aparência narrativa. Nessa aglomeração, instala-se a barreira de contato que, em contínuo desenvolvimento, inicia a diferenciação entre elementos conscientes e inconscientes (Bion, 1962/2003d, 1962/2021).

A capacidade mental de entender intuitivamente, processar e responder aos estados emocionais e necessidades não verbais (elementos- $\beta$ ) da criança é crucial para compreender como a interação entre cuidador e criança facilita o desenvolvimento emocional e cognitivo. A função de *rêverie* permite ao cuidador absorver e refletir sobre as comunicações emocionais e, muitas vezes, confusas do bebê. O cuidador, no estado de *rêverie*, consegue intuitivamente *decodificar* e dar sentido às experiências internas da criança, especialmente às experiências que ela ainda não consegue processar ou entender. Bion (2000) escreve este processo como uma *contenção*, onde o cuidador recebe, contém, e transforma as ansiedades, medos, e frustrações do bebê. Ao fazer isso, ele modifica esses estados emocionais brutos (elementos- $\beta$ ) e os devolve ao bebê de uma forma mais digerível e compreensível (elementos- $\alpha$ ), facilitando o desenvolvimento da capacidade da criança de lidar com suas próprias emoções.

A *rêverie* maternal é vital para o desenvolvimento emocional da criança. Ela a ajuda a aprender a regular suas próprias emoções e a desenvolver uma compreensão intuitiva de que as emoções, mesmo que intensas ou difíceis, podem ser toleradas e compreendidas (Bion, 1962/2003d). Este processo também contribui para a formação da *função reflexiva* da criança, ou seja, a capacidade de pensar sobre seus próprios estados mentais e os dos outros. A *rêverie* maternal proporciona um modelo para essa função, ensinando a criança, através da experiência, como refletir sobre o que sente e pensa. Além disso, ao transformar e devolver as experiências emocionais da criança de maneira mais manejável, o cuidador lhe ajuda a desenvolver sua função- $\alpha$  e por consequência a capacidade de pensar.

A capacidade de uma parentalidade suficientemente boa em ajudar a criança a tolerar e eventualmente dominar os desafios iniciais de sua existência é crucial para o desenvolvimento

do seu pensamento e da aprendizagem. Crescer em lares marcados pela privação parental e violências frequentes pode expor as crianças a violações de limites, comprometendo a capacidade de encontrar conforto nas relações afetivas. Nessas situações, a falha dos cuidadores em estabelecer limites claros entre o certo e o errado, e entre o eu e o outro, dificulta para a criança o reconhecimento de limites reais e a capacidade de atender, de forma adaptativa, às suas necessidades de segurança e sustento. Esta fragmentação pode levar a uma incapacidade de processar informações vitais para compreender perigos, tanto reais quanto imaginários (Charles, 2012). Conforme a teoria de Bion (1959/2003a), essa condição pode ser vista como um ataque ao vínculo, em que a percepção e o entendimento dos fatos se tornam confusos.

A frustração na comunicação é apresentada por Bion (1970) como um fenômeno bastante comum, tanto na vida cotidiana quanto no trabalho psicanalítico. No entanto, sua natureza frequentemente é esquecida ou mal compreendida, e em muitos casos, a frustração é vista como um fenômeno transitório, experimentado apenas ocasionalmente. No entanto, no relacionamento do cuidador com o bebê, a frustração se destaca mais devido ao desconhecimento do sujeito e à novidade de suas dificuldades, que ainda não foram plenamente exploradas ou compreendidas pelo cuidador. As dificuldades de comunicação são naturalmente ampliadas quando o material envolvido é pré-verbal (ainda não articulado em palavras) ou não-verbal (não expresso através da linguagem verbal). Neste contexto, o cuidador pode recorrer ao uso do silêncio como uma forma de comunicação e esta abordagem permite a expressão de conteúdos que não podem ser facilmente articulados em palavras. Uma abordagem semelhante pode ser adotada pelo psicanalista.

A inabilidade de expressar e comunicar pensamentos e emoções pode levar a um relacionamento estéril de ♀♂, não apenas entre duas pessoas, mas também dentro do próprio indivíduo em seu relacionamento consigo mesmo. Quando esse relacionamento é problemático, observa-se uma *relação parasítica* em que torna-se necessário destruir um dos elementos, seja

o ♀ (o aspecto do eu que contém ou controla) ou o ♂ (os impulsos, desejos ou aspectos do eu que são controlados). Bion (1970) enfatiza que uma pessoa sozinha não pode conter todos os impulsos que seriam naturais em um relacionamento ♀♂ pois ele só é possível a partir de um par. Da mesma forma, um par não pode conter todos os impulsos próprios de um grupo. O problema central na psicanálise, segundo Bion (1970), é o do desenvolvimento e de como alcançar uma solução harmoniosa no relacionamento entre continente e conteúdo. Esse desafio se repete em diferentes níveis e apresenta complexidade crescente nos relacionamentos à medida que se passa do nível individual para o par e, finalmente, para o grupo, tanto no contexto *intrapsíquico* quanto *extrapsíquico*. A resolução efetiva dessas dinâmicas em cada um desses níveis é crucial para o desenvolvimento psicológico e emocional saudável.

Um ambiente em que podemos observar essas dinâmicas em atuação é o hospitalar. O hospital, em seu duplo aspecto do trabalho em saúde somática e saúde mental, ocupa uma função de *repositório* para as angústias de todo um corpo social (Jaques, 1955/2013). Por isso, faz parte do *metaquadro* social e cultural que funciona como suporte *metapsíquico* a essa sociedade fornecendo o enquadre dos limites do psiquismo (Kaës, 1991b, 1991a). Portanto, o hospital tem a função de conter e possibilitar que a incoerência da morte seja incorporada à rede de significações da vida dos sujeitos. No próximo capítulo abordaremos a relação entre a psicanálise e o hospital considerando as possibilidades e necessidades de atuação do psicanalista no contexto contemporâneo.

## 2. Psicanálise como Prática Clínica e de investigação no contexto hospitalar

Neste capítulo iremos examinar o papel do psicólogo e do psicanalista no ambiente hospitalar brasileiro considerando que este é o ambiente onde se desenvolve nossa pesquisa. Além disso, abordamos os aspectos anatomofisiológicos envolvidos nas DCV juntamente com dados de estudos desenvolvidos na área médica e psicológica sobre a epidemiologia e a baixa adesão do paciente ao tratamento dessas doenças.

A prática psicanalítica no ambiente hospitalar configura-se como um campo de investigação e intervenção que integra aspectos técnicos e teóricos da psicanálise com os desafios específicos do cuidado de saúde. Este capítulo visa explorar as interfaces entre a psicanálise e o contexto hospitalar, onde o sofrimento psíquico frequentemente se encontra com o sofrimento somático. Nessa confluência, o sujeito é confrontado não apenas com a sua doença física, mas com a experiência emocional e subjetiva que emerge diante da ameaça à sua integridade corporal e, conseqüentemente, à sua existência. A psicanálise, enquanto prática clínica, oferece um modo de escuta e compreensão que vai além dos sintomas físicos, privilegiando a dimensão inconsciente das manifestações psíquicas que acompanham a doença.

A psicanálise, ao adentrar o hospital, encontra um campo vasto de interações simbólicas e projetivas entre pacientes, familiares e equipe de saúde. Neste espaço, as relações transferenciais tornam-se centrais, seja no vínculo do paciente com o analista ou com outros profissionais de saúde. O hospital, muitas vezes, é um lugar onde os pacientes enfrentam o limite de sua condição humana, e as respostas emocionais à doença e ao tratamento podem ser marcadas por intensas angústias persecutórias e depressivas. Assim, o psicanalista no hospital precisa estar atento às dinâmicas psíquicas em jogo, que podem manifestar-se tanto na relação direta com o paciente quanto nas interações interpessoais no ambiente institucional.

O presente capítulo está dividido em três seções, cada uma abordando um aspecto central da inserção da psicanálise no contexto hospitalar. A primeira seção, discute a experiência

subjetiva da doença e como ela afeta o paciente e seus familiares. A doença, nesse cenário, é compreendida não apenas como um evento físico, mas como um fenômeno que convoca o sujeito a enfrentar seu limite existencial, engendrando uma série de angústias e defesas psíquicas que serão projetadas no ambiente hospitalar.

Na segunda seção será discutido o papel do psicólogo e do psicanalista na instituição hospitalar. A psicanálise entra nesse contexto principalmente pela figura do psicólogo hospitalar, que atua como mediador entre o saber psicanalítico e as demandas institucionais. Aborda-se a complexidade da tarefa analítica neste cenário, onde o analista precisa interpretar o que é dito pelo paciente, levando em conta as múltiplas camadas de significado que suas palavras podem conter.

Por fim, a terceira seção, foca em um dos principais grupos de pacientes encontrados no hospital e que compõe nosso objeto de estudo: aqueles acometidos por doenças cardiovasculares. Estas, sendo uma das maiores causas de mortalidade no Brasil, trazem implicações significativas para a vida psíquica dos pacientes, cuja adesão ao tratamento muitas vezes está diretamente relacionada a aspectos emocionais e subjetivos.

Este capítulo, portanto, busca evidenciar como a prática psicanalítica no hospital oferece uma importante via de compreensão e intervenção, que contribui para o cuidado integral do paciente, integrando o tratamento de sua condição física com a escuta de seu sofrimento psíquico.

## **2.1 O encontro do sujeito com a doença e o hospital**

Os profissionais que atuam no cuidado são permanentemente confrontados com a subjetividade de seu objeto profissional. Mais especificamente com a parte aterrorizante da *psique* dos pacientes. O sujeito busca o hospital quando a doença o leva à sua condição humana, ao seu limite, à sua *castração*, e para continuar é preciso chamar o outro. Para o paciente e sua

família, a doença se apresenta como um enigma, um conjunto de percepções, impressões sensoriais e emoções desintegradas e compostas de aspectos de personalidade vinculados por um sentido de catástrofe. Esses elementos serão *projetados* nos profissionais que estão em constante ameaça de se perder nos ataques projetivos, fonte permanente de excitação e angústia. As angústias depressivas e persecutórias se atualizam no cenário institucional e colocam em ação o vínculo com os profissionais. O trabalho do cuidador consiste em ser capaz de receber as *identificações projetivas*, independentemente de o paciente senti-las como boas ou más, e em dar a elas uma forma *simbolizável*.

A clínica do encontro com o outro, para pensar a terapêutica é o que possibilita o vínculo entre o médico e paciente. No entanto, amplia-se cada vez mais a mediação tecnológica das proposições epistêmicas que privilegiam as técnicas de avaliação e os aperfeiçoamentos dos protocolos institucionais. Esse distanciamento cria uma relação médico e paciente em que o vínculo e suas transformações beiram o impossível. Ribeiro, (1993, p. 44) enfatiza a importância da clínica na prática médica:

A doença para o doente acontece na sua totalidade orgânica, quando todas as funções estão alteradas. Ser doente é viver uma vida diferente. Apesar da continuidade com a vida anterior, a emergência do patológico tem uma qualidade distinta e está isoladas de órgãos e tecidos. A análise fisiológica das funções separadas só sabe que está diante de fatos patológicos devido a uma informação clínica prévia; pois a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos e não com seus órgãos ou suas funções. A patologia, quer seja anatômica ou fisiológica, analisa para melhor conhecer, mas ela só pode saber que é uma patologia - isto é, estudo dos mecanismos da doença - porque recebe da clínica essa noção de doença cuja origem deve ser buscada na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio.

O encontro com a doença é o encontro com a morte, ou pelo menos com a existência dela.

Nesse momento, o que prevalece é um estado mental muito primitivo e inundado de angústias *esquizoparanóides*. A realidade é tão temida que os sentimentos e percepções provocam confusões entre o corpo e a psique, entre o sujeito e os objetos. Diante desses aspectos, na interação entre a personalidade e um meio extremamente hostil, a capacidade do sujeito em transformar experiências emocionais perturbadoras em pensamentos e símbolos que possam ser compreendidos e comunicados, está comprometida, pois a capacidade de tolerar a frustração fica extremamente frágil o que resulta em uma experiência caótica e inarticulável. Então o primeiro momento com o paciente deve ser de contenção (L. C. Figueiredo, Tamburrino, & Ribeiro, 2011). Para tanto, o profissional precisa ser capaz de suportar as identificações projetivas que comunicam o terror sem nome (Bion, 1959/2003a). No entanto, na maioria das vezes, o profissional não tem recursos para realizar essa contenção, pois, para isso, precisa ter elaborado seus próprios conflitos e angústias. Dizemos então que o profissional não possui *rêverie*, ou seja, não está aberto a receber as angústias indizíveis projetadas e transformá-las em pensamentos que possam ser assimiladas pelo sujeito. A *rêverie* adequada possibilita um estado mental de disponibilidade para o desamparo do outro viabilizando que os conhecimentos sejam adquiridos e amalgamados às experiências emocionais, possibilitando o pensamento e a elaboração singular que se associam aos fatos vivenciados.

O encontro mediado por um vínculo de abertura e acolhimento entre cuidador e paciente possibilita o apaziguamento das angústias primitivas do paciente. Esse caminho se dá quando, aos elementos que o paciente descreve, até então desconexos, é dado coerência pela *nomeação* de uma doença. O cuidador deve ser capaz de conter as angústias do doente, ou seja, compreender o que se passa com o ele a nível subjetivo, dando sustentação à perda da onipotência perante a doença e manejando o contato dele com a realidade. Isto é, o cuidador deve fornecer uma continência às ansiedades e fantasias vividas pelo paciente, para que possa ser realizado um trabalho psíquico da intersubjetividade de elaboração das vicissitudes vividas

na Instituição (Hur, Oliveira, & Koda, 2008).

Se a *configuração vincular* entre paciente e cuidador é saudável, o profissional também se beneficia ao se encontrar com a dimensão do arcaico, com os sintomas. Claro que, ao fazê-lo, os profissionais correm o risco de se perderem no próprio sintoma. Nesses casos, o equilíbrio que a posição profissional tinha a função de manter se rompe. Aqui se evidencia a imprescindibilidade que o ato realizado pelo cuidador seja marcado pelo selo da profissionalidade. Os encontros que ocorrem no cenário profissional devem ser encaminhados e, portanto, autorizados por uma instituição socialmente obrigada a legitimar os atos do profissional. O dispositivo da profissionalidade torna possível conjugar crueldade, sadismo e benevolência. Nesse sentido, autoriza ao mesmo tempo que proíbe. Autoriza uma satisfação libidinal parcial, permitindo usar a própria violência predadora, a própria onipotência ao vetorizá-la sobre o mortífero a ser transformado no outro. Ao mesmo tempo, proíbe esse gozo legítimo de cair, por excesso, no registro da predação mortífera.

Quando fala sobre sua doença ao médico, o sujeito fala sobre seu sofrimento diante daquele evento e não de uma falha em um órgão ou sistema. Em troca, ele espera que aquele profissional lhe diga o que passa com ele e os passos para a cura. Nomear uma coleção de percepções e sentimentos que acomete o sujeito permite o processo de pensar e vivenciar a doença. Mas, esse movimento precisa continuar e daí se constituir em uma narrativa própria do paciente para sua enfermidade, criando significados, entrelaçamentos e substâncias. Do contrário, a doença pode até ter um nome, mas não tem significado, não tem uma história que se cruza com o sujeito. O diagnóstico não é suficiente para que o sujeito possa pensar sobre suas dores, inseguranças, medo da morte e perda de funcionalidade. Pelo contrário, caracteriza a doença como uma condição natural e inevitável do ser humano, proveniente de disfunções orgânicas, e, conseqüentemente, sem relação tanto com o contexto histórico em comum, quanto a historicidade individual. Esse tipo de narrativa, não permite uma criação de sentido para o

sofrimento que tenha o sujeito como personagem principal, com sua própria maneira de reagir diante das circunstâncias da vida. Inversamente, cria um sentido único, conceitual e científico que coloca disfunções bioquímicas do corpo como causadores de todo sofrimento.

A fragilidade do método científico é semelhante à fragilidade de pensar do psicótico (Bion, 1959/2003a): é opaco, inanimado e ignora a realidade se tornando universal. O objetivo do modo de pensamento lógico-científico é estabelecer condições de verdade abstratas e que independem do contexto. Por isso o conceito científico costuma ser confundido com as realizações que suas formulações representam. O nome da doença obtém uma formulação tão rígida que fica obstruída de possuir nuances, desdobramentos ou história. O nome da doença é a doença e esse é o objeto apreendido pelos métodos dos profissionais de saúde. Nessa relação, o sujeito acometido pela doença fica de fora. Mas, essa não é uma operação deliberada de cunho moral por parte do profissional, e sim uma questão metodológica. Para apreender determinado objeto, algumas variáveis precisam ser desconsideradas. No entanto, à exclusão do sujeito, compreendemos que se acresce a dinâmica atual das relações das instituições de cuidado em que se estabelece a exclusão da subjetividade do profissional e do paciente. Ambos isolados, tanto o profissional, anônimo representante da instituição na qual também não é considerado em sua subjetividade; como o paciente, anônimo representante da doença não reconhecido em sua subjetividade nem pelo profissional e nem pela instituição.

## **2.2 O psicólogo e o psicanalista no hospital**

A concepção da dinâmica saúde-doença de 1948 da Organização Mundial da Saúde (OMS) provocou mudanças importantes no modelo de saúde brasileiro (Mello-Filho, 2010). O conceito de saúde como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Pan American Health Organization [PAHO], 2018, p. 4, tradução nossa) estabeleceu uma visão ampliada de saúde que possibilitou a apreensão da

pessoa adoecida como um sujeito biopsicossocial, cujo adoecimento compreende dimensões biológicas, mas também psicológicas, sociais, espirituais, culturais, morais etc. (Eksterman, 2010; Fadden, 2000).

Com essa nova visão de saúde, no Brasil, o protagonismo das questões sanitárias deu lugar ao modelo clínico e centralizou as ações de saúde no hospital (Silva, 2018). Esse movimento, que aumentou a demanda por profissionais qualificados que compusessem as equipes hospitalares, foi um dos fatores que possibilitaram, a inserção dos psicólogos em hospitais de grande porte ainda na década de 1950. Ainda sem a profissão reconhecida, esses psicólogos atuavam nos processos de recrutamento e seleção e prestavam auxílio diagnóstico aos departamentos psiquiátricos (Lazzaretti et al., 2007). Portanto, atuavam no hospital, mas ainda não estavam presentes na assistência à saúde conforme defendido por Chiattonne (2011) ao afirmar que

(...) um psicólogo que atua subordinado a um serviço de saúde mental em um hospital geral, realizando e complementando diagnósticos psicológicos ou psiquiátricos, realizando consultoria, não é um psicólogo hospitalar, não exerce uma prática de ligação entre a psicologia e a medicina, não é uma presença constante nas enfermarias, unidades, ambulatórios, não abrange a presença tríade paciente, familiares e equipe de saúde em modalidade definida como de assistência, ensino e pesquisa (p. 101).

Após o reconhecimento da psicologia como profissão em 1962 (Brasil, Lei n.º 4.119, de 27 de agosto de 1962), os anos que seguiram apresentaram um aumento significativo no número de psicólogos contratados pelos hospitais. Os motivos apontados para o crescimento dessa demanda são variados, e abarcam desde o aumento da quantidade profissionais formados até o tecnicismo da assistência hospitalar. Com a inserção nesse campo os cursos de psicologia passaram a considerar em seus currículos temas como desospitalização, morte, saúde pública etc. (Lazzaretti et al., 2007; Myiazaki, Domingos, Branco, & Pinto, 2022). Atualmente, a

presença do psicólogo no hospital é bastante consolidada e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em sua abordagem contemporânea, reconhece a *Psicologia Hospitalar* como uma especialização intrínseca à profissão (Conselho Federal de Psicologia, Resolução Nº 23, de 13 de outubro de 2022). No entanto, é notório que algumas responsabilidades inerentes ao psicólogo hospitalar coincidem com aquelas do psicólogo clínico, o que levanta a ponderação de que a psicologia hospitalar possa, de fato, ser considerada uma ramificação especializada da Psicologia Clínica na instituição hospitalar (Angerami, 2020; Lazzaretti et al., 2007).

Uma razão para a presença do psicólogo no hospital está no entendimento de que o próprio ambiente favorece o surgimento de situações que causam sofrimento, e se há sofrimento há espaço para sua atuação (Angerami, 2006; Moretto, 2019). Podemos encontrar pacientes que procuram o hospital devido a uma condição física que reflete um estado anterior de dor psicológica aguda. Isso inclui casos atendidos em emergências como tentativas de suicídio e crises de ansiedade que se assemelham a ataques cardíacos e deficiências respiratórias. Encontramos aqueles que são acometidos pelos imprevistos da vida que confrontam o sujeito com uma realidade dura e inesperada, como acidentes, situações de violência ou mesmo a própria doença. Também há os casos crônicos, em que os pacientes estão presos num ciclo constante de sofrimento que alterna entre a hospitalização e o retorno para casa. Muitos se debatem com as restrições impostas por seus corpos, alterações necessárias em seus estilos de vida, e a incerteza em relação ao seu futuro, frequentemente acompanhados dos sentimentos ambivalentes que surgem durante esses momentos em que falha o sentido de tudo. E encontramos os que morrem, deixando impactos emocionais duradouros não apenas em seus familiares e amigos, mas também na equipe de saúde.

A compreensão das dimensões subjetivas que são ignoradas no modelo médico-hospitalar tem fortalecido ainda mais a atuação dos psicólogos nessas instituições. Foi por razões semelhantes que a Psicologia se estruturou enquanto ciência no fim do século XIX (Figueiredo

& Santi, 2008). A consideração dos elementos humanos, além dos puramente técnicos, atribuiu notoriedade ao termo saúde mental nas instituições hospitalares. Dessa forma, buscou-se abordar os elementos pessoais que podem interferir na completa recuperação dos pacientes, bem como nas interações entre os membros da equipe de saúde. Conseqüentemente os profissionais psicólogos têm sido convocados a atuar em uma frente ampla nos hospitais, o que inclui o cuidado direto com o paciente, as intervenções junto à equipe de saúde, e ainda, a elaboração e realização de estratégias visando a *saúde mental* e o bem-estar nesses ambientes (Corbanezi, 2021; Domingos, Valerio, Zanin, Myiazaki, & Dionísio, 2022).

O psicólogo no hospital é parte de uma equipe ao mesmo tempo que não é. Ao lidar com a tríade equipe, família e paciente, na qual incluímos também a instituição, não é possível individualizar sua atuação exclusivamente ao paciente. Diante das mencionadas dificuldades que assolam os profissionais da saúde, o psicólogo precisa estar muito atento aos seus próprios conflitos. A divisão instalada nos hospitais é evidenciada pela presença inegável dos pressupostos básicos bionianos. Considerando que o que emerge desses pressupostos são terrores vorazes e assassinos, não é incomum precisar aplacar condutas sádicas e atitudes onipotentes da equipe. Ressaltando nossa posição de que esse cuidado *desumanizado* não decorre da falta de sensibilidade do profissional, mas da crise nas relações sociais no hospital, é preciso reconhecer que em muitos casos o psicólogo é chamado a atuar não por questões relativas ao paciente, mas por uma reconhecida e admitida inabilidade da equipe em estabelecer vínculo e relação com ele. Exemplos claros desse contexto são os protocolos de humanização que preveem a presença do psicólogo em notícias de óbito, reconhecimento de corpo, notícias de prognósticos ruins, reunião com a família etc.

Embora a colaboração interdisciplinar seja essencial, é imperativo que a Psicologia Hospitalar mantenha sua autonomia e identidade profissional. O risco de descaracterização da psicologia surge quando a profissão é estritamente moldada pelas bases médicas e gerenciais

que imperam nos hospitais. Uma opção mais acertada são elaborações teórico-clínicas que possam sustentar sua atuação. O trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares não deve se resumir a lidar com a subjetividade do paciente para que o profissional de saúde não precise *perder tempo*. Também não deve estar limitada a remediar relações entre os profissionais e entre eles e o paciente. E, menos ainda, deve ser direcionada a controlar a subjetividade do sujeito para que não atrapalhe a gestão do hospital. Se o hospital é lugar do cuidado, é no cuidado que o psicólogo deve atuar. E no cuidado daquilo que o método anátomo-científico não alcança. A restrição do objeto ao método é inerente, mas a isenção de práticas humanizadas não deve ser.

O psicanalista entra no hospital a partir da figura do psicólogo hospitalar. A relação da psicanálise com esse contexto remonta suas origens e foi desde sempre uma relação conturbada e ambivalente, marcada com momentos de tolerância mútua que permitiam aproximações e convivência até desembocar em acusações e críticas que as repeliam. Desde o início a psicanálise articula o evento corporal ao universo de representações do sujeito. Esse laço, que sempre foi excluído no modelo anátomo-científico, foi o que impulsionou Freud na criação da psicanálise e é o que deve estar no centro da atuação do psicanalista. Portanto, sua prática no hospital deve abranger tanto a dimensão psíquica do paciente quanto a realidade material da doença (Alberti, 2019; Del Volgo, 1998; Moretto, 2019)

Ao diferenciar o modelo médico do psicanalítico, Bion (1970) esclarece que é importante diferenciar as dores físicas de traumas ou lesões, como uma perna quebrada, das dores emocionais, como as experimentadas no luto. Às vezes, há uma tendência a substituir uma pela outra, mas é crucial entender que ambas têm suas particularidades e requerem abordagens diferentes. Na medicina, a doença é diagnosticada e tratada pelo médico, com o objetivo de curar, portanto, o reconhecimento e a compreensão da doença são principalmente do médico. Em contraste, na psicanálise, é fundamental que o próprio paciente também reconheça e entenda

sua condição. Pois, segundo Bion (1970), em psicanálise a verdadeira consolação, se houver, vem da aceitação da *verdade*, e a ênfase está na compreensão profunda e duradoura, em contraste com soluções rápidas ou superficiais.

Não obstante, a principal divergência entre médicos e psicanalistas, na visão de Bion (1970), reside na forma como eles percebem e interagem com as condições do paciente. Os médicos dependem de experiências sensoriais – eles podem ver, tocar, cheirar e ouvir para diagnosticar e tratar. Já as questões tratadas pelos psicanalistas não são tangíveis ou perceptíveis pelos sentidos. Não têm forma, cor, cheiro ou som. Para capturar essa natureza intangível do trabalho psicanalítico, Bion (1970) propõe o uso do termo *intuir* em vez de ações sensoriais como ver, tocar, cheirar e ouvir, que são comuns na prática médica. Isso destaca a natureza única da experiência psicanalítica, que se baseia mais na interpretação e no entendimento dos aspectos não-físicos da experiência humana.

Como campo de prática e estudo, a psicanálise é profundamente dependente do uso da linguagem e da palavra. A linguagem é utilizada para comunicar uma experiência sensível. A arte e a religião, que arriscamos estender para toda a cultura, viabilizaram determinado nível de *publicação* contendo formulações que ganharam duração e extensão, ou seja, que se sustentaram no tempo e no espaço. A fala, uma das maneiras pelas quais publicamos nossa experiência, é elaborada tanto para dissimular e fugir quanto para esclarecer a verdade e comunicar um pensamento (Bion, 1970, 1965/2022). Portanto, é preciso levar em conta a comunicação e o uso que ela almeja. Além disso, é preciso discernir se o meio de comunicação é considerado como *coisa-em-si* ou se ele representa a coisa-em-si (Bion, 1970, 1965/2022).

A tarefa inicial e fundamental de um psicanalista é interpretar o que o paciente expressa. É uma tarefa complexa, pois as palavras do paciente podem ter múltiplas interpretações, refletindo as várias camadas e aspectos de sua personalidade e experiências de vida. O analista deve discernir se o que está sendo comunicado é uma manifestação direta de pensamentos e

sentimentos ou uma transformação simbólica destes. A natureza do que é expresso pode ser multifacetada ou multidimensional, o que implica que pode haver várias camadas de significado ou diferentes perspectivas a serem consideradas. Essa complexidade é frequentemente comparada a um sólido geométrico com infinitas superfícies, uma metáfora que ilustra a riqueza e a profundidade do psiquismo humano. Cada superfície ou faceta desse sólido pode representar um aspecto diferente da experiência ou do inconsciente do paciente. A tarefa do analista é navegar por essa complexidade, tentando entender a experiência sensível do paciente, que é derivada de seu espaço pessoal e único. No entanto, a tentativa de traduzir essa complexidade em uma imagem visual concreta é limitada. Assim como um espaço tridimensional pode ser insuficiente para capturar todas as dimensões de um objeto, a representação de pensamentos e experiências humanas através de pontos e linhas (ou palavras e descrições) é, por natureza, restritiva. Isso significa que, embora a psicanálise busque dar forma e estrutura às experiências e ao inconsciente do paciente, sempre há um elemento que transcende a expressão verbal ou simbólica completa, permanecendo parcialmente inacessível ou inexprimível (Bion, 1970).

No último capítulo de *Atenção e interpretação*, Bion (1970) discute diversos aspectos complexos relacionados à prática da psicanálise, usando como referência uma citação de John Keats sobre a *Capacidade Negativa*. Segundo Keats esta capacidade é essencial para alcançar o êxito, entendido aqui como sucesso ou realizações notáveis, e envolve a habilidade de estar confortável com incertezas, mistérios e dúvidas, sem a pressa irritante de buscar fatos e razão. Na psicanálise, essa capacidade pode ser vista como valiosa na interpretação e no entendimento das complexidades da mente humana, Bion (1970) utiliza a expressão *Linguagem de Êxito* para descrever esse aspecto. A Linguagem de Êxito é ampla e inclui não apenas a fala, mas também comportamentos que refletem a ideia de que *ações falam mais alto que palavras*. Na psicanálise, a linguagem não é apenas um substituto para a ação, mas muitas vezes um prelúdio para ela e uma forma de ação em si mesma. O encontro entre psicanalista e paciente é um

exemplo disso, uma vez que o processo terapêutico se dá pela relação analítica. Então, Bion (1970) aborda a importância de manter a atenção na linguagem utilizada durante a análise para evitar o que ele chama de análise *interminável*. Nesses casos, a falha comum está em não atribuir a devida importância à observação simultânea dos atos que substituem as palavras, das palavras que substituem os atos e das palavras que são atos.

A Linguagem de Êxito está sempre relacionada a um *vértice*. O termo sugere uma abordagem mais abstrata e específica do que o abrangido pelos termos perspectiva ou ponto de vista, enfatizando a singularidade da experiência psicológica ou mental de cada sujeito. Portanto, está relacionado com a maneira como cada pessoa percebe e interpreta o mundo ao seu redor, e é crucial para entender o contexto psicanalítico de cada paciente. Bion (1970) argumenta que tanto o psicanalista quanto o paciente têm seus próprios vértices e que eles devem ser considerados na análise. Embora a análise revele motivos inconscientes, os motivos conscientes de um grupo ou indivíduo não devem ser negligenciados, pois desempenham um papel crucial e revelam importantes aspectos do desenvolvimento psicológico e psicanalítico.

Na psicanálise, a ideia de cura, tratamento e doença é central tanto para os psicanalistas quanto para os pacientes (Bion, 1970). O vértice predominante de um analista influencia significativamente as descobertas e interpretações feitas durante a análise. Por exemplo, se um analista ou grupo de analistas valoriza o ganho financeiro como parte essencial de sua prática psicanalítica, essa ênfase no vértice financeiro influenciará a maneira como interpretam as situações e os resultados das análises. Da mesma forma, um vértice religioso resultaria em descobertas e interpretações marcadas por essa orientação (Bion, 1970). Os estados mentais com os quais os psicanalistas lidam não são exclusivos de seu campo, pelo contrário, existe uma interação entre os mundos mental e físico, e as organizações externas, como forças policiais ou religiosas, complementam o mundo mental. Nessa visão, a compreensão psicanalítica sofre profundas influências dos impulsos subjacentes, das perspectivas individuais

e da interação entre a realidade objetiva e as construções psicológicas (Bion, 1970).

Em uma correspondência com Lou Andreas-Salomé, Freud propôs um método para alcançar um estado mental profundo, especialmente útil quando se investiga um tema particularmente complexo ou obscuro, uma espécie de *cegueira artificial*. Para Bion (1970), esse estado envolve o analista se abster conscientemente de memória, desejo, compreensão e percepção sensorial. Esse processo tem como objetivo aumentar a capacidade do analista de realizar *atos de fé*, um conceito distinto do sentido religioso comumente atribuído a essa expressão. Os atos de fé em psicanálise não são afirmações, nem estão ligados à memória, ao desejo ou à sensação.

A descoberta psicanalítica só é possível se o analista está de acordo com uma realidade última que jamais poderá ser completamente conhecida, mas da qual deseja se aproximar, e esse deve ser seu vértice (Bion, 1970). A disciplina autoimposta pelo analista de repelir memória e desejo vai além de simplesmente esquecer ou ignorar essas facetas mentais. O que se exige é um esforço consciente e deliberado para se abster de memória e desejo. Isso significa que o analista deve se engajar ativamente na tarefa de não permitir que suas próprias memórias e desejos interfiram no processo de análise. Tal prática é essencial para criar um espaço analítico onde o paciente possa explorar e entender seus próprios pensamentos e emoções de maneira mais autêntica e não contaminada pelas experiências ou desejos do analista.

Da mesma forma, ao se despir de memória e desejo, e de todas as impressões sensoriais comuns, o psicanalista pode alcançar uma compreensão mais profunda da experiência psicanalítica, que permanece indescritível. Esta receptividade é crucial tanto para a psicanálise quanto para outros métodos científicos. Memória, desejo, compreensão e percepção sensorial são usados como *resistências* ao crescimento mental, uma resistência que existe tanto no indivíduo quanto nos grupos aos quais pertence. Sem esses aspectos o analista conta apenas com a *fé* na existência de uma realidade e verdade última desconhecida e desconhecível.

No contexto hospitalar, considerando as expectativas e normas predominantes no campo da saúde mental (Corbanezi, 2021), existem pontos de tensão claros para a prática psicanalítica. Estas tensões não mudam necessariamente o trabalho do psicanalista, mas alertam para desafios relacionados às condições de possibilidade para a prática efetiva da psicanálise. Esses desafios estão relacionados às expectativas em relação ao trabalho do psicanalista, que muitas vezes se originam de ideais de cuidado que tendem a favorecer orientações que promovam a adaptação às normas (Alberti, 2019; Moretto, 2019). Geralmente, o objetivo no campo da saúde mental é promover o bem-estar subjetivo e a harmonia psicológica. Este objetivo é sustentado por um contexto normativo que enfatiza a individualização, o que pode influenciar como os tratamentos são estruturados e efetuados. Isso se reflete na criação de diretrizes gerais na saúde mental que seguem uma lógica universal, aplicável a todos. Diante dessas pressões normativas, o psicanalista deve ser capaz de manter sua posição e abordagem, especialmente em casos em que o que é considerado disfuncional não se encaixa necessariamente em categorias patológicas estabelecidas. Isso implica em saber lidar com o que escapa à norma e focar no sujeito, não apenas em sintomas ou diagnósticos. Portanto, ser tolerante ao desconhecido e se aventurar além dos limites do conhecimento racional e das experiências concretas.

### **2.3 A doença cardiovascular e o paciente cardiopata**

Doença cardiovascular (DCV) ou cardiopatia é um termo genérico utilizado para classificar uma série de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos (Brasil, 2017). A DCV é uma das principais causas de mortalidade prematura e aumento dos custos com saúde de acordo com o relatório anual GBD (Global Burden of Disease – Carga de Doenças Global em tradução livre), divulgado pela revista científica *The Lancet*, que monitora as doenças globais desde os anos de 1990 (Roth et al., 2020). A relação entre o sistema cardiovascular e manifestações psíquicas já é bastante conhecida e discutida pela comunidade médica. Esse sistema apresenta

elevada sensibilidade às tensões externas e internas. Quanto maior a tensão, mais significativa será a repercussão no coração e nos vasos sanguíneos (MacCormack & Lindquist, 2017). Nesse campo tem-se utilizado o termo cardiologia comportamental para se referir a área da cardiologia que compreende as correlações entre saúde mental, aspectos psicossociais, fatores comportamentais e cardiopatia (Katz & Wajngarten, 2015; S. Oliveira et al., 2019)

Estudos neurofisiológicos e neuropsicológicos foram amplamente aceitos e estabeleceram certo consenso quanto aos processos fisiológicos envolvidos na conexão entre aspectos emocionais e DCV. Popularmente o coração é revestido de significados que envolvem sentimentos e emoções, sendo considerado o órgão que estabelece a ponte entre psiquismo e o corpo. No entanto, estudos neuropsicológicos das emoções revelam que na realidade essa ponte é constituída pelo sistema límbico que se localiza entre os dois hemisférios cerebrais. Ainda assim, os chamados estados emocionais, que são as manifestações somáticas e neurofisiológicas das emoções, repercutem em maior ou menor grau no sistema cardiovascular, no qual se inclui coração (Lamm & Singer, 2010; Miguel & Orsini, 2019).

O sistema cardiovascular é composto pelo coração e pelos vasos sanguíneos. Esse sistema é o principal responsável pela circulação sanguínea no corpo. É na circulação do sangue pelo corpo que são transportados nutrientes até os tecidos corporais e são eliminados produtos do metabolismo. Outras funções da circulação consistem em levar hormônios de parte do corpo para a outra e, de modo geral, manter a sobrevivência e funcionamento das células. O fluxo sanguíneo nos órgãos é variável. Na maior parte esse fluxo é controlado pelos tecidos que formam esses órgãos em função de suas necessidades metabólicas. Mas há também o controle nervoso da circulação, que tem função mais global no organismo. A regulação nervosa da circulação é realizada, majoritariamente, pelo sistema nervoso autônomo. Sua função consiste em aumentar ou diminuir a atividade de bombeamento do coração e mudar rapidamente a pressão arterial sistêmica para redistribuir o fluxo sanguíneo em diferentes áreas do corpo (Hall,

2020).

O ritmo de atividade cardíaca é controlado pelo centro vasomotor situado no bulbo em sua substância reticular e na parte inferior da ponte. Os estímulos simpáticos e parassimpáticos são enviados através dele e provocam vasoconstrição ou vasodilatação. A frequência e a força da contração cardíaca aumentam quando ocorre vasoconstrição e diminuem com a vasodilatação. Tanto o sistema nervoso simpático quanto o parassimpático são componentes do sistema nervoso autônomo que atuam na regulação da circulação. Os efeitos da estimulação parassimpática provocam, principalmente, acentuada diminuição da frequência cardíaca e redução rápida da contratilidade do músculo cardíaco. Já a estimulação simpática eleva a frequência cardíaca e a força da contração cardíaca (Hall, 2020).

Muitas áreas do córtex cerebral podem excitar ou inibir o centro vasomotor. O hipotálamo integra o sistema límbico, conforme mencionado, este é o principal sistema responsável pelas emoções segundo achados neurofisiológicos. Além disso, o hipotálamo exerce potentes efeitos excitatórios ou inibitórios sobre o centro vasomotor e atua em diversos outros sistemas neurovegetativos como o endócrino. Situações ameaçadoras ou de tensão interna estimulam, através do hipotálamo, liberação de catecolaminas e corticosteroides tanto pela via direta do sistema simpático quanto pela indireta atuando nas suprarrenais. Essas substâncias têm sido exaustivamente relacionadas a arritmias, hipertensão arterial, aterosclerose coronária, isquemia ou necrose miocárdica, e insuficiência cardíaca (Hall, 2020).

Na medicina muitos estudos que abordam aspectos psicossociais e comportamentais buscam investigar como esses elementos podem favorecer uma melhor adesão ao tratamento e prevenção de DCV. Os fatores de risco clínicos tradicionais para DCV estão bem estabelecidos e frequentemente são utilizados como alerta em esforços de prevenção dessas doenças. Recentemente tem-se direcionado também atenção ao papel das condições sociais e ambientais que determinam os comportamentos e o risco de DCV no nível individual e coletivo de

comunidades (Appiah, Luitel, Fuentes, & Nwabuo, 2022; Jilani et al., 2021; Yusuf et al., 2020).

As DCV são as principais causas de mortes no Brasil, representando quase 30% da mortalidade registrada pelo DataSUS nos anos de 2018 e 2019 (Brasil, 2018, 2019). Essas doenças implicam na diminuição da qualidade de vida dos acometidos, além de altos custos ao sistema de saúde (Stevens et al., 2018). As DCV são doenças tipicamente crônicas que exigem tratamentos longos tanto medicamentosos quanto não-medicamentosos. A mortalidade acentuada nas cardiopatias está diretamente relacionada às dificuldades de adesão ao tratamento por parte dos pacientes (Faria et al., 2020; Katz & Wajngarten, 2015; Mansur & Favarato, 2016; Sabaté, 2003). Compreende-se que a adesão ao tratamento de doenças crônicas, como a cardiovascular, abarca a compreensão do risco da patologia por parte do paciente (Katz & Wajngarten, 2015). Essa compreensão pode ser comprometida por sistemas de crença (S. Oliveira et al., 2019), desinformação (Oliveira-Filho et al., 2014), falta de recursos cognitivos e psíquicos, ambiente dificultador (Katz & Wajngarten, 2015), etc. Todos esses elementos irão influenciar no modo como o paciente recebe e reage ao diagnóstico médico.

Embora os estudos abordem com mais frequência a adesão ao tratamento, sabe-se que aderir à um tratamento vai além da ingestão de medicamentos prescritos. Envolve também outros comportamentos como seguir uma dieta saudável, abandonar o cigarro, consumo moderado de bebidas alcoólicas, monitoração diária do peso e de indicadores de descompensação (Sabaté, 2003; Weber & Ramires, 2020).

No campo da Psicologia há uma robusta literatura que busca investigar aspectos psicológicos relacionados a DCV. Diversos estudos buscam uma classificação da população em perfis psicológicos que podem estar relacionados com o desenvolvimento de DCV. Há também estudos que investigam possíveis relações entre transtornos psiquiátricos afetivos e adaptativos às DCV (Altenhofen, Kern de Castro, & Britz de Lima, 2016; André, Suarez, Vasserot, & Cuervo, 2018; Batselé et al., 2017; Denollet & Brutsaert, 1998; Fernandez, Fitriyah, Samudera,

Arifin, & Wulandari, 2019; Nurazizah, Abdurachman, Soetjpto, Oktaviono, & Andira, 2020; Saad et al., 2019).

Boa parte de todo conhecimento disponível sobre a relação entre DCV e estados psíquicos está disponível desde meados do século passado. E é possível observar que essas pesquisas se engajam em um movimento comum de criar formas de tratar uma doença de antemão. Assim, juntamente da prevenção como política pública, é possível uma sistematização prévia da terapêutica individual a que será submetido um determinado paciente. Apesar das evidências da relação da questão histórico social envolvida no desenvolvimento dessas doenças, o que se cria é uma tendência a caracterizar as DCV como uma condição natural e inevitável do ser humano, proveniente de disfunções orgânicas, e, conseqüentemente, sem relação tanto com o contexto histórico em comum, quanto a historicidade individual.

### **3. O Modelo dinâmico da escola francesa de interpretação do TAT e a teoria bioniana**

O Teste de Apercepção Temática (TAT) é um instrumento projetivo amplamente utilizado em contextos clínicos e de pesquisa para avaliar a dinâmica da personalidade de um indivíduo. Desenvolvido por Henry A. Murray e Christiana D. Morgan na década de 1930, o TAT é composto por uma série de imagens ambíguas que os indivíduos são convidados a interpretar, contando histórias sobre o que pode estar acontecendo nas cenas. A interpretação dessas histórias é utilizada para inferir aspectos da personalidade, incluindo desejos, necessidades, conflitos internos e relações interpessoais (Cunha, 2007; Murray, 2019).

A estrutura do TAT envolve a apresentação de 31 cartões (embora tipicamente apenas 10 a 20 sejam usados em uma sessão) que contêm uma variedade de cenas vagas e dramáticas, além de um cartão em branco. As imagens são deliberadamente ambíguas para permitir uma gama ampla de interpretações. Durante a administração do teste, o examinador pede ao sujeito que descreva uma história para cada imagem, incluindo o que levou à cena, o que está acontecendo no momento, o que os personagens estão pensando e sentindo, e qual será o desfecho (Brelet-Foulard & Chabert, 2008).

O fundamento teórico do TAT é baseado na ideia de que, ao projetar suas próprias experiências, emoções e conflitos nas histórias, os indivíduos revelam aspectos significativos de sua personalidade. As narrativas fornecidas pelo sujeito são analisadas em termos de temas recorrentes, estrutura da história, identificação com os personagens e a natureza dos conflitos apresentados. A análise pode ser tanto qualitativa quanto quantitativa, dependendo do propósito da avaliação e da formação do avaliador.

Na prática clínica, o TAT é utilizado para explorar aspectos profundos da psique que não podem ser facilmente acessíveis através de métodos mais diretos de avaliação. Ele é frequentemente empregado para compreender melhor problemas emocionais, explorar relações

interpessoais e investigar a dinâmica subjacente a comportamentos específicos. Em contextos de pesquisa, o TAT tem sido usado para estudar uma variedade de tópicos, desde a motivação até as diferenças de personalidade entre grupos demográficos.

No entanto, o TAT não é isento de críticas. Algumas das principais limitações incluem a subjetividade envolvida na interpretação das histórias e a falta de padronização nas técnicas de análise. Além disso, questões de validade e confiabilidade são frequentemente levantadas, embora estudos tenham mostrado que, quando usado por avaliadores experientes e treinados, o TAT pode fornecer insights valiosos (Ocampo, Arzeno, & Piccolo, 2009).

Dentre os vários modelos de interpretação e procedimentos de análise possíveis, optamos pelo modelo dinâmico proposto pela Escola Francesa (Shentoub, Debray, Brelet, Chabert e Brelet-Foulard). Para Shentoub & Marques (1999) o TAT se caracteriza por oferecer um objeto real que, embora fabricado pelo meio, pode ser recriado pelo sujeito com base em sua fantasia. Este aspecto paradoxal permite ao sujeito uma interação criativa com o material, utilizando-o como ponto de partida para expressar suas moções internas. O TAT opera no campo intermediário entre o que é objetivamente percebido e o que é subjetivo, Winnicott descreve esse espaço como *campo de ilusão*, de forma que o teste fornece um meio pelo qual o sujeito pode explorar e expressar suas fantasias e percepções subjetivas. Essa dualidade do TAT exige que o sujeito articule os processos primários (associados às moções inconscientes e fantasmas) e os processos secundários (relacionados às exigências do sistema percepção-consciência). A eficácia com que o sujeito articula esses processos determina a clareza e coesão da história transmitida. Portanto, uma história bem-articulada reflete um equilíbrio saudável entre os processos primários e secundários, enquanto dificuldades nesta articulação podem indicar conflitos internos ou desorganização psíquica.

O processo de elaboração das histórias no TAT, conforme descrito por Shentoub & Marques (1999) é fundamentado na metapsicologia freudiana e envolve um conjunto de

mecanismos mentais mobilizados na *situação TAT*, ou seja, o contexto particular em que um examinador solicita ao sujeito que imagine uma história a partir de cada imagem apresentada. A situação TAT é descrita por Shentoub & Marques (1999) através dos seguintes estádios:

1. Percepção do Conteúdo Manifesto: Refere-se à captação da realidade externa através dos sentidos, formando uma base inicial para as representações. Inicialmente, o sujeito percebe o conteúdo manifesto da imagem apresentada. Esta percepção é a base a partir da qual o processo de imaginação se inicia.

2. Ativação da Regressão e Representações Inconscientes: A percepção da imagem, juntamente com a instrução de *imaginar*, desencadeia uma regressão que ativa representações e afetos inconscientes e pré-conscientes. Esses são descritos como traços de memória com referências afetivas reativados pelo conteúdo latente da imagem. A representação envolve a formação de imagens mentais ou representações internas a partir das percepções captadas, sendo estas influenciadas tanto pela realidade externa quanto pelos conteúdos internos do sujeito.

3. Confronto com a Barreira Consciente do Ego: O complexo de representações e afetos, por natureza inorganizado (característico do processo primário), confronta-se com a barreira consciente do ego. Este confronto inclui a interação com os mecanismos de defesa inconscientes do ego.

4. Simbolização Através da Linguagem: Para que as representações e afetos sejam simbolizados, o ego deve processar e organizar esses elementos inorganizados através linguagem, transformando essas moções em uma narrativa coerente. Trata-se do processo de transformação dessas representações internas em símbolos que podem ser comunicados de maneira coerente e estável. É neste estágio que ocorre a tradução das representações de coisas em representações de palavras.

A criação temática, portanto, é um complexo diálogo entre o conteúdo manifesto

percebido, a ativação de representações e afetos inconscientes, e a capacidade do ego de simbolizar e organizar essas moções. Este processo é central para a análise psicanalítica, pois revela como o sujeito negocia entre as exigências do real e suas fantasias internas, proporcionando *insights* sobre a dinâmica psíquica e os mecanismos de defesa operantes (Brelet-Foulard & Chabert, 2008; Shentoub & Marques, 1999).

Para Delgado (2006) o modelo teórico que fundamenta o processo do TAT é o de Bion que se origina do modelo de desenvolvimento infantil e refere-se à relação precoce com o objeto materno e às interações mais primitivas entre cuidador e bebê. Bion enfatiza a importância dessas primeiras interações, em que a *rêverie* materna funciona como um recipiente para os estados emocionais do bebê e forma a base para o desenvolvimento de sua capacidade de pensar e conter seus afetos.

O conteúdo latente das imagens do TAT desencadeia pensamentos e afetos que pressionam a mente do sujeito no sentido de serem pensados e processados. A identificação projetiva interna produzirá conteúdos que precisam ser reintegrados de maneira tolerável, a habilidade do sujeito em lidar com essas projeções é indicativa de sua capacidade de contenção interna. O confronto com esses elementos inconscientes, assim como a necessidade de processá-los mentalmente, ocasiona sofrimento e frustração psíquica. A intolerância a esses estados é frequentemente acompanhada pela mobilização de defesas poderosas que visam anular, paralisar ou distorcer o pensamento e outras funções do ego.

Portanto, para que o sujeito possa elaborar uma história no TAT., é necessário que ele possua uma capacidade satisfatória de tolerância ao sofrimento e à frustração psíquica. Caso contrário o ego pode recorrer a mecanismos de defesa que comprometem a capacidade de pensar e simbolizar, impedindo assim a elaboração de uma narrativa coerente. Em situações de boa tolerância à frustração sucede-se uma *realização negativa* ou *não-coisa*, que é uma forma de transformar a frustração em algo simbolizável. Essa transformação dos elementos beta em

elementos alfa possibilita que a experiência possa ser nomeada e narrada, permitindo sua integração saudável no pensamento consciente. Assim, o sujeito é capaz de elaborar uma história coerente, utilizando os mecanismos de simbolização para integrar suas experiências emocionais (Delgado, 2006).

Em contraste, a intolerância à frustração leva à mobilização de defesas que impedem a simbolização e a elaboração narrativa, resultando em estratégias de evitamento e distorção. O sujeito pode recorrer a mecanismos de defesa como fuga, evitamento ou defesa pelo perceptivo ou pelo projetivo *evacuativo*. Essas defesas visam afastar o sujeito do confronto com sua verdade interna, impedindo a simbolização e a integração dos conteúdos psíquicos, portanto, uma *não-transformação*. A tendência a fugir ou evitar a fonte de frustração e angústia reflete uma dificuldade em confrontar e integrar experiências emocionais difíceis. Esta estratégia envolve mecanismos de defesa que afastam o sujeito da experiência angustiante como a negação, repressão e deslocamento, que podem se expressar por comportamentos como a procrastinação, a mudança de foco ou a minimização da importância dos eventos estressores.

A escolha entre fugir/evitar ou modificar/transformar a frustração geradora de angústia, criando algo novo, depende da capacidade do sujeito de tolerar a frustração e a angústia, bem como da qualidade dos seus mecanismos de defesa e da função continente do ego. O TAT permite observar esses processos em ação, proporcionando uma compreensão profunda das dinâmicas psíquicas do sujeito e da sua capacidade de lidar com experiências emocionais desafiadoras.

As imagens para coleta de dados foram escolhidas conforme o material manifesto e o conteúdo latente abaixo e podem ter a seguinte descrição a partir de Brelet-Foulard & Chabert (2008) e Murray (2019):

Aplicadas a ambos os sexos:

*1 - O menino e o violino*

Material manifesto: este cartão representa um rapaz, com a cabeça entre as mãos, olhando para um violino colocado diante dele.

Conteúdo latente: Uma criança face ao objeto (do pai). revela a atitude do indivíduo frente a situação de teste.

*3HF - Curvado sobre o divã*

Material manifesto: um indivíduo cujos sexo e idade são imprecisos, está caído junto de uma banqueta. No canto esquerdo, encontra-se um pequeno objeto, por vezes difícil de identificar, mas que é frequentemente visto como um revólver. Caso não o seja, não constitui uma escotomia de objeto, se a problemática a qual remete o cartão é bem percebida.

Conteúdo latente: Estar só e “inteiro” versus culpabilidade / autodestruição. Associações referentes a tristeza, abandono, desespero, depressão, suicídio.

*11 - Paisagem primitiva de pedra*

Material manifesto: trata-se de uma paisagem caótica, com vivos contrastes de sombras e de claridade na vertical. Alguns elementos mais estruturados, ponte, estrada, pormenor a esquerda (dragão ou serpente etc.), permitem uma reorganização do material.

Conteúdo latente: Reativação de uma problemática pré-genital, versus simbolismo fálico. Revelam atitudes frente ao desconhecido, ao perigo, ao instintivo e maneira de experimentar a ansiedade.

*13HF - Mulher deitada na cama*

Material manifesto: o carácter cru do material manifesto representa, no primeiro plano, um homem de pé com o braço diante do rosto e, no segundo plano, uma mulher deitada, com o peito desnudado e o braço flácido caído.

Conteúdo latente: Sexualidade e agressividade no casal. Drama de ciúme, drama passional revestido de *cliché de tabloide*. Capacidades de ligação dos movimentos pulsionais agressivos pelos movimentos libidinais.

*15 - No cemitério*

Material manifesto: Um indivíduo esquelético de sexualidade e idade dúbias, com as mãos entrelaçadas, está entre túmulos.

Conteúdo latente: Relação com a morte, culpa, castigo. Capacidades de ligação dos movimentos pulsionais agressivos pelos movimentos libidinais.

*19 - Cabana na neve*

Material manifesto: representa uma paisagem surrealista com uma casa sob a neve, ou uma cena marítima com um barco na tempestade, rodeados de formas espectrais e vagas. Os contrastes entre o negro e o branco muito acentuados constituem um outro elemento do material manifesto, na medida em que os contornos do cartão permitem uma delimitação psíquica entre dentro e fora.

Conteúdo latente: capacidades de delimitação entre dentro e fora, pela introjeção do bom e a expulsão do mau, o que constitui os fundamentos originários do pensamento.

*20 - Só sob a luz*

Silhueta tenuamente iluminada de um homem (ou mulher) apoiado a um candeeiro de iluminação pública.

Conteúdo latente: Principais aflições e expectativas do sujeito.

Aplicadas em indivíduos do sexo masculino:

*8RH - A intervenção cirúrgica*

Material manifesto: num primeiro plano, um rapaz adolescente, sozinho, com uma espingarda ao lado, de costas voltadas para a cena do segundo plano. Esta representa um homem estendido e dois outros inclinados para ele, em que um deles segura na mão um objeto cortante.

Conteúdo latente: representações susceptíveis de serem relacionadas com a angústia de castração e/ou agressividade para com a imagem paterna.

*12H - O hipnotizador*

Material manifesto: Um jovem deitado num divã com os olhos fechados. Inclinando-se sobre ele há a forma de um homem mais velho que estende a mão sobre o rosto do jovem.

Conteúdo latente: Revelam atitude frente aos homens adultos e seu ambiente, o papel da passividade e da impotência de sua personalidade.

*18H - Atacado por trás*

Material manifesto: Um homem em pé, de olhos fechados e rosto em perfil é agarrado por trás por três mãos. A figura de seus antagonistas não é visível.

Conteúdo latente: culpa, vergonha, relação entre o eu ideal, o ideal do eu e o eu real.

Aplicada em indivíduos do sexo feminino:

*12F - Mulher jovem e velha*

Material manifesto: No primeiro plano há uma jovem senhora olhando de canto de olho para a esquerda e atrás dela à direita há uma idosa de chale na cabeça e mão no queixo.

Conteúdo latente: Relação materna, atitude frente ao bom e mau objeto, juventude versus envelhecimento, finitude da vida.

*17MF - A ponte*

Material manifesto: Em uma ponte sobre a água está a figura de uma mulher debruçada no parapeito. Ao fundo há edificações e embaixo da ponte figuras humanas.

Conteúdo latente: Sentimentos fortes de despedida e a tendência do sujeito em manter a esperança ou ceder ao suicídio. Frustração, depressão, suicídio.

*18MF - Mulher que estrangula*

Material manifesto: Uma mulher aperta uma das mãos em torno da garganta de outra pessoa de sexo e idade dúbios, que parece estar sendo empurrada para trás junto ao corrimão de uma escada

Conteúdo latente: relação entre figuras femininas, o papel da passividade e da impotência de sua personalidade.

### 3.1 Procedimento de análise dos resultados

A estrutura de análise das histórias seguirá a proposta da Escola Francesa (Shentoub, Debray, Brelet, Chabert e Brelet-Foulard) e será orientada conforme as quatro séries (A, B, C, E) e seus respectivos subitens. Também analisamos a cadeia associativa realizada por cada paciente, buscando compreender a concatenação entre os significantes, as fantasias e os afetos emergentes (Fernandes & Hur, 2022), selecionado para a análise os aspectos que apresentam maior intensidade no momento de sua enunciação (Hur, 2021).

#### 3.1.1 MODALIDADE DO DISCURSO

A análise da modalidade do discurso segundo proposto por Brelet-Foulard & Chabert (2008) requer a identificação do tipo de discurso adotado pelo paciente. Essa análise se baseia na observação de como o discurso é estruturado e utilizado pelo paciente para lidar com a realidade interna e externa.

- A1: Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa – Identifica um controle sobre o material representacional e emocional, onde a realidade objetiva é enfatizada para evitar a emergência de conteúdos internos ameaçadores.
- B1: Discurso Lábil com Investimento nas Relações – Caracteriza-se pelo uso de fantasias e afetos como defesa, com a presença de recalçamento. Pode incluir uma erotização das relações ou simbolismos explícitos, refletindo a qualidade das identificações e potenciais falhas narcísicas.

#### 3.1.2 EXPRESSÃO DO CONFLITO INTRAPSÍQUICO

Nesse tópico será avaliado como o conflito interno se manifesta na narrativa (Brelet-Foulard & Chabert, 2008), podendo ser:

- A2: Intrapessoal – conflitos são expressos internamente entre personagens, usando

a realidade perceptiva como justificativa.

- B2: Interpessoal – conflitos surgem entre personagens, com uma tendência à dramatização e teatralização das tensões.

### 3.1.3 MANIFESTAÇÃO DAS DEFESAS

As defesas que surgem nas histórias narradas podem indicar diferentes formas de lidar com os conflitos e a ansiedade (Brelet-Foulard & Chabert, 2008):

- A3: Defesas Obsessivas – Marcas de dúvida, anulação, formação reativa, ou isolamento entre representações e afetos.
- B3: Defesas Históricas – Mobilização de afetos ao serviço do recalçamento, com possível erotização das relações e simbolismos evidentes.
- C: Evitação Operatória – Inclui estratégias como sobreinvestimento na realidade externa, inibição, investimento narcísico, instabilidade dos limites, e procedimentos antidepressivos.
- E: Emergência de Processos Primários – Alterações na percepção, massividade da projeção, desorganização das referências identitárias e objetais, e perturbações do discurso são observadas como manifestações de processos primários.

### 3.1.4 CLASSIFICAÇÃO DAS SÉRIES E PROCEDIMENTOS

As narrativas são então classificadas de acordo com as quatro séries principais (A, B, C, E), e os subitens correspondentes são identificados (Brelet-Foulard & Chabert, 2008).

- Série A (Rigidez): Refere-se ao uso de realidade externa, conflitos intrapessoais, e procedimentos obsessivos.
- Série B (Labilidade): Foca em investimento relacional, dramatização, e procedimentos históricos.
- Série C (Evitação do Conflito): Descreve mecanismos de evitação, inibição, e

procedimentos narcisistas ou antidepressivos.

- Série E (Processos Primários): Evidencia alterações perceptivas, projeções massivas, e desorganizações no discurso e nas referências identitárias.

### 3.1.5 AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO

Após identificar os procedimentos presentes nas narrativas e classificá-los nas séries e subitens correspondentes, será possível contar a presença e a frequência dos itens para quantificar a intensidade e predominância dos processos observados; analisar a prevalência das séries (A, B, C, E) e as possíveis associações entre elas para compreender o funcionamento psíquico do indivíduo; e observar padrões de funcionamento psíquico e dinâmicas internas, permitindo uma compreensão mais profunda do sujeito em termos de defesas, conflitos e modos de lidar com a realidade (Brelet-Foulard & Chabert, 2008).

#### 4. Resultados

Neste capítulo apresentaremos os protocolos do TAT, ou seja, as histórias contadas pelos oito sujeitos selecionados e as análises segundo a escola francesa de interpretação (Shentoub, Debray, Brelet, Chabert e Brelet-Foulard) e a teoria bioniana.

A dinâmica da coleta de dados se deu da seguinte maneira: após o QSHV, iniciou-se a exposição das dez imagens do TAT. Cada imagem foi deixada à disposição do paciente enquanto ele elaborava toda história, sendo recolhida e, em seguida, disponibilizada a próxima imagem. As narrações foram gravadas em áudio enquanto eram realizadas anotações concomitantes. Finalizadas todas as imagens, encerrava-se a gravação do áudio e eram realizadas intervenções ou encaminhamentos para condutas a serem tomadas pela equipe multiprofissional. Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, eles foram utilizados nomes fictícios e na segunda etapa da coleta, todas as gravações foram transcritas e reunidas às anotações e informações obtidas através do questionário e do prontuário. Foram incluídos no estudo pacientes com principal motivo da internação o tratamento de uma doença cardiovascular de ambos os sexos, submetidos a cirurgias de peito aberto, maiores de 18 anos, internados na enfermaria de cardiologia, admitidos antes e durante o período destinado à coleta de dados. Na tabela 1 apresentamos a síntese dos resultados dos oito casos:

Tabela 1 - Síntese dos resultados

Paciente	Modalidade do Discurso	Expressão do Conflito Intrapsíquico	Manifestação das Defesas	Emergência de Processos Primários	Síntese
Sonia	B1-1: Ênfase nas relações interpessoais B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais B2-1: Entrada direta na expressão;	B3: Procedimentos de tipo histérico CF: Sobreinvestimento da realidade externa CI: Inibição	E3-1: Confusão das identidades E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	Padrão de funcionamento psíquico marcado por sentimentos intensos de solidão, desamparo e desesperança.

		Exclamações; Comentários pessoais	CN: Investimento narcísico CL: Instabilidade dos limites		As defesas mostram-se insuficientes para conter a angústia que permeia seu discurso.
Fernando	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes A1-3: Referências sociais, ao senso comum e à moral	A2-1: Recurso ao fictício, ao sonho A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais	A3: Defesas Obsessivas CF: Sobreinvestimento da realidade externa	E3-1: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	Funcionamento psíquico caracterizado por defesa obsessiva e tendência à evitação operatória. Se mantém na superfície dos conteúdos emocionais, preferindo descrições objetivas e factuais.
Francisca	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais	A3: Procedimentos de tipo obsessivo CF: Sobreinvestimento da realidade externa CN: Investimento narcísico CL: Instabilidade dos limites	E1-3: Percepções sensoriais; falsas percepções E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica E4-1: Perturbações da sintaxe	Se mantém em descrições objetivas e concretas, evitando o aprofundamento emocional ou simbólico. A hesitação e a dúvida são frequentes, refletindo uma insegurança em lidar com conteúdos internos ou situações complexas
Nilva	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificação da interpretação B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais	A3: Defesas Obsessivas CF: Sobreinvestimento da realidade externa	E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	Ansiedade e tristeza são temas recorrentes, mas utiliza estratégias de evitação operatória, tentando manter uma visão positiva e ancorada na realidade prática, como uma maneira de lidar com

					suas preocupações emocionais.
Júnior	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais	A3: Defesas Obsessivas CF: Sobreinvestimento da realidade externa	E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	A racionalidade e o controle são valorizados, mas há espaço para emoção e reflexão pessoal. Tende a buscar soluções práticas e positivas, mesmo em situações difíceis, o que reflete uma abordagem otimista e determinada à vida.
Hermenegildo	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais	A3: Defesas Obsessivas CF: Sobreinvestimento da realidade externa	E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógi E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	funcionamento psíquico marcado por incertezas, confusão e uma luta constante para encontrar sentido e esperança em situações que ele percebe como potencialmente trágicas.
Marta	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais	A3: Defesas Obsessivas CF: Sobreinvestimento da realidade externa	E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	Busca de sentido em meio à incerteza e pelo uso da espiritualidade como uma âncora em suas interpretações. Suas defesas indicam dificuldade em lidar com imagens que evocam temas de morte, sofrimento e o desconhecido, resultando em interpretações

					hesitantes e fragmentadas.
Valter	A1-1: Descrição com ligação aos detalhes B1-3: Expressão de afetos	A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais	A3: Defesas Obsessivas CF: Sobreinvestimento da realidade externa	E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais	Temas de morte, perda e sofrimento são comuns, mas há também uma luta para encontrar finais positivos em alguns contextos. Dificuldade em lidar com a ambiguidade e o abstrato, resultando em interpretações incertas e desconexas.

#### 4.1 Caso 1 – Sonia

Sonia é uma mulher branca de 50 anos, casada e sem filhos que mora na capital com o marido. Conta que exerceu a profissão de vigilante por alguns anos, mas atualmente não possui renda própria e vive com a renda do marido que é militar. Relata que vive conflitos conjugais que lhe causam muito sofrimento, por esses motivos diz que está em acompanhamento psiquiátrico para tratar a ansiedade generalizada diagnosticada. Há um ano sofreu o primeiro infarto e desde então aguardava a cirurgia de revascularização do miocárdio. O infarto acontece quando uma placa de gordura da aterosclerose se rompe dentro de um vaso sanguíneo, liberando uma massa pegajosa que pode obstruir por completo o fluxo de sangue. Segundos após a obstrução completa de uma artéria coronária, um ataque cardíaco, ou infarto do miocárdio, ocorre, e uma porção do miocárdio começa a morrer (infarto é uma área de tecido morto). A lesão que ocorre no coração em um caso de infarto é permanente.

Além do infarto prévio e do diagnóstico de ansiedade generalizada, Sonia é hipertensa, diabética e tem altos níveis de colesterol. Afirma que nunca fumou ou bebeu, tem rede de

amigos bem reduzida, não pratica esportes ou atividades de lazer e mantém-se distante da família. Conheci a Sonia no seu segundo dia de internação, quando ela já estava na enfermaria aguardando a cirurgia de revascularização do miocárdio. Esse é um procedimento extenso, realizado de *peito aberto*, o objetivo principal é restaurar o fluxo sanguíneo adequado para o músculo cardíaco (miocárdio). Isto é feito criando um novo caminho para o sangue contornar as áreas bloqueadas. A cirurgia envolve o uso de enxertos para criar as pontes, são geralmente veias retiradas da perna do paciente (veia safena) ou uma artéria do peito (artéria torácica interna). Por isso o nome popular ponte safena.

Sonia ficou internada por aproximadamente oito dias aguardando os exames e o preparo para a cirurgia, que foi remarcada uma vez. O marido não a visitou, nem antes e nem após a cirurgia, mesmo com as múltiplas reclamações de Sonia que chegou a pedir para a equipe solicitá-lo a vir ao hospital. No pós-cirúrgico, quando retornou da UTI e precisava de acompanhante na enfermaria, ficou acompanhada de uma técnica de enfermagem contratada pelo marido. Quem procurava por notícias suas eram os vizinhos que a socorreram durante o infarto.

A sessão com a Sonia ocorreu três dias antes da cirurgia. Desde que foi ofertada essa possibilidade ela ficou bastante empolgada com a possibilidade de poder falar em um local com privacidade. Iniciei com o questionário para confirmar algumas informações e prosseguimos:

**Psicóloga:** Quando eu te mostrar a imagem Sonia, é importante que você pense e me fale o que está acontecendo nessa imagem, o que aconteceu antes que levou a esse momento, dessa imagem e como que termina essa história, tá? O que as pessoas da história estão pensando, estão sentindo. A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Sonia:** Eu tenho que falar agora?

**Psicóloga:** Sim.

**Sonia:** Eu tô vendo que é uma criança. Ele tá muito triste, ele tá pensando... *num* tá dando para entender que que é preto do lado dele... *num* tô entendendo... Um violino! Ele largou, num sabe se continua a tocar. Ou não.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Sonia:** Eu acho que foi a tristeza, a solidão, que levou ele ao violino... eu né (risos). Eu me acho assim.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Sonia:** Como termina essa história? ele deve melhorar e deve tocar. É isso? Ou não?

**Psicóloga:** a história é sua, pode ser se você quiser.

**Sonia:** Pois é isso, não tem mais. (risos)

**Psicóloga:** É isso mesmo! Você entendeu como que é. A história é sua, as imagens não são muito claras, tá Sonia? Então elas podem ser qualquer coisa mesmo, que é para você usar sua imaginação mesmo, tá bom?

**Sonia:** Uhum...

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã).

**Sonia:** Ixi... Uma senhora né? *Num* é? Tá com a cabeça debruçada... pensando o que faz da vida. Triste, amargurada, decepcionada.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Sonia:** Não tem a saída, tá procurando uma saída, tá quase igual eu, igualzinho eu. Não tem a saída, tá procurando a saída, igualzinho eu. A história dela é a minha: num sabe o que faz da vida.

**Psicóloga:** Termina assim?

**Sonia:** Termina assim. Ela *tava* procurando uma saída e não achou.

**Psicóloga:** Mais alguma coisa?

**Sonia:** Não.

**Psicóloga:** Tá tudo bem? Podemos continuar?

**Sonia:** Tudo... Pode...

**Psicóloga:** Aqui... essa imagem, como eu te falei elas não tem... não são muito definidas né? E essa aqui é uma das mais indefinidas. Então, assim, você pode fantasiar bastante e usar sua imaginação mesmo, tá bom? (disponibilizo a terceira imagem: 11 - Paisagem primitiva de pedra)

**Sonia:** Nossa! Tem umas... as árvore no meio assim... parece que é um pássaro aqui *num* é não? **Psicóloga:** pode ser o que você quiser.

**Sonia:** Eu *tô* achando que é um pássaro, parece que *num* é... tá muito confuso a minha mente. *Num* sei se é um carro um [fala incompreensível e risos]. *Num* tá dando pra mim entender não. Mas eu acho que aí tinha uma... rua! E ela parou, agora porque ela parou eu *num* sei, então tinha que ter uma saída, eu *num* tenho uma saída. A mesma história daquela mulher, tá igual eu de novo, *num* tem uma saída, tá procurando uma saída e não acha, é isso aí que eu me vejo.

**Psicóloga:** Mais alguma coisa?

**Sonia:** Não. É isso aí, sem saída, tá igual minha vida. Ô coitada de mim, é... dói... se for puxar aqui dói. Fico com vontade de chorar. Terminou?

**Psicóloga:** ainda não.

**Sonia:** Você falou que eu posso falar.

**Psicóloga:** pode mesmo.

**Sonia:** É igual aquela hora que você perguntou do meu marido [em atendimentos anteriores], [fala incompreensível] que eu falei que eu queria falar com você, te chamar de você, você quer que eu te chame de você [ela insistia em me chamar de senhora e doutora]. Aquele dia que eu te falei: 'Eu precisava de falar com você! Você é psicóloga!' Era do meu marido. Eu já fui traída duas vezes. Certeza, assim absoluta. Por que que eu entrei em pânico? Eu não ia

falar *pros* outros, o telefone dele já tá desligado. Cadê? Com quem ele tá? Porque ele jura que *num* tem ninguém. Deu quinta-feira o homem some! Eu doente, esses dias pra trás eu *tava* sem as coisa! As coisa minha acabou tudo, tudo, tudo, tudo! Você sabe o que é tudo? Aí eu pensei: ele vai sumir, não vão achar, eu vou perder a cirurgia! Aí vai juntar todo mundo em cima de mim, e aí? Aquela hora ali, e *num* sei com eu *num* infartei de novo, eu *num* sei como eu *num* infartei ali naquela hora [quando eu perguntei sobre o marido no atendimento beira leito]. Eu *num* sei como! Foi Deus que *num* deixou. Depois me deu uma crise de choro, chorei até, até, até, até, até, até que eu pensei que eu ia explodir. Falei, eu vou explodir Jesus, *num* deixa não! Não deixa... eu falei como ele! *cê* tá entendendo? Eu falei com ele, mas depois acabou! Pode ir lá agora ó, eu fico aqui e você vai lá, liga lá Marcelo marido, você vai ver. Aí veio aquele peso assim, quando você pega um martelo que você vai martelar [reforça com raiva]! Sabe? Você vai [fala incompreensível] um pau? *Cê* vai pegar um pau e *pam*! Eu senti com todo mundo em cima de mim. Ele não foi, ele foi e *num* deu certo, agora não acha, cadê ele, cadê ele, cadê ele? Eu ia falar o que? Que que eu ia falar? É isso, essa história é a minha! Muito difícil um relacionamento assim, e nesse exato momento minha irmã, eu *num* posso largar! Que a minha família não vai me ajudar! Tem dia que eu choro de grito, grito! Sabe o que é grito? *Pros* outros não escutar eu ponho toalha minha na minha boca para gritar e falar com Deus: Meu Deus, me ajuda! Não sei cadê, ligo no colégio [onde marido trabalha]: ‘ele tá de folga’ [imita alguém falando]. Pra mim, ele não tem folga! É doído minha irmã!

**Psicóloga:** e tem muito tempo que é assim?

**Sonia:** Tem! Tem, tem, tem. Dia 10 agora, vai fazer 30 anos que eu moro com ele. 30 anos!

**Psicóloga:** porque você mora com esse homem há 30 anos?

**Sonia:** Porque eu na época, trabalhava. Entendeu? Eu vivi minha vida, eu tinha, como se diz, [fala incompreensível] pra estudar! Né? E ele é o meu primeiro homem, nunca tive outro homem. Aí eu ficava nisso, né? ‘Meu primeiro homem, ah...meu primeiro homem’ [imitando

voz infantilizada]. Hoje não, hoje se fosse pra *mim* chutar o balde, viver minha vida, eu viveria, mas como? Como? Eu vou perder minha casa, se eu largar dele hoje, eu perco minha casa, porque minha família não vai me ajudar. Minha família tem a família deles. Nessa altura do campeonato, ele me pisa do jeito que ele quer. Pro *cê* entender, sabe? ‘Ela não vai me largar que para onde ela vai, eu vou chegar... chegar lá e ela vai me receber’ [imitando o marido]. Entendeu? Sexo? *Num* sei quando eu tive sexo, minha filha! Tá difícil, mas eu *num* posso... rã! Meu marido [risada irônica], meu marido, posso falar pra ninguém, ninguém, ninguém! ‘Meu marido!’ [ironiza como se devesse falar como orgulho]. Já que *nois* tá em quatro paredes eu posso te falar. Não posso falar isso por aí, dia que ele foi, dia que eu passei mal e vim pra cá, tinha cinco dias que eu tinha visto ele. Cinco dias! Eu vim para cá e foi duas ligada, as meninas ligou pra ele *num* falava, falou no whats app *num* falava, *num* falava, *num* falava! E começou já a cobrança! Aqui mesmo já começou as cobrança: ‘Sonia mas como o homem número atende?’ Ah mas eu vou falar o que? Minha irmã, o que que eu vou falar? Esses dias um menininho andando com meu amigo: ‘Uai tia Sonia cadê o tio Marcelo, uai o tio Marcelo *num* mora *co* *cê* não tia?’ Um menino! Eu vou falar o que?

Que que eu vou falar minha filha? Agora, não, se eu tivesse um dinheiro, se eu tivesse condição: Vai viver sua vida! *Cê* tá com alguém? Uai então vai viver, seja feliz, com a... preciso tirar esse aqui, esse aperto que tá aqui, que tá apertando, tá apertando! Vai! Me deixa ir! Mas como minha irmã? Como que eu faço? Como? E hoje o pagamento sai [dele]. Posso nem *pescar* a pensar nisso! Será que pagou minha água? Será que pagou minha luz? Será que pagou o apartamento? Eu *tô* aqui imaginando... Eu não posso pensar, tenho ó: ‘psiu!’ [faz movimento com a mão simulando um zíper sendo fechado] Passou, passou, se pensar vai ó ‘blu’! [simula explosão com as mãos] morri de novo! Lá em casa tem doze farda pra passar, que eu ia passar na segunda! Eu passo tudo! Arrumadinho. Até agora não perguntei se ele pegou a farda pra passar, não tive como perguntar. Ele não dá tempo, não dá tempo. Ele chega lá em casa, mal

ele fica! Parece que tem um bicho lá dentro, que não tem como ele ficar lá. Sabe, *num* tá fácil pra mim não. Não tá! Agora eu vou operar, eu *num* sei como vai ser pra mim, quem vai cuidar lá de casa? Quem vai arrumar minhas coisas lá em casa para mim? Vai deixar criar bicho, porque eu tenho mania de limpeza, uai. Lá em casa é tudo *limpim, limpim, limpim, limpim, limpim, limpim*. Vou deixar criar bicho, porque eu não vou fazer! Se eu não morrer, né? *Num* sei... não, não tá fácil pra mim. Não tá! Isso eu conversei com a minha psicóloga lá, no centro de referência, falei pra psiquiatra junto, entendeu? Aí marcou uma sessão com ele, ele não foi, não foi, ele não vai nas coisas que eu pago [?] pra ele ir. Porque ele sabe que vai ser *catracado*. Ele não vai, entendeu? Não tá fácil pra mim. Tô pensando até de você conversar com ele, a psicóloga: ‘eu preciso conversar com você, você é esposo dela? Vamo conversar aqui um *poquim*, porque passada a cirurgia dela... eu preciso ter uma conversa com o senhor’ [o que era para eu dizer a ele]. Porque eu não posso ficar sozinha, do jeito que tá, ele vai me largar lá: ‘fica aí ó’. Agora ficou bom que eu moro lá no cerrado, eu *num* sei dirigir, eu sei de moto. Moto eu *num* posso por causa desses *trem*. Vendi até minha moto, agora ficou bom pra ele que eu *num* vou pro centro, *num* mexo com centro, porque eu tô para lá ó... É minha filha, tá fácil pra mim não. *Tô igualzim*, sabe, aqueles *passarim*, na gaiola, aí depois *cê* pega um pano e joga por cima, para ficar... é eu, naquela gaiola, eu me sinto assim. Me sinto assim, aí as pessoas chega e né tem que [gesticula rindo ironicamente] ‘senta gente, deixa eu entrar... oi Geyssy, tudo bem? Hahaha’ eu *num* sei fingir, eu não sei fingir, não sei fingir! Dinheiro dele, eu não sei quanto ele ganha, sei, que eu liguei na polícia e fiquei sabendo. Minha casa eu não vejo tanto dinheiro, *num* sei para onde vai, *num* sei que que ele faz, *num* sei com que que gasta, não sei, não sei. Vou falar: ‘você tá caçando conversa! Você quer ser o que não é!’, aí o mundo desaba sobre mim. Tá difícil minha irmã! Eu vender lá, eu *num* posso vender lá. Eu vender aquilo ali *num* dá nada, e aí? Vou pra onde? Quem me sustent... me ajudava eu em tudo, minha cunhada que morreu com câncer. Hoje não tenho ela, era meu tudo! Era meu tudo, minha cunhada era meu

tudo, tudo, tudo, tudo. Hoje eu *num* tenho ela, semana retrasada guardei chorando, chorando, quase morri de tanto chorar. Eu tive que ligar lá no centro de referência e falar com as menina lá. Abre uma sessão para mim, abre uma sessão para mim que eu vou morrer! Eu vou morrer, eu vou morrer, e no outro dia não tinha dinheiro, eu peguei dinheiro emprestado com a minha vizinha, peguei o *uber* e fui. Cheguei lá e falei: olha foi assim, assim, assim. ‘Não, dona Sonia’, a psicóloga e a psiquiatra junto: ‘certinho, você tá insegura, que tudo que *cê* tinha, *cê* tinha ela, *cê* tinha ela, agora você não tem ela mais. Tá certa, *cê num* tá errada não. Tá certa, tem que chorar mesmo, põe pra fora’. Ainda falou pra mim ela, a psicóloga mais a psiquiatra: ‘se você não tivesse colocado pra fora hoje que você veio aqui, que a gente abriu essa sessão no caso da pandemia, você tinha dado um infarto de noite também’. Semana retrasada! Olha para você ver, quando foi domingo eu dei. É assim minha filha, minha vida, tá fácil? *Cê* quer minha vida pro *cê*? Quer não, quer não. Todo mundo, *num* é que eu quero a vida dos outros, todo mundo passeia, todo mundo tem as coisas, todo mundo ganha uma joia, todo mundo ganha roupa, nada... só fico vendo... *num* é que eu quero a vida dos outro, que eu *num* quero nada dos outro, eu quero o que é meu! Hoje eu tô sofrendo aqui ó! Eu quero o que é meu, meu! A palavra mais bonita do mundo: meu! Quero nada dos outros não. Tudo o que eu tenho lá na minha casa foi trabalhado, trabalhei, comprei, tive. Nunca tive nada dos outros. Nunca! Nem quero! Dos outros é dos outros. Quero não. Mas dói viu *dotora*, mas dói. Dói, mais dói, mais dói! Eu não vou mentir pra senhora. E aí o que a senhora me fala? Viu o peso?

**Psicóloga:** Vamos para a próxima?

**Sonia:** *Vamo... é...*

**Psicóloga:** essa é a imagem agora (disponibilizo a quarta imagem: 12F - Mulher jovem e velha)

**Sonia:** Isso aí é uma mulher cum... cum bicho? Capeta? Não? *Num* sei se é o capeta, *num* posso falar se é o capeta.

**Psicóloga:** pode ser o que você quiser.

**Sonia:** Pois é, pode ser, poder a falsidade. É tudo que eu tô passando minha filha.

**Psicóloga:** o que está acontecendo nessa imagem?

**Sonia:** A *muié* pensando o que ela faz da vida dela e o trem ruim atrás dela. Pronto.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Sonia:** Ah eu nem... nem tem como terminar, vai parar igual tá parada a minha. Não tem fim, vai ficar tentando lutando, lutando, é o que eu vejo, né? Não vai ter fim. É minha *fia*... o trem tá *fei* pro meu lado. Tá *fei*. Agora eu pergunto pra você *ditora*, e se eu não tivesse esse Deus que eu tenho? Essa fé que eu tenho? Pergunta pra mim, me responde. Minha querida, se eu não tivesse esse Deus? De falar com você tá doendo ó... só de eu falar com você aqui essa veia tá doendo, *cê* pode ver que ela alterou, tá vendo? Eu fiquei agitada. Chorar? Tem vez que eu choro eu sinto queimando. Eu sinto quei-man-do! Eu *num* sei chorar igual uma criança chora, um ser chora, eu sinto queimando. Parece que tá descendo aquele fogo! *Num* tá fácil mesmo não. Eu tenho medo de ficar é doida *ditora*. Doida, doida. Que eu tinha uma irmã que pegava água aqui ó... ficou doida, nós que levou ela doida pro hospital, eu meu marido, nosso povo. Eu morro de medo.

**Psicóloga:** Vamos para a próxima? (disponibilizo a quinta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Sonia:** Ela morreu, e ele tá chorando. É assim?

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí?

**Sonia:** Ele brigou com ela e ele a matou.

**Psicóloga:** e como que termina?

**Sonia:** Ele, ela morta e ele sozinho do jeito que ele queria. Tá vendo aí? Pois é, *num* sei não minha filha, da minha vida não, só Jesus. Tô igualzinho essas cadeira aqui, você fecha amanhã elas tá aqui né? [na sala] Depois você vai fechar? Vai abrir a cadeira vai tá aqui. Agora

eu *num* sei se amanhã eu *tô* inteira, se amanhã eu *tô* aqui, *num* sei. Eu *tô* vendo assim minha vida também, igual isso aí. *Tô* vendo assim que tá por um fio. Eu também, morrer. Eu *num* *tô* aguentando! É muita carga! Muita carga! Semana passada eu falei para minha irmã, eu falei: irmã tem muita carga sobre mim eu não *tô* dando conta. É tudo eu, eu, eu, eu, eu, e vai indo, ó. É... difícil minha irmã.

**Psicóloga:** Vamos para próxima?

**Sonia:** Vamos

**Psicóloga:** (disponibilizo a sexta imagem: 15 - No cemitério)

**Sonia:** No cemitério. *num* é? É um cemitério, agora que foi fazer aí número sei, porque já morreu. Já acabou tudo, o que que ela foi fazer aí? Demônio foi fazer aí? [risos irônicos] Foi caçar mais problema do que ela morta? *Num* tem jeito uai, *num* morreu, *num* já acabou? Então que ele foi fazer aí? *Num* sei. Não sei, agora fiquei confusa.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Sonia:** Briga! Discussão, conflito.

**Psicóloga:** e termina como?

**Sonia:** *Sozim. Sozim.* Pois é. Muito estranho, né? Mas é verdade. Verdade verdadeira. Sei não o que que eu faço da vida não, deixar acontecer né? O que eu posso fazer? Muito esquisito a vida, misericórdia!

**Psicóloga:** A próxima. (disponibilizo a sétima imagem: 17F - A ponte)

**Sonia:** Querendo suicidar. Né? Ou *num* é? É. Tá numa fachada querendo suicidar. Isso aí eu já pensei várias vezes, várias e várias e várias, *ixiiii!* Só não fiz porque eu tenho um Deus muito maravilhoso dentro de mim! Ele me ama muito, ele *num* deixa eu fazer isso não.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Sonia:** Briga de novo, concórdia de novo, falação demais. Ah eu vou pular daqui que resolve. **Psicóloga:** termina como?

**Sonia:** Sozinha de novo. O fim, acabou, resolve a vida e acabou. Aí tá vendo? Isso aí nunca. Nem com a morte embaixo duma ponte, faço não! Nunca! Vale a pena não. Eu me amo! Nem que seja um pouquinho, eu me amo.

**Psicóloga:** Tá acabando tá? (disponibilizo a oitava imagem: 18F - Mulher que estrangula)

**Sonia:** Aí, de novo, de novo, problema, problema. É igual eu lá em casa, eu vou falar ele não aceita eu falar. Só ele tem razão. Só ele que tem razão. Eu *num* tenho razão em nada, errada é eu. Errada é eu, ficar sozinha lá em casa, trancada como se fosse uma louca, né? E ele no mundo, curtindo, divertindo, passeando, comendo do bom e do melhor. É a vida de novo.

**Psicóloga:** o que está acontecendo nessa imagem?

**Sonia:** Ele... a mulher tentando enforcar o homem. Briga, discussão.

**Psicóloga:** e termina como?

**Sonia:** *Sozim* de novo. Acabou, é o que eu vejo né?

**Psicóloga:** Só mais duas tá? (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Sonia:** Que que é isso? Uma casa, morando sozinha? É?

**Psicóloga:** pode ser o que você quiser.

**Sonia:** Sim, é uma casa morando sozinha. Eu me sinto numa casa morando sozinha. É eu de novo. Eu comprei uma casa e *tô* morando sozinha, tem uma gata, jamais eu queria uma gata dentro da minha casa, jamais! Olha para você ver a situação que eu *tô*, tenho uma gata para conversar comigo! Ó o mundo que eu *tô*. Hoje ela é o meu remédio e eu sou o remédio dela. Diz que ela miou demais hoje cedo, 9 e meia, dez horas, é minha vida aí ó, minha vida.

**Psicóloga:** termina como?

**Sonia:** Sozinha uai! Sozinha. [risos nervosos] viu aí *dotora*? Agora doeu foi o peito agora... é assim mesmo...

[nesse momento inicio com ela exercícios respiratórios para que ela consiga se acalmar um pouco e quando ela se sente melhor damos continuidade].

**Psicóloga:** Essa é a última tá? (disponibilizo a décima imagem: 20 - Só sob a luz)

**Sonia:** Mais solidão! Mais solidão ainda, mais solidão. Sem... sem... aí acabou o resto mesmo.

**Psicóloga:** o que está acontecendo na imagem?

**Sonia:** Aí é um homem, *num* é? Parece que ele *tá* capinando um lote, *num* é um capinando, num dá pra entender direito.

**Psicóloga:** pode ser o que você quiser.

**Sonia:** Pois é eu achei que ele *tava* capinando um lote, parece que ele *tá* assinando um (incompreensível) num *sei* se é assim. *Sozim, sozim* de novo, aí... eu ando muito angustiada *ditora*, muito. Pra mim acabar com essa angústia eu tenho que fazer o que *ditora*? Me ajuda, angustiada, apertada, o que que eu faço? Remédio eu tô tomando, o que, que que eu faço? Me sinto assim, parece que *tá* apertando dentro de mim.

**Psicóloga:** Essa angústia *tá* aí há muito tempo né Sonia? Eu gostaria de te dizer o que fazer mas infelizmente eu não tenho a resposta. O que eu posso é te ouvir e te acompanhar durante esse processo aqui no hospital. Eu sinto muito que você esteja passando por isso, e o que eu posso é te acompanhar enquanto isso.

**Sonia:** Já é alguma coisa *ditora* porque eu sou muito sozinha e *num* quero morrer.

Encerrada a coleta de dados permaneci com a Sonia explicando melhor a cirurgia, em seguida fizemos o caminho que ela faria no dia do procedimento e esclareci suas dúvidas. Ela pediu que eu estivesse na UTI quando ela fosse para lá, algo que eu não poderia fazer, visto que sua cirurgia seria no fim de semana e eu não estaria de plantão. Mas informei quem seria a psicóloga na UTI esse dia e garanti que a profissional soubesse de sua história até ali. Quando retornei na segunda a Sonia já estava na enfermaria, se recuperando bem e depois de dois dias obteve alta hospitalar. Foi embora em um carro de aplicativo, acompanhada de uma cuidadora que acabara de conhecer.

#### 4.1.1 ANÁLISE DO CASO 1 – SONIA

As narrativas de Sônia, refletem um funcionamento psíquico marcado por sentimentos de solidão, desamparo, desesperança e angústia.

##### 1) Modalidade do Discurso identificada: B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

###### a) B1-1: Ênfase nas relações interpessoais, pôr em diálogo

Sônia se coloca repetidamente nas narrativas, enfatizando suas relações interpessoais, suas frustrações e a dinâmica de poder nos relacionamentos. Sua identificação com os personagens reflete uma tentativa de se compreender e de processar sua própria experiência emocional.

###### b) B1-3: Expressão de afetos

A expressão dos afetos é predominante em suas histórias, com fortes sentimentos de tristeza, solidão, desamparo e angústia permeando suas narrativas. Essa mobilização de afetos aponta para um discurso lábil, onde as emoções se entrelaçam profundamente com as histórias contadas.

##### 2) Expressão do Conflito Intrapsíquico identificada: A2 (Intrapessoal) e B2 (Interpessoal)

###### a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais

Em várias histórias, Sônia exprime um sentimento de impotência e desesperança, frequentemente referindo-se a situações sem saída, o que reflete um conflito intrapsíquico profundo.

###### b) B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais

A maneira direta e intensa como Sônia narra suas histórias, com exclamações e comentários pessoais, sugere um processo de dramatização dos conflitos. As histórias muitas vezes culminam em desfechos solitários e trágicos, reforçando a sensação de isolamento e desamparo.

##### 3) Manifestação das Defesas identificadas: B3 (Defesas Histéricas) e C (Evitação Operatória)

###### a) B3 - Procedimentos de tipo histérico

###### i) B3-1: Mobilização de afetos ao serviço do recalçamento das representações

Sônia utiliza a expressão emocional como uma forma de defesa, canalizando sua angústia e desesperança em narrativas que muitas vezes terminam de maneira trágica, mas que permitem a ela externalizar o sofrimento. A erotização e a dinamização das relações interpessoais aparecem, particularmente na história da mulher que estrangula, refletindo um conflito profundo com figuras masculinas e uma possível defesa histérica. Há um deslocamento da problemática da cardiopatia para figuras externas de sua vida, como o seu marido.

b) CF - Sobreinvestimento da realidade externa

i) CF-1: Ênfase no cotidiano, no factual, no fazer - referência *placada* à realidade externa. No deslocamento da problemática supracitada, o problema maior não é sua cardiopatia, mas seu marido que potencialmente a abandona.

Em algumas narrativas, há uma tentativa de fixação em elementos concretos do cotidiano (por exemplo, a referência à gata), mas essa fixação parece superficial e não consegue realmente neutralizar a angústia subjacente. Esses elementos cotidianos são utilizados como uma forma de evitação operatória, sem uma resolução efetiva do conflito.

c) CI – Inibição

i) CI-2: Motivos dos conflitos não precisados, banalização, anonimato dos personagens

Em suas histórias Sônia menciona conflitos entre os personagens, mas sem história ou relação social entre os personagens que justifique os conflitos, ou que explique os motivos dos atos deles.

d) CN – Investimento narcísico

i) CN-1: Ênfase na experiência subjetiva não relacional; referências pessoais;

As histórias são contadas em próprio nome, utilizando as imagens apenas como um

estímulo para contar experiências da própria vida. Nessa atitude Sonia se esquivava de verdadeiramente elaborar uma narrativa se mantendo autocentrada e excluindo as relações com os outros do investimento.

ii) CN-3: Pôr em quadro; afeto título; postura significativa de afetos;

Em suas histórias, Sonia coloca os afetos em evidência de forma que são a própria identificação dos personagens e o desenvolvimento da história é interrompido num quadro, lugar-comum do instante existencial, como numa fotografia que também suspende o trabalho ativo de construir uma história. Há uma certa desresponsabilização dela em relação à sua enfermidade, como se fosse abandonada por todos, por seu corpo, mas não se implica como protagonista do processo.

e) CL – Instabilidade dos limites

i) CL-1: Porosidade dos limites (entre narrador/sujeito da história; entre dentro/fora...).

Em vários momentos das histórias, é difícil distinguir se Sonia é a narradora ou se é um dos personagens, ou ainda a qual dos personagens ela se identifica, oscilando entre um e outro.

ii) CL-3: Heterogeneidade dos modos de funcionamento (interno/externo; preceptivo/simbólico; concreto/abstrato...).

Em algumas histórias Sônia coloca sensações corporais e percepções no mesmo nível de sentimentos e emoções, o que indica um modo de funcionamento em que prevalece a falta de contenção e a invasão do externo pelo interno, vice e versa.

4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E3 (Desorganização das Referências Identitárias e Objetais) e E4 (Alteração do Discurso)

a) E3-1: Confusão das identidades

Sônia se identifica de forma intensa e quase fusional com os personagens das histórias, o que sugere uma confusão das fronteiras identitárias. Ela não distingue claramente

entre o *self* e os outros, projetando suas próprias angústias e sentimentos nos personagens.

b) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

Em várias histórias, Sônia apresenta dificuldades na coesão do discurso, com lapsos e confusões na linguagem, sugerindo uma emergência de processos primários onde a organização discursiva é comprometida.

#### 4.1.1.1 Análise das Narrativas

Cada história contada por Sônia reflete aspectos diferentes de seu funcionamento psíquico, mas há temas recorrentes que indicam uma constante sensação de solidão, desesperança e uma luta interna profunda:

- 1) O menino e o violino: Reflete uma tristeza e solidão que Sônia atribui a si mesma, com uma incerteza quanto ao futuro, simbolizada pela indecisão sobre continuar tocando o violino.
- 2) Curvado sobre o divã: Uma representação clara de sua própria busca infrutífera por uma *saída* na vida, com uma identificação direta com o personagem.
- 3) Paisagem primitiva de pedra: A confusão e a falta de clareza na percepção refletem seu estado mental atual, onde a busca por uma *saída* é constante, mas sempre frustrada.
- 4) Mulher jovem e velha: Uma expressão da dualidade interna e da luta contra forças que ela percebe como más ou demoníacas, representando seus medos e ansiedades.
- 5) Mulher deitada na cama: A história de morte e solidão reflete um medo profundo de ser deixada sozinha e a sensação de que sua vida está "por um fio".
- 6) No cemitério: O tema da morte e da solidão, associado a uma confusão sobre o propósito e o sentido, reflete um estado mental de desorientação e desespero.
- 7) A ponte: Um desejo reprimido de suicídio, que ela reconhece, mas luta contra com a força de sua fé religiosa, mostrando um conflito interno intenso entre a vida e a morte.
- 8) Mulher que estrangula: A luta de poder nas relações interpessoais, onde Sônia se sente

oprimida e sem voz, é projetada na narrativa da briga e do estrangulamento.

9) Cabana na neve: A solidão é expressa de forma quase literal, com a casa e a gata simbolizando seu isolamento emocional.

10) Só sob a luz: A solidão extrema e a angústia, com um pedido explícito de ajuda para lidar com essa dor interna que parece esmagá-la.

A análise das narrativas de Sônia revela um padrão de funcionamento psíquico marcado por sentimentos intensos de solidão, desamparo e desesperança. Ela expressa, através de suas histórias, um profundo conflito intrapsíquico, associado a uma identificação constante com personagens que refletem sua própria experiência de vida. As defesas mobilizadas por Sônia, principalmente de natureza histérica, mostram-se insuficientes para conter a angústia avassaladora que permeia seu discurso.

#### **4.2 Caso 2 - Fernando**

Fernando é um homem branco de 48 anos, tem como profissão a marcenaria, mas é comerciante no interior do estado onde reside com a esposa. Tem uma filha já adulta com a qual tem vínculo distanciado e sete irmãos com os quais tem pouco convívio. Concluiu o ensino médio e iniciou um curso superior, mas não conseguiu terminar. Considera ter uma vida financeira confortável se comparada com os anos iniciais de sua vida adulta. Suas atividades de lazer envolvem bastante bebida alcoólica todos os fins de semana. É tabagista desde a adolescência e nunca tentou parar o vício. Diz professar a religião espírita, no entanto, só frequenta atividades religiosas em eventos como casamentos ou batizados.

O encontro de Fernando com a doença aconteceu em um domingo de 2021 em que após um evento de muita dor de cabeça, náuseas, confusão e alguns episódios de desvio de rima labial, típicos de acidente vascular cerebral (AVC), ele foi levado pelo SAMU à emergência do hospital. Naquele dia, Fernando passou por avaliação com a equipe de neurologia que, após

exames, não identificou indicações para internação. Ele não tinha diagnóstico prévio de problemas cardíacos, mas tratava irregularmente uma hipertensão.

Por não se conformar com a alta, no dia seguinte, Fernando buscou avaliação cardiológica, realizou exames e após aumento da dor torácica e abdominal passou por uma Angiotomografia Computadorizada Arterial de Tórax que identificou um *aneurisma de dissecção da aorta toracoabdominal*. Essa é uma condição grave que envolve uma separação das camadas da parede da aorta, a maior artéria do corpo humano, que se estende do coração até o abdômen. A dissecção ocorre quando há uma separação das camadas da parede da aorta devido à entrada de sangue entre essas camadas. Isso cria uma espécie de "falso canal" dentro da parede da artéria. Essa é uma condição que ocorre devido a uma fraqueza na parede da aorta, que pode ser causada por pressão arterial elevada, doenças do tecido conjuntivo, traumatismo ou condições hereditárias. O prognóstico depende da extensão da dissecção, da rapidez com que é diagnosticada e tratada, e de outras condições médicas do paciente. Dissecções extensas podem ser potencialmente fatais se não forem tratadas prontamente. Dois irmãos de Fernando já haviam sofrido da condição, mas assim como ele sobreviveram.

Ao ser identificada a dissecção, o hospital que realizou o diagnóstico transportou, com suporte avançado, Fernando de volta à emergência do hospital que havia lhe dado alta três dias antes. Diante da gravidade do caso, ele foi encaminhado ao centro cirúrgico para a correção do aneurisma, um procedimento cirúrgico de alta complexidade realizado em peito aberto, que utiliza a circulação sanguínea extracorpórea com hipotermia profunda. Esse é um processo em que o paciente é gradualmente resfriado antes do início da cirurgia, geralmente por meio de um sistema de troca de calor que é conectado à máquina de circulação extracorpórea. A temperatura corporal do paciente é reduzida para uma faixa de 18 a 28 graus Celsius. Durante a cirurgia, o sangue circula continuamente pela máquina de circulação extracorpórea, onde é oxigenado e mantido a uma temperatura baixa antes de ser reintroduzido no corpo do paciente. A circulação

sanguínea extracorpórea com hipotermia profunda é um procedimento usado em cirurgias cardíacas complexas para reduzir o metabolismo celular, proteger os tecidos e facilitar certos procedimentos, especialmente aqueles que envolvem grandes vasos sanguíneos ou aorta, como no caso do Fernando.

Foram realizadas duas intervenções no procedimento cirúrgico, primeiro a porção ascendente da aorta foi removida e substituída por um enxerto sintético, devido à presença de uma dissecção que envolvia também os ósteos das artérias coronárias. Os ósteos coronarianos são as aberturas nas paredes da aorta pelas quais as artérias coronárias emergem para irrigar o músculo cardíaco. Em um caso de dissecção da aorta que envolve esses ósteos, há o risco de comprometimento do suprimento sanguíneo para o coração, o que pode levar a complicações cardíacas graves, como um infarto.

A segunda intervenção realizada foi a retirada da válvula aórtica e sua substituição por uma válvula metálica em decorrência de uma estenose aórtica (estreitamento da abertura da válvula). A válvula aórtica é uma estrutura localizada na saída do ventrículo esquerdo do coração, que permite que o sangue seja bombeado da câmara ventricular para a aorta e possui três folhetos que se abrem e se fecham para controlar o fluxo sanguíneo.

A operação, que durou aproximadamente 6 horas, foi bem-sucedida e Fernando permaneceu em recuperação na UTI por 5 dias. Eu o conheci em seu primeiro dia na enfermaria, o atendimento foi solicitado pela equipe pois, Fernando ameaçava evadir do hospital já que se sentia bem e alegava medo de contaminação pela COVID-19. Em conjunto com a médica cirurgiã que compunha a equipe que realizou o procedimento em Fernando, expliquei a importância da permanência no hospital. Entrei em contato com a esposa dele e solicitei que viesse o acompanhar no hospital. Apesar da independência do paciente e das restrições de acompanhantes no período por conta da COVID-19, a equipe compreendeu a presença dela como possibilitadora de uma melhor recuperação para o paciente.

A sessão com uso do TAT ocorreu na primeira suspensão de alta de Fernando. Eu já havia realizado 4 atendimentos com ele beira leito, e na reunião de equipe que definiu a suspensão da alta essa foi uma das condutas estabelecidas, juntamente com a prescrição de psicotrópicos para auxiliá-lo a dormir já que ele se queixava de não conseguir fazê-lo desde que saiu da UTI.

**Psicóloga:** A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Fernando:** Aaah é uma criança, se eu não me engano ele tá estudando. Uma criança estudando com um livro.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Fernando:** O que aconteceu antes que levou esse momento aí? Bom ele tava fazendo um trava... ele tá lendo! É um menino... tá lendo deve ter se interessado pela... história, é uma criança que tá lendo.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Fernando:** Como termina essa história? Como que termina? Uma criança lendo... um rapaz aprendendo né? Dos livros... se alfabetizando.

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Fernando:** Não...

**Psicóloga:** É isso mesmo! Você entendeu como que é. A história é sua, as imagens não são muito claras, tá Fernando? Então elas podem ser qualquer coisa mesmo, que é para você usar sua imaginação mesmo, tá bom?

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã).

**Fernando:** Uma pessoa... triste, parece... cabisbaixo, solitário... aí... uma pessoa triste, solitária, sozinha, no mundo.... num beco, num... sei lá onde... num lugar isolado sozinho.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Fernando:** Aah meu amor... é difícil te falar o que... aconteceu pra levar uma pessoa assim, mas, a angústia, a tristeza, alguma coisa deva ter... de triste deve ter acontecido para deixar uma pessoa assim né? Pra ficar nesse estado, uma pessoa triste, sozinha, sem companheiro.

**Psicóloga:** E como que termina essa história?

**Fernando:** Aah meu amor... pela foto só... tá aí sozinha. Sozinha, num... jogado, parado, triste... parece aqueles filme que a pessoa fica triste numa estação. É isso que eu tenho pra te falar disso.

**Psicóloga:** Mais alguma coisa?

**Fernando:** Não.

**Psicóloga:** Então, essa é a próxima (apresento a imagem 8RH - A intervenção cirúrgica)

**Fernando:** É um espírito... é uma pessoa vendo uma... umas pessoa fazendo uma cirurgia. Um médico. Uma foto dum médico. Numa pessoa fazendo cirurgia. Os médicos fazendo cirurgia numa pessoa.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Fernando:** Aah... parece que é uma arma que tá do lado da foto. Parecendo que foi um tiro né? Se for o que eu tô pensando parecendo uma arma, a pessoa vendo... que... a pessoa foi atirada e as pessoas fazendo uma cirurgia numa pessoa.

**Psicóloga:** E como que termina essa história?

**Fernando:** Uai... num do conta de te falar como que termina pela foto. Mais o cara tá lembrando da cirurgia, né? Ta vindo. Que foi uma cirurgia. Num tem como... num do conta de te falar como que termina, se for para te falar como termina, para criar uma história... (riso nervoso) espero que seja terminado bem... mas se é um médico ou uma pessoa... ganhando... uma outra fazendo uma cirurgia.

**Psicóloga:** Aqui... essa imagem é uma das mais indefinidas. Então, assim, você pode

fantasiar bastante e usar sua imaginação mesmo, tá bom? (disponibilizo a terceira imagem: 11 - Paisagem primitiva de pedra)

**Fernando:** É uma cachoeira? Uma cachoeira, numa mata bem bonita, com água caindo, um lugar bem bacana, um lugar bem bonito. Num sei se tem uma água caído lá... acho que tem! a água espirrando. E a pessoa olhando, olhando uma imagem dessa, uma imagem bem bonita, bem bacana. Uma... um lugar bem bonito, bem bonito mesmo.... Parece que é uma água escorrendo, uma cachoeira caindo, uma floresta... a água caindo escorrendo... é o que me parece.

**Psicóloga:** O que tá acontecendo na imagem?

**Fernando:** Hum... não, a água caindo e o mundo acontecendo do lado. Isso.

**Psicóloga:** Mais alguma coisa?

**Fernando:** Não.

**Psicóloga:** Essa agora (disponibilizo a imagem 12H - O hipnotizador)

**Fernando:** Uma pessoa orando por um enfermo, uma pessoa deitada. Uma pessoa cuidando da outra.

**Psicóloga:** O que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Fernando:** Aconteceu alguma coisa né? Num dá para ver se aconteceu nada com ele, mas dá para ver só que é uma pessoa orando para outra, cuidando... uma pessoa deitada, cansada.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Fernando:** Como que termina? Ah... com a pessoa se recuperando. Uma pessoa recuperando a outra cuidando.

**Psicóloga:** Vamos para a próxima? (disponibilizo a quinta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Fernando:** Uma pessoa cansada, parece que tava... cuidando da outra... a mão dele tá assim, esgotado e parece que a pessoa faleceu. Um médico cuidando de alguém. Fazendo

alguma cirurgia, alguma coisa. E parece que a pessoa faleceu que o braço dela tá caído. Tá sozinha lá, e ele passando a mão na testa do cansaço, da tentativa.

**Psicóloga:** A próxima é essa (disponibilizo a sexta imagem: 15 - No cemitério)

**Fernando:** A morte. Uma pessoa... para mim é a morte num cemitério.. no meio duns túmulos. De umas cruz, uns... esses negócio que faz em cemitério. Uma pessoa lá... um... um coisa feia, esquisito, um cara lá no meio. Num dá para... uma pessoa.. lá no meio do cemitério. Ah num gosto da cara dele, assim... dessa imagem. Uma pessoa no cemitério.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí?

**Fernando:** Alguém morreu né? Morreu e ele tá lá no meio do cemitério. É isso. Uma pessoa no meio dos túmulos.

**Psicóloga:** e como que termina?

**Fernando:** Ele lá no meio sozinho.

**Psicóloga:** Vamos para próxima?

**Fernando:** Vamos

**Psicóloga:** (disponibilizo a sétima imagem: 18H - Atacado por trás)

**Fernando:** Uma pessoa puxando a outra. Uma pessoa puxando a outra. Um ser humano lá... uma roupa daquelas antigas e a pessoa puxando ele. Aqui eu não sei... uma pessoa puxando ele, num se é amor, num sei se é isso que eu imagino que quer dizer, num... mas é uma pessoa puxando a outra para trás.

**Psicóloga:** e termina como?

**Fernando:** Parece que ele tá virado né? Caído. Sim! Uma pessoa puxando a outra... para trás.

**Psicóloga:** A próxima. (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Fernando:** Uma casa. Parecendo neve. Uma casa, uma paisagem duma casa, uma imagem duma casa parecendo neve... uma chami... uma chaminezinha, uma janelinha, umas portas. Uma

cabana, uma cabana.

**Psicóloga:** o que está acontecendo?

**Fernando:** Parece que tá muito frio, e ventando... é isso;

**Psicóloga:** termina como?

**Fernando:** Num sei... num sei... uma cabana, uma casa... uma... um frio, uma cabana, num sei te falar como termina.

**Psicóloga:** Tá acabando tá? (disponibilizo a última imagem: 20 - Só sob a luz)

**Fernando:** Uma pessoa num bosque. Um senhor andando num bosque, uma paisagem que eu acho bonita, me parece que tá meio orvalhada. Uma pessoa caminhando num bosque.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes?

**Fernando:** Num dá para te falar o que aconteceu antes. Uma pessoa caminhando num bosque, num tempo bonito.

**Psicóloga:** e termina como?

**Fernando:** Com ele olhando para frente. O mundo caminhando.

No dia seguinte à sessão Fernando relata ter dormido melhor a noite, realiza a fisioterapia, mas durante a tarde apresenta um episódio de taquicardia que faz com que ele precise retornar para a monitorização intensiva até que o quadro estabilize. Na manhã seguinte Fernando retorna para a enfermaria, e ao contrário da expectativa da equipe, apresenta-se mais disposto e colaborativo no tratamento. Ele só recebeu alta depois de 15 dias, atendi-o algumas outras vezes e sempre me despedia dele nas sextas dizendo que eu esperava não vê-lo na segunda. No dia de sua alta, em uma segunda, Fernando me convidou para visitar sua fazenda qualquer dia e me pediu a indicação de um livro para ler, dei uma indicação qualquer e ele me indicou o livro “O urso azul” que narra a trajetória de vida de seu escritor, o americano Lynn Schooler. Nunca li o livro, pois me esqueci da indicação e só me lembrei ao retomar as entrevistas, quase três anos depois. Segundo a sinopse a história “é um relato contundente de um homem lutando contra as

maiores adversidades e que encontra um novo sentido para a vida através de uma amizade verdadeira nascida no amor pela aventura”. Fernando ainda me ligou algumas semanas depois para perguntar sobre um colega de enfermagem que havia passado por um procedimento cirúrgico semelhante ao dele, segundo me disse, o telefone do homem não chamava. Aquele paciente não resistiu às complicações da cirurgia.

#### 4.2.1 ANÁLISE DO CASO 2 – FERNANDO

##### 1) Modalidade do Discurso identificada:

###### a) A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa)

###### i) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificção da interpretação

Fernando frequentemente recorre a descrições objetivas das imagens, focando em detalhes específicos sem elaborar muito além do que é imediatamente percebido.

###### ii) A1-3: Referências sociais, ao senso comum e à moral

Em suas narrativas, há uma tendência a manter uma ligação com o senso comum, como ao imaginar que a criança está *estudando* ou que uma pessoa está "orando por outra". Ele se apoia em situações socialmente aceitas e normativas.

##### 2) Expressão do Conflito Intrapsíquico identificada: A2 (Intrapessoal)

###### a) A2-1: Recurso ao fictício, ao sonho

Fernando não explora muito o campo das fantasias ou sonhos nas suas histórias, mantendo-se próximo da realidade perceptiva. As suas narrativas refletem um conflito intrapsíquico que é abordado de maneira controlada e contida.

###### b) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais - Balanceamento entre a expressão pulsional e a defesa

Os conflitos internos parecem estar presentes de forma latente, mas Fernando os expressa de maneira indireta, como na história do hipnotizador, onde há uma oração e um cuidado, mas sem explicitação de um conflito profundo.

3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

a) A3-1: Dúvida, precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação.

Em diversas histórias, Fernando demonstra uma hesitação em interpretar as imagens, como na história da intervenção cirúrgica, em que ele menciona *não dou conta de te falar* e questiona se sua interpretação está correta. Isso pode indicar uma defesa obsessiva, na qual a dúvida e a ruminação impedem uma expressão emocional mais livre.

b) CF-1: Ênfase no quotidiano, no factual, no fazer - referência *placada* à realidade externa.

Há uma tendência de Fernando em manter as narrativas ancoradas em descrições factuais e cotidianas, como a cabana na neve ou a pessoa caminhando no bosque, evitando o mergulho em temas mais emocionais ou simbólicos.

4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E3 (Desorganização das Referências Identitárias e Objetais) e E4 (Alteração do Discurso)

a) E3-1: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica

Em alguns momentos, Fernando apresenta dificuldades em organizar temporalmente ou logicamente as histórias, como na descrição vaga da cabana na neve ou na intervenção cirúrgica, na qual ele hesita e parece confuso sobre a sequência dos eventos.

b) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

Há lapsos na expressão verbal, com repetições e hesitações, sugerindo dificuldades em articular um discurso coeso, especialmente em situações que evocam emoções mais intensas.

#### 4.2.1.1 *Análise das Narrativas*

As narrativas de Fernando refletem um modo de funcionamento psíquico que tende a evitar o mergulho profundo em conteúdos emocionais, mantendo uma conexão forte com a realidade

perceptiva e cotidiana:

- 1) O menino e o violino: Fernando interpreta a imagem de maneira objetiva, associando-a a uma criança estudando. Não há exploração de possíveis sentimentos da criança, apenas uma descrição factual do que vê.
- 2) Curvado sobre o divã: Aqui, ele toca brevemente em temas de solidão e tristeza, mas sem aprofundar nas causas ou nas emoções envolvidas. A narrativa é contida e limitada ao que é imediatamente visível.
- 3) A intervenção cirúrgica: Mostra hesitação e incerteza, com uma defesa obsessiva evidente na tentativa de entender o que está acontecendo na imagem. Ele fica preso na descrição e na dúvida, sem explorar as implicações emocionais.
- 4) Paisagem primitiva de pedra: Fernando vê a imagem como uma cachoeira, um lugar bonito, e mantém-se na descrição objetiva, sem explorar significados simbólicos ou emocionais.
- 5) O hipnotizador: A narrativa sugere uma situação de cuidado e recuperação, mas novamente, é contida e não explora as emoções ou conflitos subjacentes à cena.
- 6) Mulher deitada na cama: Fernando toca no tema da morte, sugerindo que a pessoa faleceu, mas a narrativa permanece distante e objetiva, sem uma exploração emocional mais profunda.
- 7) No cemitério: A morte é reconhecida, mas a narrativa é limitada ao fato de estar no cemitério, sem uma exploração do que isso pode significar para o personagem ou para ele mesmo.
- 8) Atacado por trás: Fernando descreve uma pessoa puxando outra, mas sem clareza ou elaboração do significado, refletindo uma dificuldade em lidar com temas de agressão ou conflito direto.
- 9) Cabana na neve: A narrativa permanece na descrição factual, sem conclusão ou exploração de possíveis sentimentos relacionados à solidão ou isolamento.

10) Só sob a luz: A história de uma pessoa caminhando num bosque é descrita de forma positiva, mas sem grande profundidade emocional ou simbólica, mantendo-se novamente na superfície perceptiva.

As histórias de Fernando sugerem um funcionamento psíquico caracterizado por uma defesa obsessiva e uma tendência à evitação operatória. Ele se mantém na superfície dos conteúdos emocionais, preferindo descrições objetivas e factuais que evitam o mergulho em conflitos intrapsíquicos ou interpessoais. As defesas obsessivas são evidentes em sua hesitação e dúvida, enquanto a evitação operatória se manifesta na ênfase no cotidiano e na falta de exploração simbólica ou emocional. Ele faz convite e indicação de leitura à psicóloga, mais se atendo a projetos futuros do que refletir sobre a condição de reabilitação pela qual está passando.

### **4.3 Caso 3 – Francisca**

Francisca é uma mulher branca de 63 anos, viúva, que vive com um dos três filhos no interior do estado. Concluiu o ensino elementar, é aposentada, e ainda trabalha como doméstica. Não pratica atividades de lazer, mas é assídua em sua igreja e a frequenta mais de uma vez por semana. Tem boa relação com os filhos e suas famílias, além de ser bastante próxima de duas irmãs.

A história de sua internação teve início em um hospital no interior do estado onde foi internada com Insuficiência Respiratória Aguda. Seu estado era grave a ponto de necessitar de Intubação Orotraqueal (IOT) por 12 dias. A IOT é um procedimento médico utilizado para garantir a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada de um paciente. Este procedimento é frequentemente realizado em situações de emergência ou durante cirurgias que requerem anestesia geral. O procedimento envolve a inserção de um tubo flexível através da boca do paciente até a traqueia. Este tubo permite que o ar chegue diretamente aos pulmões,

assegurando que o paciente possa respirar ou que a ventilação mecânica possa ser aplicada, o que foi necessário no caso da Francisca. Dois dias após a IOT ela teve o tubo orotraqueal removido (extubação), mas precisou ser reintubada por apresentar dificuldades respiratórias significativas logo após a extubação. Esta situação é crítica, pois indicava que ela não conseguia respirar adequadamente sem o suporte do tubo.

Quando finalmente conseguiu respirar sem necessidade de ventilação mecânica, Francisca ainda precisava de suporte de O<sub>2</sub> suplementar em cateter nasal. O diagnóstico de Covid-19 já havia sido descartado e a apresentação de troponina positiva em seus exames fizeram com que ela fosse transferida para o hospital na capital. A presença de troponina positiva no sangue é um indicador importante utilizado na prática médica para avaliar danos ao músculo cardíaco. Troponinas são proteínas encontradas no músculo cardíaco que regulam a contração muscular. Quando as células do coração são danificadas, essas proteínas são liberadas na corrente sanguínea. Portanto, a presença de troponina positiva geralmente indica dano ao músculo cardíaco. Este marcador é altamente específico e sensível para lesões cardíacas e é um dos principais biomarcadores utilizados para diagnosticar condições cardíacas agudas.

Francisca já havia sido diagnosticada com DCV aos 57 anos, na ocasião sofreu um IAM e realizou um cateterismo seguido de uma angioplastia. O cateterismo cardíaco envolve a inserção de um tubo fino e flexível, chamado de cateter, em um vaso sanguíneo (geralmente na virilha ou no braço) que é então guiado até o coração. Através deste cateter, os médicos podem realizar diversas avaliações e tratamentos, no caso da Francisca foi realizada uma angioplastia com a implantação de Stent. Isto é, um pequeno tubo de malha metálica foi inserido para manter a artéria aberta.

Apesar de considerar que a doença afeta muito sua vida, Francisca segue apenas o tratamento medicamentoso. Além disso, ela é hipertensa, tem insuficiência renal crônica, colesterol alto, problema crônico de coluna e é portadora do vírus HIV. Com relação ao último,

apesar de ter sido diagnosticada 11 anos antes e de ela manter a adesão à terapia antirretroviral (TARV), foi informado para a equipe que parte da família não sabe do diagnóstico. No Brasil, as pessoas diagnosticadas como soropositivas têm o direito de que a equipe médica não revele essa informação a terceiros sem o seu consentimento, exceto em situações específicas e bem delimitadas pela lei.

Ao chegar no hospital Francisca permaneceu 3 dias em UTI e então foi transferida para a enfermaria onde a conheci 4 dias depois. Na reunião de equipe foi solicitado o atendimento pois o caso era grave, a paciente necessitaria de uma cirurgia de troca valvar com revascularização miocárdica e estava bastante fragilizada diante do longo período de internação. Após o primeiro atendimento a filha da Francisca que a acompanhava me abordou no corredor e me contou que, durante o período em que a mãe esteve internada no interior, sua tia, irmã da mãe também esteve. Francisca sabia da internação, mas não sabia que sua irmã havia falecido, vítima da Covid-19, dois dias depois que ela fora transferida para Goiânia. A filha me questionava se deveria contar isso para a Francisca, ou se seria melhor aguardar ela ser desospitalizada, o que seria difícil visto que ela questionava a todo tempo sobre a irmã.

A cirurgia da Francisca estava marcada para dali a sete dias e ela já estava bastante instável emocionalmente. Diante disso, aconselhei que seria melhor esperar passar a cirurgia pois o impacto da notícia poderia desestabilizá-la ainda mais, o que aumentaria o tempo de internação. No entanto, a notícia deveria ser dada com ela ainda no hospital, pois caso ela não reagisse bem seria possível o socorro imediato. Todavia, esclareci que essa era uma proposta considerando apenas o bem-estar físico da Francisca com base em generalizações, e que ela, como filha muito próxima da mãe que era, deveria considerar também o que sentia em relação a isso e que qualquer que fosse sua decisão a equipe a respeitaria. Ela disse que pensaria mais um pouco sobre isso e eu me ofereci para dar suporte durante a notícia caso ela quisesse.

Os dias que precederam a cirurgia foram de muita angústia para Francisca. Sua filha não

contou sobre a morte da irmã, mas ela parecia suspeitar que lhe escondiam alguma coisa. Estava ansiosa para ir para casa, com medo da cirurgia e demandava muito da filha que a acompanhava, perguntando a todo tempo da saúde de sua irmã. Francisca também se queixava muito das dores e do cansaço que não cessava e, apesar disso, não conseguia dormir.

A sessão com uso do TAT aconteceu na véspera da cirurgia.

**Psicóloga:** A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Francisca:** O que ela tá fazendo aí? Parece que tá triste... né assim, sentido... assim, né? tipo de uma tristeza, alguma coisa assim né? Por mim é, acho que é. É isso mesmo?

**Psicóloga:** pode ser o que a senhora quiser.

**Francisca:** Ou tá pensando né? tá pensativa, ou tá sentindo alguma dor de cabeça. Que ele tá com o *oim* fechado, assim... triste... Eu penso que é isso.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Francisca:** Num sei... Num sei... não sei o que é que é isso aqui [aponta para o violino] que ele tá mexendo. Uma depressão, uma coisa assim? Um cansaço, né? Eu acho que é... muito cansaço.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Francisca:** Tomar remédio né? (risos), o que ela tem que fazer é ir no médico né? Tomar remédio, Que eu acho... que se é que tá doente tem que ir no médico.

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Francisca:** Não...

**Psicóloga:** É isso mesmo! Você entendeu como que é. A história é sua, as imagens não são muito claras, tá Francisca? Então elas podem ser qualquer coisa mesmo, que é para você usar sua imaginação mesmo, tá bom?

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado

sobre o divã).

**Francisca:** Tá sentada no chão... Deitada, não tá? Com a cabeça em cima de alguma coisa?

Rezano, não é, né? Não entendi essa não. Tá com sono, tá deitada, ela tá assim...

Deve tá triste, né? Ela deve tá triste ou sentindo alguma coisa. Por aí isso aí... eu acho.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Francisca:** Sei não. Alguma coisa ela sentiu. Para ela tá desse jeito aí.

**Psicóloga:** E como que termina essa história?

**Francisca:** Aah... num sei não, num sei se ela tá é doente, se ela tá orando, rezando, alguma coisa assim... eu acho que ela tá é cansada. Acho que ela tá cansada, e tá... que ela escorou assim ó... num sei como que termina não. Eu sou muito ruim nesse negócio de figura.

**Psicóloga:** você tá indo muito bem, essa imagem aqui, é uma das mais indefinidas. Então, você pode fantasiar bastante e usar sua imaginação mesmo, pode ser qualquer coisa mesmo (disponibilizo a terceira imagem: 11 - Paisagem primitiva de pedra)

**Francisca:** Isso aqui é um.... parece uma mata. Uma mata de pedra. Parece ter uma cobra aqui. Tem? aqui ó? Aqui parece que é um cobro, umas mata, umas pedra. E esse negócio aqui para mim ele é uma cobra, um escorpião, uma coisa assim. Eu acho.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Francisca:** Aí num sei... É um lugar bonito, né? Sei não.

**Psicóloga:** Mais alguma coisa?

Francisca: Não.

**Psicóloga:** essa é a imagem agora (disponibilizo a quarta imagem: 12F - Mulher jovem e velha)

**Francisca:** Deixa eu ver... parece que essa mulher tá assustada? com essa coisa atrás dela? Eu acho que ela ta assustada com esse trem aqui atrás dela ó. Que ela tá com o olho arregalado... Eu acho...

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Francisca:** Não sei também... Num sei se esse trem fez um mau para ela... ou se não... eu acho que ele fez algum mau para ela, porque ela tá muito assustada, ela tá com o olho arregalado. Né? eu acho que ela tá com medo (risos)

**Psicóloga:** e como que termina a história?

**Francisca:** Uai... tem que sair daqui e largar ele né? Eu acho.

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Francisca:** Não.

**Psicóloga:** Vamos para a próxima? (disponibilizo a quinta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Francisca:** Ah esse aqui é um pastor, né? Ele é um pastor e ele tá orando para essa pessoa que tá doente. E ela vai ficar boa. Aqui tem duas bíblia, eu tenho muita fé em oração. Ele tá orando por ela, se ela não tiver morrido ela vai sarar, ela vai ficar boa. Pela oração dele.

**Psicóloga:** A próxima (disponibilizo a sexta imagem:15 - No cemitério)

**Francisca:** Uma mulher de máscara. Parece que ela tá com um revólver na mão? No meio de tanto lugar, acho que ela num é do bem não. Ela num é do bem, ela tá com um revólver na mão... parece, no meu entender, ela tá de máscara, ela tá com um revólver na mão virado pro chão, e ela não é do bem. No meu entender.

**Psicóloga:** e como que termina?

**Francisca:** Uai num sei. Ela deve que vai ser pega, né? Vai desaparecer, num sei... acho que ela vai desaparecer daqui. As vezes desaparece aí... num sei não.

**Psicóloga:** Vamos para próxima? (disponibilizo a sétima imagem: 17F - A ponte)

**Francisca:** Isso aqui tá parecendo... eu nunca fui de estudar esse negócio de desenho não. Meus neto vai fazer, desenhar, eles me chama vovó vem me ensinar. Meu fi vovó num sabe... eu nunca... tive tempo, né? Isso aqui tem uma casa aqui embaixo, um povo, uma mulher lá em

cima. Num sei se isso é uma igreja. Em cima parece uma igreja. Será que essa mulher vai cair? Eu acho que ela tá segurando lá com medo. Ah num sei não... tem um povo aqui que parece que é mau. Ou ela ta correndo deles, ou ela tá tentando descer ali. Num sei o que que significa não...

**Psicóloga:** Tudo bem. (disponibilizo a oitava imagem: 18F - Mulher que estrangula)

**Francisca:** Essa aqui parece que tá enforcando o outro? É? É um homem enforcando uma mulher. Ou então tá conversando com ela. Eu acho que tá... enforcando ela, que ela tá estacada... mas ele não tá de cara ruim com ela. Ele deve tá... conversando com ela, ou então tá sufocando ela, uma coisa assim...

**Psicóloga:** e como que termina a história?

**Francisca:** Acho que ele vai largar... desistir de sufocar ela, ela tá com o braço para trás... vai terminar tudo bem.

**Psicóloga:** (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Francisca:** Que que isso meu deus? Povo tem uma mania de comprar uns quadro e por assim na parede, diz é muito bonito, eu num entendo nada daquilo, eu olho lá, num... Ai num sei que que é isso não minha filha. Eu nem imagino o que que é isso. Parece que tem um corgo aqui... um banhado... Num tô vendo ninguém, sei que que é isso não (um pouco impaciente).

**Psicóloga:** Essa é a última. (disponibilizo a décima imagem: 20 - Só sob a luz)

**Francisca:** Um escuro... isso aqui é uma mata também. Um lugar bonito. Será que isso aqui é gente? É uma mata muito bonita. Parece que tem flor, tipo algodão... é um lugar bonito.

Após a coleta de dados permaneci com a Francisca explicando melhor a cirurgia, em seguida fizemos o caminho que ela faria no dia do procedimento e esclareci suas muitas dúvidas, principalmente sobre a IOT que ela já tinha vivenciado. Enfatizei que eles dariam algo para ela comer assim que retirassem o tubo, e que ela deveria comer, mesmo sem vontade, pois esse procedimento é importante para ver se ela está bem e que isso agilizaria a saída dela da

UTI. Algo que ela me contou triunfante, já na enfermaria após a cirurgia, que havia funcionado e que ela tentou ficar calma para o coração dela não agitar e a pressão subir. No entanto, sua estadia na UTI foi de seis dias, principalmente devido ao quadro de insuficiência renal. Além disso, ela acabou contraindo uma infecção e ao sair da UTI precisou ficar por mais dez dias na enfermaria em quarto privativo e tomando antibióticos.

Durante esse período lhe contaram sobre a morte da irmã e o filho ficou nos últimos dias como acompanhante, essa foi a única vez que falou sobre o HIV. Dizia estar com medo dos resultados do exame mostrarem a doença e de o seu filho descobrir. Tranquilei-a explicando que não havia porque temer e que a equipe estava toda consciente de seu desejo de discrição quanto a isso. Ela ficou surpresa ao perceber que toda a equipe sabia do diagnóstico, pois, segundo ela ninguém disse nada sobre. Falou ainda que tem vergonha e que acredita que foi o falecido marido que havia lhe infectado com o HIV antes de morrer. Cinco dias depois ela alcançou as metas necessárias para a alta e foi para casa com o filho.

#### 4.3.1 ANÁLISE DO CASO 3 – FRANCISCA

1) Modalidade do Discurso identificada: A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa) e B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

a) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificção da interpretação

Francisca frequentemente se apega a descrições detalhadas das imagens, mas sem muita elaboração emocional. Ela tenta interpretar o que vê de forma concreta e objetiva, mesmo quando hesita ou se sente insegura em relação ao que está vendo.

b) B1-3: Expressão de afetos

Em algumas histórias, Francisca demonstra preocupação com o estado emocional dos personagens, como na história da mulher jovem e velha, onde ela projeta um medo e uma possível ameaça. Isso indica um certo investimento emocional nas relações interpessoais representadas nas imagens.

2) Expressão do Conflito Intrapsíquico identificada: A2 (Intrapessoal)

a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais

Há uma constante sensação de dúvida e insegurança nas respostas de Francisca, refletindo um conflito interno sobre a interpretação das imagens. Em várias histórias, ela sugere que o personagem está *triste*, *cansado* ou *doente*, o que pode ser visto como uma projeção de suas próprias preocupações e conflitos internos.

3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

a) A3 Procedimentos de tipo obsessivo

i) A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação Francisca mostra uma hesitação clara em muitas das suas narrativas, com perguntas e dúvidas sobre o que está vendo (*Num sei... Num sei...*). Isso reflete uma defesa obsessiva, onde a dúvida e a incerteza dominam, impedindo uma expressão emocional mais livre.

b) CF Sobreinvestimento da realidade externa

i) CF-1: Ênfase no quotidiano, no factual, no fazer - referência *placada* à realidade externa

Em suas histórias, Francisca frequentemente menciona elementos concretos e práticos, como a necessidade de ir ao médico ou tomar remédio. Essa referência constante à realidade prática e externa pode ser uma forma de evitar o enfrentamento de emoções mais profundas ou desconfortáveis.

c) CN – Investimento narcísico

i) CN-3: Pôr em quadro; afeto título; postura significativa de afetos

As narrativas de Francisca são estáticas e ela identifica os personagens através de seus afetos que são evocados pela postura corporal que apresentam na imagem.

d) CL – Instabilidade dos limites

i) CL-2: Apoio no percepto e/ou no sensorial

Por diversas vezes Francisca critica a clareza do material e a incapacidade das imagens de suscitar algo nela.

ii) CL-3: Heterogeneidade dos modos de funcionamento (interno/externo; preceptivo/simbólico; concreto/abstrato...).

Francisca coloca percepções e sensações físicas no mesmo nível da atividade psíquica, como na primeira história que fica em dúvida sobre o que é o objeto que o personagem manipula, se seria *uma depressão, um cansaço*, como se esses estados fossem algo concreto.

4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E3 (Desorganização das Referências Identitárias e Objetais) e E4 (Alteração do Discurso)

a) E1-3: Percepções sensoriais; falsas percepções

Em momentos em que não é capaz de compreender as imagens, Francisca distorce a imagem para que ela se adeque a uma situação concreta que seja de seu conhecimento o que a leva a apresentar uma compreensão incomum de muitas imagens.

b) E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica

Francisca às vezes tem dificuldades em organizar logicamente as histórias, o que é evidente em suas hesitações e na falta de uma narrativa clara. Ela frequentemente se perde em descrições que não conectam bem com o contexto da imagem, sugerindo uma dificuldade em estabelecer uma narrativa coesa.

c) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

As falhas na fluidez do discurso e as repetições indicam um processo onde a expressão verbal está comprometida, especialmente quando confrontada com imagens que evocam temas mais difíceis ou complexos.

#### 4.3.1.1 Análise das Narrativas

As histórias de Francisca refletem um modo de funcionamento psíquico que tende a evitar o aprofundamento emocional, preferindo se concentrar em descrições práticas e objetivas, próximas de uma superficialidade:

- 1) O menino e o violino: Francisca projeta tristeza e cansaço na figura, sugerindo uma conexão com sentimentos de exaustão. Sua resposta prática (*Tomar remédio*) indica uma tendência a procurar soluções concretas e externas para o que poderia ser um problema interno.
- 2) Curvado sobre o divã: A narrativa de Francisca reflete uma incerteza sobre o estado da figura, sugerindo tristeza ou cansaço, mas sem aprofundar no motivo. A hesitação em concluir a história reflete uma dificuldade em lidar com a situação apresentada.
- 3) Paisagem primitiva de pedra: Francisca descreve a imagem de maneira objetiva, associando-a a elementos que parecem ameaçadores, como uma cobra. No entanto, ela não elabora um contexto ou narrativa, permanecendo na superfície perceptiva.
- 4) Mulher jovem e velha: A narrativa expressa medo e ameaça, com Francisca projetando um cenário de perigo. No entanto, sua solução prática (*sair daqui e largar ele*) reflete uma tentativa de evitar o confronto direto com o perigo percebido.
- 5) Mulher deitada na cama: Aqui, Francisca expressa sua fé em oração e em uma solução positiva (*ela vai ficar boa*), revelando um investimento emocional em crenças religiosas como forma de enfrentar a adversidade.
- 6) No cemitério: A figura de uma mulher com um revólver é vista como uma ameaça, com Francisca projetando uma narrativa de violência e desfecho incerto. Sua resposta reflete medo e a percepção de que a situação é perigosa e fora de seu controle.
- 7) A ponte: A narrativa é marcada pela incerteza e confusão, com Francisca expressando dúvidas sobre o que está acontecendo. Isso reflete uma dificuldade em lidar com situações complexas ou ambíguas, optando por não se comprometer com uma interpretação

definitiva.

- 8) Mulher que estrangula: Francisca percebe a situação como potencialmente violenta, mas ao mesmo tempo minimiza o conflito, sugerindo que "vai terminar tudo bem". Isso pode indicar uma tendência a evitar confrontos ou resolver conflitos de forma rápida e superficial.
- 9) Cabana na neve: A narrativa é vaga e reflete impaciência e falta de interesse, sugerindo que Francisca se sente desconectada de elementos simbólicos ou abstratos que não se relacionam diretamente com sua realidade cotidiana.
- 10) Só sob a luz: Francisca descreve o cenário de maneira objetiva e positiva, mas não se aprofunda no que isso pode significar, optando por manter a história na superfície perceptiva e emocional.

As histórias de Francisca sugerem um funcionamento psíquico caracterizado por uma defesa obsessiva e uma tendência à evitação operatória. Ela prefere se manter em descrições objetivas e concretas, evitando o aprofundamento emocional ou simbólico. A hesitação e a dúvida são frequentes, refletindo uma insegurança em lidar com conteúdos internos ou situações complexas.

#### **4.4 Caso 4 – Nilva**

Nilva é uma mulher preta de 60 que vive com o companheiro no interior do estado. Trabalhou a vida toda como doméstica, não concluiu o ensino elementar, atualmente não possui renda própria, não pratica atividades de lazer, nem frequenta a igreja com regularidade. Tem boa relação com os filhos, que foram presentes durante toda internação.

Foi internada com dor torácica e desconforto respiratório, foi diagnosticada com *aneurisma de dissecção da aorta toracoabdominal*. Conforme exige o quadro, ela imediatamente foi submetida a cirurgia para a reconstrução da raiz da aorta com tubo valvado. Nilva não tinha diagnóstico cardíaco prévio, mas é hipertensa, obesa, tabagista inveterada e bebe aos fins de

semana. Após a cirurgia ficou 11 dias em UTI, seu quadro apresentou melhora bastante lentificada por conta das dificuldades respiratórias. Eu a conheci quando ela já estava há quase uma semana na enfermaria, mas precisaria retornar para a UTI devido a um episódio grave de dessaturação que tivera no dia anterior. Acompanhei o médico na notícia, no momento sua filha a acompanhava e ambas estavam bastante. O medo em retornar para a UTI era aterrador, era como uma sentença de morte, mas nos esforçamos para esclarecer que devido às dificuldades que ela apresentava em respirar ela precisava de monitorização ininterrupta, e que isso não era possível na enfermaria.

Apesar de compreender os motivos lógico-rationais de precisar retornar para a UTI, Nilva resistiu bastante, eu disse que aguardaria seu retorno para que pudéssemos fazer uma sessão diferente. Expliquei a ela a sessão com o TAT, ela demonstrou algum interesse, e ficamos combinadas assim. Três dias depois, seu quadro respiratório era melhor e ela voltou para a enfermaria. Quando a encontrei no leito, estava um pouco sonolenta, diz que não conseguia dormir e pensava sobre morrer o tempo todo. Além disso, sentia muita vontade de fumar, porque, segundo ela, só conseguia se acalmar fumando. Lembro-a do nosso combinado, ela não é tão receptiva, mas convenço-a dizendo que será bom sair do quarto para passar o tempo e que depois podemos ir ao jardim um pouco. A proposta lhe agrada e vamos a nossa sessão.

**Psicóloga:** A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Nilva:** Parece que... que é uma criança? parece que tá triste. Quer estudar né? Que vi que ele tá triste. Deve que não dá conta de fazer as tarefas.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Nilva:** Alguma coisa teve, alguma coisa aconteceu com ele, para ele ficar desse jeito. Será que é ansiedade? é? Porque eu to com muitos anos...

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Nilva:** Uai termina bem? Eu acho que termina, aí vai estudar né... a cabecinha tá boa. Eu acho que termina bem. Parece que ele tá até dormindo, é isso mesmo.

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Nilva:** Não...

**Psicóloga:** É isso mesmo! Você entendeu como que é. A história é sua, as imagens não são muito claras, tá? Então elas podem ser qualquer coisa mesmo, que é para você usar sua imaginação mesmo, tá bom?

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã).

**Nilva:** Ah aqui essa tá pior... de que o menino, né? Parece até que tá chorando, né não? Emborcado... aah que aconteceu, coisa boa num é né? Sei nem falar o que aconteceu, eu sei que coisa boa né não... que ela tá muito triste. O que você acha? Só isso. Tá triste, num sei o que aconteceu com ela.

**Psicóloga:** E como que termina essa história?

**Nilva:** Eu penso que termina bem. Né? Ela se ajudando. Termina bem... Deve ser ansiosa, isso é gente ansioso. Né? Nè? Dá impressão que isso é evento ansioso.

AH eu sou sem graça demais...

**Psicóloga:** Você tá indo bem, é isso mesmo. Mas você não precisa continuar se não quiser.

**Nilva:** Tá bom deixa, depois minha menina preocupa comigo.

**Psicóloga:** Ela sabe que a senhora está aqui comigo, então ela não vai se preocupar. Mas a gente pode parar sem problemas.

**Nilva:** tô cansada...

Assim, a sessão é encerrada, mas ainda a levo ao jardim. Ela questiona por que não pode fumar ali, eu explico e ela garante que depois disso vai parar de vez. Ensino alguns exercícios respiratórios que podem ajudar a diminuir ansiedade o que ela se diverte fazendo. Três dias

depois ela recebe alta médica.

#### 4.4.1 ANÁLISE DO CASO 4 – NILVA

1) Modalidade do Discurso identificada: A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa) e B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

a) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificção da interpretação

Em sua tentativa de entender o que está acontecendo nas imagens, Nilva se prende a descrições específicas, mas com uma incerteza sobre os detalhes, especialmente quando ela não consegue entender totalmente o que está vendo.

b) B1-3: Expressão de afetos

Nilva demonstra uma preocupação evidente com o estado emocional dos personagens, frequentemente associando suas condições a sentimentos de tristeza e ansiedade. Há uma clara expressão de afeto nas suas narrativas, mesmo que de forma contida.

2) Expressão do Conflito Intrapssíquico identificada: A2 (Intrapessoal)

a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais

Nilva parece projetar seus próprios sentimentos de ansiedade e tristeza nas histórias. A referência repetida à ansiedade e à preocupação com a tristeza dos personagens sugere que ela está lidando com conflitos internos semelhantes.

3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

a) A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação

Em ambas as histórias, Nilva expressa incerteza e hesitação sobre o que está acontecendo, refletindo uma defesa obsessiva. Ela parece ruminar sobre o estado dos personagens e se preocupa com as possíveis interpretações, sugerindo um desconforto com a ambiguidade e a falta de controle.

b) CF-1: Ênfase no cotidiano, no factual, no fazer - referência "placada" à realidade

externa

Nilva demonstra uma tendência a manter as histórias ancoradas na realidade cotidiana, como o desejo de que as coisas terminem *bem* ou que a *cabecinha esteja boa*. Essa ênfase em resultados concretos e positivos pode ser uma defesa contra o enfrentamento de emoções mais profundas e desconfortáveis.

4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E4 (Alteração do Discurso)

a) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

As narrativas de Nilva mostram algumas dificuldades em manter uma fluidez verbal, especialmente quando confrontada com temas emocionais difíceis. Ela interrompe suas frases e apresenta hesitação, o que pode indicar um desconforto em articular sentimentos mais complexos.

#### 4.4.1.1 Análise das Narrativas

As histórias de Nilva revelam uma preocupação com o bem-estar emocional, tanto dos personagens quanto de si mesma. Ela demonstra uma tendência a evitar conflitos diretos e a buscar finais positivos para as situações apresentadas, possivelmente como uma forma de lidar com sua própria ansiedade e medo:

- 1) O menino e o violino: Nilva identifica tristeza e possivelmente ansiedade na figura da criança, mas tenta finalizar a história de maneira positiva, acreditando que *termina bem*. Ela parece projetar suas próprias preocupações e deseja que as coisas melhorem, como uma forma de aliviar sua própria ansiedade.
- 2) Curvado sobre o divã: Aqui, Nilva vê uma situação ainda mais triste, com uma possível associação à ansiedade. Sua insistência de que *termina bem* revela uma defesa contra o enfrentamento de sentimentos de desespero e tristeza profunda. Ela se identifica com a figura e expressa um cansaço emocional que se reflete na narrativa.

As histórias de Nilva sugerem um funcionamento psíquico em que a ansiedade e a tristeza são temas recorrentes, mas há uma defesa ativa para evitar o aprofundamento nessas emoções. Ela utiliza estratégias de evitação operatória, tentando manter uma visão positiva e ancorada na realidade prática, como uma maneira de lidar com suas preocupações emocionais.

#### 4.5 Caso 5 – Júnior

Junior é um homem branco de 21 anos, é estudante de graduação em medicina e foi diagnosticado recentemente com insuficiência aórtica grave (IAO) de origem congênita. Ele considera que a doença influencia moderadamente na sua qualidade de vida, e que piorou bastante nos últimos meses pois está sempre com tontura, cansaço e também tem desmaios recorrentes. Junior não tem outros diagnósticos, segue dieta e tratamento medicamentoso. Além disso tem vida social ativa, frequenta a igreja e bebe bastante nos fins de semana. No segundo dia de sua internação fui solicitada para realizar seu preparo psicológico pré-cirúrgico, ocasião em que realizei a sessão com o TAT.

**Psicóloga:** A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Junior:** Eu só não to identificado o que é isso aqui. Parece que o menino tá com sono. Ah imagino que (risos) é... tenha que estudar, na verdade aprender a tocar um violino. identifiquei. E ai ele sentou e tá vendo lá, e achando difícil, pela cara dele que tá achando difícil que... tocar violino não é só você querer não, você tem que aprender e ter as técnicas, e ele tá... meio assim, pensativo se é realmente o que ele quer, se ele vai dar conta de tocar esse violino. Tá sentado ali na cadeira tentando, eu acho, tocar... ou algo do tipo.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Junior:** Pode ter acontecido dele ter se frustrado. Ele deve ter tentado uma apresentação antes na escola, pros pais, não soube tocar direito... e agora ele tá meio frustrado com o violino.

Ele sentou meio cabisbaixo e acho que pode ter sido isso que aconteceu com ele.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Junior:** Ele vai conseguir! Ele ficou triste, mas ele vai conseguir. Que a primeira reação que a gente tem é de tristeza quando não consegue algo que quer. Mas se ele batalhar, ele vai conseguir. Eu acredito que no final da história ele consiga voltar lá onde ele errou e consiga tocar e se dar bem.

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Junior:** Não...

**Psicóloga:** É isso mesmo! Você entendeu como que é. A história é sua, as imagens não são muito claras, que é para você usar sua imaginação mesmo então elas podem ser qualquer coisa.

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã).

**Junior:** Acredito que seja uma mulher que possa ter tido alguma discussão, alguma briga com algum familiar. E ela tá triste, chorando, né? Tipo num sofá? Algum tipo é... sofrendo ou algo que aconteceu antes. Uma briga, ou uma discussão. É... acho que é isso. Ela tá assim... Meia triste. Tá chorando, cabisbaixa ela tá. reclusa no cantinho dela e pensando na vida. Em quais atitudes se vai tomar aqui pra frente, né? Então, no futuro, essa história aí que eu acho que ela imagino que ela pode fazer daqui para frente para reverter toda essa situação, termina assim (risos).

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a terceira imagem: 8RH - A intervenção cirúrgica)

**Junior:** Essa aqui é uma cirurgia. Uma laparoscopia exploratória. Os médicos abrindo ele... agora não entendi foi esse menino aqui na frente. É, o que eu imagino é uma cirurgia. O paciente deve ter sofrido alguma coisa, abdômen agudo, algum trauma de abdômen. E aí, os médicos antigos, deve ser muito antiga essa foto. Os médicos mostram as técnicas, como eram

antigamente, abrindo o abdômen desse paciente, sem anestesia sem... sem nada. E aqui tem uma pessoa mais jovem é... observando tudo o que acontece. Mas isso é porque eu quero fazer muito medicina, né? Se for pensar pro outro lado, aparece com uma arma aqui, mas vamos por esse lado. E o desfecho, eu acho que não vai ser um desfecho bom não. Por conta das técnicas utilizadas, é... pela cara de sofrimento da pessoa que tá deitada, né? Então eu acho que não vai ser um desfecho bom não. pode ter a morte desse, dessa, dessa pessoa.

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a quarta imagem: 11 - Paisagem primitiva de pedra)

**Junior:** Parecendo desenho. O que me vem aqui, imagino que seja... umas montanhas, tipo... os cânions. Mais ou menos isso, e após algum desastre, algum terremoto teve uma avalanche de pedras, né? E... acho que é mais ou menos isso. O início né? o fim dessa história... o paciente, paciente vai... O fim dessa história pode ser algo do tipo, mostrando como vai ser uma abertura geológica do grandes cânions, algo do tipo que a gente vê muito em filme, sai lavas dessas aberturas geológicas. Acho que é isso. Tem algo parecido com um dragão aqui, mas acho que é isso mesmo. Essa aí era difícil.

**Psicóloga:** Bom, a próxima é essa (disponibilizo a quinta imagem: 12RM - O hipnotizador)

**Junior:** Isso aqui eu imagino um paciente, um pacien... uma pessoa passando mal, algo do tipo, e aqui uma pessoa mais velha, sá... está é... tendo um orar, rezar por essa pessoa, porque ela se recupere, né? Ela pode estar com alguma enfermidade. E aí aqui, esse, senhor, orando para essa pessoa, para que ela melhore.

O desfecho é que tudo aconteça bem, né? De forma que essa pessoa melhore e fique bem.

**Psicóloga:** Bom, a próxima é essa (disponibilizo a sexta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Junior:** Aqui, eu imagino já uma coisa mais pesada, algo do tipo: o marido ter feito alguma coisa com a sua esposa e ter se arrependido... Né? porque ela tá aqui pelada, aparentemente... e

ele vestido.

Deve ter forçado algo e se arrependido, que deve ter cumulado, acabado em alguma coisa trágica, né? Porque se mostra um cara triste, um choro, não olha Pra Ela, ela parece que tá morta. Algo do tipo.

Eu imagino que tenha acontecido alguma briga, alguma coisa do tipo.

E ele tenha se arrependido do que aconteceu com ela.

**Psicóloga:** a próxima é essa (disponibilizo a sétima imagem: 15 - No cemitério)

**Junior:** Aqui, imagino um senhor, um senhor, num cemitério. Né? Chegando lá para... Parece ser algo que ele costuma ir, gosta de ir, no cemitério, indo lá prestar suas condolências. Mas o aspecto dele é um aspecto meio triste, meio deprimido. Eu acho que ele foi para lá e acabou... Está pensando na vida, no próprio cemitério. Pode estar pensando o... É... algo mais, diz...É... Filosófico, do tipo entre a morte, a vida, algo desse tipo que ele deve está... Que ele está muito pensativo olhando aqui para... para as cruzes. Imaginando, né? Se realmente... qual vai ser o nosso destino, que que ele acha, né? Algo mais... desse tipo.

**Psicóloga:** a próxima é essa (disponibilizo a oitava imagem: 18H - Atacado por trás)

**Junior:** Alguém está por trás, no escuro na noite, alguém veio por trás e pegou esse cara. E Ele tá relutando pra não. Pode ser um assalto, um sequestro e ele tá relutando para que não. Tem um cara ali atrás, logo atrás dele, puxando... um cara que tá bem vestido, né? Aparentemente... gravata, terno. Então acho que pode ser isso. Tem duas mãos uma no ombro outra no membro superior esquerdo. Então eu acho que pode ser algo do tipo. Um roubo, algum sequestro e um cara relutando contra.

**Psicóloga:** a próxima (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Junior:** Parecendo caça (risos). Aí aqui eu vou te falar... Aqui para mim tá muito abstrata, pelo menos vou te falar o que to achando. Parecendo um quadro de pintura de vanguarda, algo tipo assim é... com uma parte sombria, pode ser algo que represente um ser ou a escuridão... é...

com contraste de cores, é... esses dois mais aqui parece ser... dois animais ou algo do tipo. Mas essa imagem aqui não sei identificar para tu não. Parece que o tempo tá passando mas tá em alta velocidade, sabe? E... e aí por isso da imagem tá puxando para um lado. Deve ser algo do tipo. Alguma cultura, assim, mas essa aqui foi de mais dificuldade que a outra.

**Psicóloga:** Essa é a última (disponibilizo a décima imagem: 20 - Só sob a luz)

**Junior:** A gente vê aqui, um homem na escuridão, é pode ser... a gente vê muito em filme, né? Pode ser algum detetive investigando algum crime, né? Mesmo pelo fato de tá na escuridão, de não mostrar bem o rosto. De usar jaqueta e chapéu típico de... quem faz essa profissão, então eu acho que é algum cara que tá tentando desvendar um assassinato... algum crime. Trabalha com isso, esse é o serviço dele, por isso dele tá na escuridão e esse tipo de vestimenta dele... é eu acho que é isso.

**Psicóloga:** e como que termina?

**Junior:** Termina que ele vai conseguir. Vai conseguir desvendar. Tá parecendo Sherlock Holmes a imagem, mas... eu acho que ele consegue ter êxito no seu trabalho, desvendar o crime ou algo do tipo que aconteceu aqui.

Ao final conversamos um pouco sobre o procedimento que ele irá realizar, aparenta tranquilidade e bastante confiança na equipe que ele já conhecia antes da internação. Sua cirurgia é realizada no dia seguinte, fica por três dias na UTI e após 4 dias em enfermaria vai para casa.

#### 4.5.1 ANÁLISE DO CASO 5 – JÚNIOR

- 1) Modalidade do Discurso identificada: A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa) e B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)
  - a) A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa)
    - i) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificção da interpretação  
Junior frequentemente começa suas histórias com descrições detalhadas e objetivas,

tentando identificar claramente o que vê nas imagens. Ele se esforça para compreender a cena e busca justificativas lógicas para o que está ocorrendo, mantendo uma conexão com a realidade externa.

b) B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

i) B1-3: Expressão de afetos

Apesar de sua abordagem objetiva, Junior demonstra preocupação com o estado emocional dos personagens, projetando neles sentimentos de frustração, tristeza, e, em alguns casos, esperança. Essa mistura entre o racional e o emocional caracteriza um discurso lábil com investimento nas relações interpessoais.

2) Expressão do Conflito Intrapésíquico identificada: A2 (Intrapessoal) e B2 (Interpessoal)

a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais

Em várias histórias, Junior aborda conflitos internos dos personagens, como dúvidas sobre a capacidade de realizar uma tarefa ou lidar com arrependimentos passados. Ele expressa uma visão de que, apesar das dificuldades, há potencial para superação.

b) B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais

Junior não hesita em expressar seus pensamentos sobre as histórias, frequentemente incorporando reflexões pessoais sobre as situações, como quando se coloca no lugar do personagem ao falar sobre frustração ou sucesso.

3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

a) A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação

Em várias ocasiões, Junior expressa incertezas sobre o que vê e o que as cenas representam, refletindo uma defesa obsessiva onde a dúvida e a necessidade de controle influenciam suas interpretações.

b) CF-1: Ênfase no cotidiano, no factual, no fazer - referência "placada" à realidade

externa

Há uma tendência em Junior de manter suas narrativas ancoradas na realidade prática e no cotidiano, como ao associar cenas a situações médicas ou investigar crimes. Essa ênfase pode ser uma forma de evitação operatória, protegendo-se do mergulho em conteúdos mais simbólicos ou emocionais.

4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: e E4 (Alteração do Discurso)

a) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

Embora Junior seja articulado, há momentos em que ele expressa dificuldades em sintetizar suas ideias ou completa suas interpretações, especialmente diante de imagens mais abstratas, o que pode indicar uma emergência de processos primários onde a organização do discurso é desafiada.

#### *4.5.1.1 Análise das Narrativas*

- 1) O menino e o violino: Junior interpreta a imagem como uma situação de frustração e desafio, mas acredita na capacidade de superação do personagem. Ele projeta suas próprias crenças sobre esforço e determinação na história, vendo um desfecho positivo.
- 2) Curvado sobre o divã: Ele imagina uma mulher enfrentando tristeza após um conflito, mas sugere que ela está refletindo sobre como melhorar a situação, mostrando uma visão de resiliência e possibilidade de mudança.
- 3) A intervenção cirúrgica: Aqui, Junior demonstra seu interesse em medicina e tenta interpretar a imagem dentro desse contexto. Ele reconhece o sofrimento na cena e prevê um desfecho negativo, o que mostra uma percepção realista, embora sombria, da situação.
- 4) Paisagem primitiva de pedra: Junior tem dificuldade em interpretar essa imagem abstrata, mas tenta associá-la a um cenário natural, como um terremoto ou uma formação geológica, demonstrando sua tendência a buscar explicações racionais.

- 5) O hipnotizador: Ele vê a cena como um ato de cuidado e esperança, onde uma pessoa está orando para a recuperação de outra. Sua interpretação é otimista, refletindo uma crença em resultados positivos.
- 6) Mulher deitada na cama: Junior imagina uma situação de violência e arrependimento, sugerindo uma narrativa trágica, mas não se aprofunda em detalhes emocionais, mantendo um tom mais observador e racional.
- 7) No cemitério: Ele associa a imagem a reflexões filosóficas sobre vida e morte, sugerindo que o personagem está contemplando seu destino, o que reflete uma capacidade de Junior para pensar em temas mais existenciais.
- 8) Atacado por trás: Junior interpreta a cena como um possível assalto ou sequestro, mostrando uma compreensão da situação como uma ameaça e a resistência do personagem em se submeter.
- 9) Cabana na neve: Diante de uma imagem abstrata, Junior luta para fazer sentido dela, indicando uma dificuldade em lidar com o simbolismo puro, mas tenta conectar a imagem com algo concreto, como uma pintura de vanguarda.
- 10) Só sob a luz: Ele vê a imagem como a de um detetive trabalhando na escuridão, mostrando um gosto por narrativas de mistério e um desejo de que o personagem tenha sucesso em resolver o caso.

As histórias de Junior sugerem um funcionamento psíquico onde a racionalidade e o controle são valorizados, mas há espaço para emoção e reflexão pessoal. Ele tende a buscar soluções práticas e positivas, mesmo em situações difíceis, o que reflete uma abordagem otimista e determinada à vida. Suas defesas obsessivas aparecem na forma de dúvida e ruminação, enquanto a evitação operatória se manifesta na necessidade de ancorar suas narrativas em realidades concretas.

#### 4.6 Caso 6 – Hermenegildo

Hermenegildo é um homem preto de 67 anos, foi pedreiro na maior parte de sua vida, reside na capital com a esposa, filhos e nora. Não chegou a concluir o ensino elementar não pratica atividades de lazer, não frequenta a igreja, não bebe ou fuma. Foi internado por IAM, foi diagnosticado aos 64 anos com DAE, tem HAS e considera que a DCV interfere intensamente em sua qualidade de vida.

**Psicóloga:** A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Hermenegildo:** Isso é uma pessoa muito... muito triste né? Tá com bastante tristeza, agora... porque ele tá triste assim... não sei. Que isso aqui na... na, na... isso é uma arma? será que ele tá triste é porque ele tirou a vida de alguém ou ele vai... tá querendo tirar a vida dele mesmo? Num sei...

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Hermenegildo:** Deve ter passado algum... algum transtorno porquê... para ele chega nesse ponto deve ter acontecido alguma coisa muito ruim com ele.

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Hermenegildo:** É... Pelo jeito aqui, no caso aqui... num tá achando que vai terminar bem não... num tá no caso de que vai terminar com alegria não. Num sei! Num sei... também né como que vai terminar... deve ser com muito choro, muito desespero, muito coisa, muito transtorno... vai terminar desse jeito!

Mas é que eu não sei o que foi que aconteceu... as vezes tem até um final feliz... quem sabe?

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Hermenegildo:** Não...

**Psicóloga:** É isso mesmo! Você entendeu como que é. A história é sua, as imagens não são

muito claras, então elas podem ser qualquer coisa, que é para você usar sua imaginação mesmo, tá bom?

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã).

**Hermenegildo:** Essa aqui parece que foi abandonada? Abandonaram ela... esqueceram dela... (longa pausa +- 40'') amarrada ela num tá... não to vendo jeito de corda aqui amarrado nela, ela tá aqui... num amarraram... ou abandonaram ela ou machucaram ela muito. Num sei se é... porque ela ta desse jeito... só pode ser isso ou ela tá abandonada ou machucada...

**Psicóloga:** E como que termina essa história?

**Hermenegildo:** Aah... Aí tem um final triste porque a pessoa... abandonada ou machucada, num termina bem não, né? Bem triste... eu acho que é bem triste...

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a terceira imagem: 8RH - A intervenção cirúrgica)

**Hermenegildo:** Num sei se é porque eu to enxergando mal... O cara parece que tá esquartejando um aqui. E é dois... num sei nem... essa aqui tá com uma cara assim mais feliz, mas esse, e esse, e esse e aqui, esse coitado aqui ta sentindo dor. Jesus que que tá acontecendo aqui? Num tô... Isso aqui é uma arma também ou não? Talvez ele tava com essa arma, para atingir eles, e antes deles ser atingido eles derrubou ele e jogaram a arma para lá. E ele que ta sendo atendido.

**Psicóloga:** E como que termina?

**Hermenegildo:** Para uns é feliz porque morreu, e para outros é muito triste. Se pensar é triste né? porque morreu. Esse aqui se cortou essa (incompreensível) vai matar ele. Eu acho é muito triste também, alegria para uns e tristeza para outros. Quem ta matando vai ficar alegre, agora quem morre... também num vê mais nada né? (risos)

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a quarta imagem: 11 - Paisagem

primitiva de pedra)

**Hermenegildo:** Aqui eu num to entendendo é nada... Uai... parece que eu vi uma cara e agora num to vendo mais.... para mim que era o rosto de uma pessoa, mas... agora que to vendo num sei se é o rosto mais, num sei o que é... Oxi... agora essa aqui num to entendendo isso aqui não... aaah esse aqui parece que é um bulo... não se isso aqui for um bulo de café num deve... essa aqui num tá muito triste não porque deve tá tomando algum cafezinho, mas o problema é que eu não to distinguindo isso aqui ó... num sei o que é... se é gente se é ... meu jesus o que que é isso? É... parece que agora eu não to vendo mais nada... num sei mais o que e isso aqui não... será que isso é uma família feliz, é ? tomando café? Ou é outra coisa? Meu deus do céu.... um barco num é, né? Isso aqui num é um barco... ou pode ser? Sei lá... ah se eu falar que é um barco, se eu falar que é uma família tomando café vai ficar a mesma coisa. É eu acho que isso é um bulo... mas isso aqui tá parecendo um bocado de rosto, pode ser gente tomando algum café ou algum chopp. Vou botar café, porque num bulo serve mais é café! Família tomando café feliz! (risos) Isso aqui eu não sei não (risos)

**Psicóloga:** Bom, a próxima é essa (disponibilizo a quinta imagem: 12RM - O hipnotizador)

**Hermenegildo:** Isso aqui parece... que tem uma pessoa passando mal e tem uma... outra pessoa ajudando ela... ta parecendo... essa pessoa que tá deitada ela deve ta passando mal e esse que ta ajoelhado deve ta ajudando ela, dando a... dando a cura para ela. Fzd... ela tá desmaiada num sei... esse aqui é... essa mulher desmaiou, caiu no chão e esse tá ajudando ela, ai ele vai dar a cura para ela e ela vai ficar feliz! Ou é um homem? Agora que eu to vendo a.... num sei se é um homem ou se é mulher, será que eu vou de um homem ou de uma mulher? Meus olhos tá tudo embaralhado já... num sei se é dum homem ou se é uma mulher. Pode ser um ajudando o outro e no final vai ficar feliz... Se for um ajudando o outro mesmo.

**Psicóloga:** Bom, a próxima é essa (disponibilizo a sexta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Hermenegildo:** Essa num ta feliz não... essa não ta feliz... (pausa longa) essa aqui ta parecendo que ela caiu também... desmaiou... e esse tá chorando. Agora num sei se é porque ela já tá sem vida ou tá pedindo socorro para vim salvar. Sera? Acho que ele ta pedindo socorro para salvar ela.

**Psicóloga:** E como que termina?

**Hermenegildo:** Aaah se ela não salvar aí é um final muito triste também né? Eu acho que é triste... terminar triste.

**Psicóloga:** a próxima é essa (disponibilizo a sétima imagem: 15 - No cemitério)

**Hermenegildo:** OOO mais a gente só com dois olhos é duro... (ELE USAVA OCULOS, MAS ESTAVA SEM) você num ve direitinho o que que é... ai você olha tem hora que olha daqui tá de um jeito aí você muda... quando você olha de novo mudou o jeito (risos), por isso que é ruim... mas... isso aqui é um homem? Num tá dando... um homem ou uma mulher e tem outra cabeça aqui não sei se é porque tem uma criança aqui... será que isso é uma criança ou um adulto também? Mas só que esses aqui parece que ta mais alegre. Agora essa aqui vai ser um final feliz... tem muita coisa aqui, certeza deve tá desejando isso aqui, se for ele que tá desejando ele tá muito feliz. Ali eu acho que vai ser feliz!

**Psicóloga:** SEU OLHO TÁ FICANDO CANSADO?

**Hermenegildo:** Cansado não... assim eu olho aí tá um jeito, ai quando eu vou olhar de novo fica outra coisa.

**Psicóloga:** a próxima é essa (disponibilizo a oitava imagem: 18H - Atacado por trás)

**Hermenegildo:** Essa aqui... eu num sei se é um homem se é uma mulher... não sei onde ela tá, se tá em casa, se tá na igreja... tá difícil... num sei se ela tá na porta da casa ou se ela tá na porta igreja. Se ela tiver na porta da igreja ela tá muito feliz, vai ser muito feliz! (risos) é cada coisa que a gnt pensa Mas... num dá... tem hora que tá muito contrário né? Num tá? Muito,

muito, muito.

**Psicóloga:** CONTRÁRIO COMO?

**Hermenegildo:** Eu to falando aqui, tá parecendo que ela tá na porta de uma igreja, bom... que isso aqui não sei se isso é uma porta. E se ela tiver na porta de uma igreja ela tá feliz, que ela tá na porta da igreja. Entao o final vai acabar feliz... mas pode ser outra coisa que eu não entendi...

**Psicóloga:** PODE SER O Que O SENHOR QUISE.

**Hermenegildo:** Então vai ser isso aí (risos).

**Psicóloga:** a próxima (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Hermenegildo:** Meu deus do céu... que isso? Num to entendendo nd. Tem uma casa aqui... isso aqui... eu num sei se é dois olho ou se é um ninho de passarinho com dois ovinho, isso aqui num sei se é um martelo, isso aqui também não sei o que é, mas isso é o que eu to falando eu olho assim é uma coisa, quando eu olho assim é outra, quando eu olho ao contrário já aparece outra coisa.

**Psicóloga:** QUAL O SENHOR QUER CONTAR PARA MIM?

**Hermenegildo:** Isso aqui parece uma mão, não sei se é... será que isso aqui é um desenho que o cara tá fz? Mas desenho não precisa de martelo. Para que martelo num desenho? Ou isso aqui não é um martelo? Sei lá também se é um martelo (risos). Agora danou mesmo viu... Isso aqui deve ser um desenho. Isso aqui deve ser um desenho. Se é mesmo eu não sei... (risos)

**Psicóloga:** Essa é a última (disponibilizo a décima imagem: 20 - Só sob a luz)

**Hermenegildo:** E esse aqui agora é que danou viu... que eu não sei... Nada que parece... num to vendo um rosto, ou uma mão... pode ser um livro... pode ser um livro. Esse aqui vai ficar como um livro que eu num to vendo nada aqui.

**Psicóloga:** E O Que CONTA NESSE LIVRO?

**Hermenegildo:** Bom pode contar muita coisa boa nele, né? Por exemplo, uma bíblia... um

livro assim... de deus. É... nome de jesus, nome de deus que... como que fala? O que tem escrito na bíblia tudo é coisa de deus, tudo é coisa... aah eu esqueci como que fala.

#### 4.6.1 ANÁLISE DO CASO 6 – HERMENEGILDO

1) Modalidade do Discurso identificada: A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa) e B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

a) A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa)

i) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificção da interpretação  
Hermenegildo frequentemente se apega a detalhes específicos das imagens, mas sua interpretação é marcada pela incerteza. Ele tenta identificar objetos e contextos, mas se perde em descrições confusas, refletindo uma dificuldade em manter uma narrativa coesa..

b) B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

i) B1-3: Expressão de afetos

Apesar das dificuldades de interpretação, Hermenegildo demonstra uma preocupação com o estado emocional dos personagens, frequentemente associando suas condições a sentimentos de tristeza, abandono, ou esperança de um final feliz. Essa expressão de afetos indica um investimento emocional nas histórias, ainda que permeado por confusão’.

2) Expressão do Conflito Intrapsíquico identificada: A2 (Intrapessoal) e B2 (Interpessoal)

a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais

Hermenegildo projeta nos personagens uma série de conflitos internos, como a tristeza, o abandono, e o medo da morte. Sua incerteza sobre os finais das histórias reflete uma luta interna entre aceitar o pior ou acreditar em uma possível redenção ou final feliz.

b) B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais

Hermenegildo frequentemente faz pausas longas e expressa dúvidas sobre o que está

vendo, o que pode indicar um processo de dramatização interna. Ele se engaja com as imagens de uma forma emocional, mas sua dificuldade em manter uma narrativa clara pode ser vista como um reflexo de conflitos não resolvidos.

3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

a) A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação

Em várias histórias, Hermenegildo demonstra uma defesa obsessiva evidente na forma de dúvida constante e hesitação em interpretar as imagens. Ele frequentemente revisita suas interpretações, refletindo uma ruminação sobre o que está vendo e o que isso pode significar.

b) CF-1: Ênfase no cotidiano, no factual, no fazer - referência "placada" à realidade externa

Hermenegildo tenta ancorar suas narrativas em elementos práticos e cotidianos, como associar uma imagem a *uma família tomando café*. Essa tentativa de trazer as imagens para uma realidade familiar e segura pode ser uma forma de evitação operatória, evitando o enfrentamento de emoções mais profundas ou desconfortáveis.

4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E3 (Desorganização das Referências Identitárias e Objetais) e E4 (Alteração do Discurso).

a) E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica

Hermenegildo apresenta dificuldades em manter uma organização temporal e espacial nas histórias, frequentemente se perdendo na interpretação e mudando de ideia sobre o que está vendo. Isso sugere uma desorganização interna que afeta sua capacidade de criar uma narrativa coesa.

b) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

Há falhas na fluidez do discurso de Hermenegildo, com repetidas interrupções, hesitações e risos nervosos, especialmente quando confrontado com imagens mais

difíceis de interpretar. Isso pode indicar uma emergência de processos primários onde a coesão do discurso é comprometida.

#### 4.6.1.1 *Análise das Narrativas*

As narrativas de Hermenegildo revelam um funcionamento psíquico onde a incerteza, a ambiguidade e uma visão misturada entre tristeza e esperança são temas centrais. Suas histórias refletem uma luta interna para encontrar sentido e uma dificuldade em lidar com emoções complexas, expressas tanto uma luta para interpretar o que vê quanto uma tentativa de buscar finais positivos mesmo em situações que ele percebe como potencialmente trágicas.

- 1) O menino e o violino: Hermenegildo vê tristeza profunda na figura, associando-a a sentimentos de desespero e possíveis pensamentos suicidas. Ele demonstra incerteza sobre o desfecho, mas reconhece a possibilidade de um final trágico.
- 2) Curvado sobre o divã: Ele percebe a figura como alguém abandonado ou machucado, refletindo uma visão pessimista da situação, onde o final é visto como inevitavelmente triste.
- 3) A intervenção cirúrgica: Hermenegildo interpreta a cena como violenta, envolvendo dor e morte, mas sua narrativa é confusa e marcada por incertezas sobre o que realmente está acontecendo. Ele reconhece a tristeza como o resultado final para aqueles que sofrem.
- 4) Paisagem primitiva de pedra: Aqui, Hermenegildo luta para encontrar sentido na imagem, mudando várias vezes sua interpretação. Ele tenta ancorar a imagem em uma cena familiar e positiva, como uma família tomando café, mas sua incerteza permeia a narrativa.
- 5) O hipnotizador: Ele interpreta a cena como uma pessoa ajudando outra que está passando mal, mas sua incerteza sobre os papéis de gênero e a situação específica sugere confusão. No entanto, ele opta por um final positivo, onde a pessoa ajudada se recupera.
- 6) Mulher deitada na cama: Hermenegildo vê a cena como triste e possivelmente trágica, imaginando que a mulher pode estar morrendo ou já morta, e o homem pedindo socorro.

Ele conclui que o final provavelmente será triste.

- 7) No cemitério: Ele interpreta a cena de forma ambígua, mas acaba vendo um final potencialmente feliz, associando a imagem a um desejo positivo por parte do personagem.
- 8) Atacado por trás: Hermenegildo expressa incerteza sobre o que está acontecendo, mas tenta encontrar um final feliz ao associar a imagem com algo religioso ou positivo.
- 9) Cabana na neve: Hermenegildo se perde na interpretação da imagem, mudando constantemente sua visão do que vê, o que reflete uma grande dificuldade em encontrar sentido na cena.
- 10) Só sob a luz: Ele interpreta a imagem como um livro, optando por uma visão positiva ao associá-la a uma bíblia, sugerindo que o conteúdo é bom e espiritual, apesar de não ter certeza do que realmente está vendo.

As histórias de Hermenegildo sugerem um funcionamento psíquico marcado por incertezas, confusão e uma luta constante para encontrar sentido e esperança em situações que ele percebe como potencialmente trágicas. Suas defesas obsessivas e de evitação operatória indicam uma dificuldade em lidar com emoções complexas, levando-o a buscar interpretações que possam trazer algum conforto, mesmo quando a imagem inicial evoca sentimentos de tristeza e desespero.

#### **4.7 Caso 7 - Marta**

Marta é uma mulher branca de 68, solteira, que vive com os filhos na capital. Concluiu o ensino superior, é comerciante e centraliza a renda da casa. Não tem atividades de lazer, frequenta a igreja em datas festivas.

Foi internada por IAM causado por rotura no implante valvar, já havia sido diagnosticada com DCV, aos 50 anos na ocasião realizou cirurgia de implante valvar. Considera que a doença não afeta sua vida, segue o tratamento medicamentoso e realiza atividades físicas. Além disso

a paciente apresenta HAS.

**Psicóloga:** A primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino).

**Marta:** Tá com dor de cabeça, tava tocando de repente parou, né? Dá impressão que ele tá com muita dor de cabeça.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Marta:** Deve que tava tocando esse violino, né não? Num sei...

**Psicóloga:** e como que termina essa história?

**Marta:** Ah com certeza ele vai verificar o porque... dessa dor de cabeça né? E ENTÃO? Vai fazer o tratamento (risos)! Num tem mais nada a dizer não.

**Psicóloga:** essa é a segunda imagem (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã)

**Marta:** Uai... dá a impressão que é uma pessoa... que bebeu muito, né? Ta igual eu... igual... tá deprimida. Tá com depressão... e entrou acho que... no limite dela... com certeza.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aqui [referindo a imagem]?

**Marta:** Ah isso é muito relativo... tanta coisa que leva a isso, né? As vezes a solidão... que pessoa sente muito de ficar só... eu já sou o contrário, eu... como diz o outro, eu gosto da minha companhia. Com certeza é isso aí! Com certeza não né? Eu acho assim... Pode ser vários... várias coisas, não é uma coisa definida não...

**Psicóloga:** e como que termina?

**Marta:** Difícil de falar... que às vezes a pessoa se isola, não procura ninguém, não procura ajuda, né? e acaba até... vindo a óbito.

**Psicóloga:** A terceira imagem é essa (disponibilizo a imagem 11 - Paisagem primitiva de pedra)

**Marta:** Nossa essa é difícil... a impressão que é... uma cascata né? Que ta caindo água. E

tem uma ponte aqui para atravessar, quer dizer... essa é a impressão que eu tive e só ... tá muito, muito... ai tá me dando falta de ar! porque num é uma coisa objetiva que dá para mim falar o que é e o que não é, tá? Eu acho que isso aí é... é isso aí mesmo que eu falei.

**Psicóloga:** está ficando cansada?

**Marta:** Um pouquinho, mas pode continuar.

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a quarta imagem: 12F - Mulher jovem e velha).

**Marta:** Olha, como eu sou espírita... eu creio que isso aí é um espírito obsessor. Embora ela não tenha uma expressão de quem tá sendo influenciado, mas dá a impressão de que esse aí é um espírito obsessor que tenta prejudicá-la sabe?

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento?

**Marta:** Na minha, na minha... visão das coisas, deve ser débitos anteriores de outras vidas, que a gente... não sei se você já leu ou tem algum... conhecimento da doutrina espírita... a gente sempre tem um... um anjo de guarda né? E tem também o espírito obsessor, se você se conecta com pensamentos negativos, desejando o mau, justamente você vai... atrai para perto de si pessoas que se conecta com você. Então, assim no caso aí só pode ser alguma coisa de vidas anteriores tá? Quer dizer... só pode ser não. É o que eu acho.

**Psicóloga:** E como que termina essa história?

**Marta:** Ah é muito relativo, não tem como saber, depende muito da pessoa procurar ajuda, de não procurar... pela expressão dele aqui ela é uma pessoa do bem, acho que com certeza ela vai procurar ajuda.

**Psicóloga:** tranquilo? o coração deu uma aceleradinha?

**Marta:** Não, parece que não. Eu sinto mesmo é... é eu sinto mesmo é... to me sentindo muito é cansada. Essa válvula, é também tá me dando... Depois que... lascou, sei lá o que que ela tem... para mim falar...

**Psicóloga:** é que as vezes faz um... *coaguluzinho*, né? que impede a passagem (de sangue)

**Marta:** é! Não... tá impedindo mesmo... inclusive, mas foi porque a... acho que deu.. deu defeito...

**Psicóloga:** na válvula.

**Marta:** Na Válvula, e não tá deixando o sangue passar sabe?

**Psicóloga:** é acontece mesmo. podemos ir para proxima?

**Marta:** Uhum.

**Psicóloga:** agora essa (disponibilizo a quinta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Marta:** Ixi complicou [bem baixinho, com quem fala para si mesmo]. A impressão que dá aqui é que essa menina aí desencarnou, né? E ele tá... sem saber o que fazer. Ele ficou desesperado, essa é a impressão que me deu, tá?

**Psicóloga:** termina assim?

**Marta:** Uhum, pode continuar.

**Psicóloga:** essa é a próxima (disponibilizo a sexta imagem: 15 - No cemitério)

**Marta:** Meu deus que lugar feio! A impressão que me deu aqui é que são túmulos. Um cemitério. Aí o que que essa pessoa tá fazendo aí é que eu não sei. Não dá para... vou imaginar nada não, o que a gente imagina, geralmente, é que tem a impressão que o cemitério a noite vai... os espíritos vão sair né? (risos) O que é errado. Pode acontecer, lógico, mas não... não da maneira que a gente pensa. Pela expressão... desse aí, pelo jeito dele, é um espírito do mau, só pode.

**Psicóloga:** e como que termina?

**Marta:** Ah não sei. O que será com esse aí. Deixa eu só... perguntar uma coisa... não sei se você vai poder responder...

**Psicóloga:** pode perguntar.

**Marta:** O que ele tem na mão?

**Psicóloga:** Pode ser o que a senhora quiser.

**Marta:** Ah, então pode continuar. Não sei o que é não... (risos)

**Psicóloga:** essa é a próxima (disponibilizo a sétima imagem: 17MF - A ponte)

**Marta:** Nossa que imagem estranha, não sei o que que é não, o que é isso não. Que que significa essa casa aqui embaixo, em cima... vou tirar um poquinho tá? [a máscara]

**Psicóloga:** a gente tá em uma distância segura.

**Marta:** Não Sei... não consigo pensar em nada Tá muito... muito... Aqui embaixo tem... uns homens carregando as coisas nas costas né? Parece que tem... como é que a gente falava antigamente aqueles (incompreensível)? AH não num sei não...

**Psicóloga:** Tá certo. Essa é a próxima (disponibilizo a oitava imagem: 18MF - Mulher que estrangula)

**Marta:** Essas figuras suas tem muito a ver com morte né? Parece... a impressão que dá aqui... é que essa mulher tá fazendo mal para essa outra, né? Tá tentando socá-la. Essa é a impressão que me deu. Ou então, que ela caiu da escada e ela foi acudir (risos com ironia). Ah meu deus, sei não...

**Psicóloga:** qual que você prefere?

**Marta:** [em tom sério] pela expressão do rosto dela... dá a impressão que ela tá é tentando salv... salvá-la que ela foi cair, né? E ela tá tentando salvar, tá?

**Psicóloga:** E como que termina?

**Marta:** aí não sei.

**Psicóloga:** Estamos acabando. Agora essa (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Marta:** Ah não.. Ah não.. uma coisa dessa... [fala baixo para si mesmo]. Muito abstrato, né? Para gente... achar alguma coisa aqui. Sinceramente... um monte risco aí de fantasma... de fantasma aí também [risos]... é isso aí. Se bem que a nossa mente, as vezes ela cria fantasma

né... ah num sei não....

**Psicóloga:** ta cansada?

**Marta:** Um pouquinho.

**Psicóloga:** a senhora tem ficado cansada só de ficar paradinha assim mesmo?

**Marta:** É de falar muito, né? Vamos, pode continuar

**Psicóloga:** Essa é a última (disponibilizo a décima imagem: 20 - Só sob a luz)

**Marta:** A impressão que eu tenho é que tá caindo uma tempestade aí nesse lugar. Tem um homem aqui que eu não sei o que ele tá fazendo... mas é isso aí. Não tem como eu te falar mais nada não.

#### 4.7.1 ANÁLISE DO CASO 7 – MARTA

- 1) Modalidade do Discurso identificada: A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa) e B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)
  - a) A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa)
    - i) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificação da interpretação  
Marta frequentemente se apega a descrições específicas das imagens, mas com uma abordagem objetiva e prática. Ela tenta justificar suas interpretações baseando-se em suas crenças pessoais, especialmente relacionadas à espiritualidade..
  - b) B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)
    - i) B1-3: Expressão de afetos  
Em suas narrativas, Marta demonstra uma preocupação emocional, especialmente quando lida com temas de sofrimento, morte e espiritualidade. Ela projeta suas crenças sobre o impacto dos espíritos e forças sobrenaturais nas histórias.
- 2) Expressão do Conflito Intrapsíquico identificada: A2 (Intrapessoal) e B2 (Interpessoal)
  - a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais  
Marta revela um conflito intrapsíquico profundo, especialmente quando associa as

imagens a temas de morte, dor e espiritualidade. Ela parece buscar sentido em suas interpretações, relacionando as histórias a conceitos de carma e vidas passadas, o que pode refletir um esforço para entender suas próprias emoções e experiências.

- b) B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais

Marta frequentemente comenta sobre sua dificuldade em entender as imagens, refletindo uma luta interna para dar sentido ao que vê. Sua abordagem é pessoal, com uma forte ligação às suas crenças espirituais.

- 3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

- a) A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação

Marta demonstra uma defesa obsessiva em suas constantes dúvidas e hesitações sobre as interpretações. Ela frequentemente reconsidera o que vê, refletindo uma preocupação em fazer a leitura correta das imagens.

- b) CF-1: Ênfase no quotidiano, no factual, no fazer - referência "placada" à realidade externa

Embora Marta se aproxime de temas espirituais, ela também tenta trazer as interpretações para uma realidade prática, como ao considerar tratamentos médicos ou explicações lógicas para o que vê, especialmente quando sente que não consegue entender a imagem.

- 4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E4 (Alteração do Discurso).

- a) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

Marta apresenta falhas na coesão do discurso, especialmente quando lida com imagens mais abstratas ou difíceis de interpretar. Sua linguagem se torna fragmentada e ela demonstra uma certa angústia ao tentar organizar suas ideias.

#### 4.7.1.1 Análise das Narrativas

As narrativas de Marta, evocadas pelas pranchas do Teste de Apercepção Temática (TAT), revelam um funcionamento psíquico onde a espiritualidade, a incerteza e a associação a temas de morte e sofrimento são predominantes. Marta parece lidar com as imagens de forma hesitante, muitas vezes expressando dificuldade em interpretar o que vê, mas frequentemente associando suas interpretações a conceitos espirituais e existenciais.

- 1) O menino e o violino: Marta interpreta a cena como um sinal de dor física, associando a dor de cabeça ao personagem. Sua resposta prática (*vai fazer o tratamento*) reflete uma tendência a buscar soluções concretas para problemas que ela não entende completamente.
- 2) Curvado sobre o divã: Marta projeta na imagem sentimentos de depressão e solidão, associando-os a experiências pessoais e a uma visão pessimista sobre o destino da pessoa na imagem. Sua interpretação reflete uma preocupação com as consequências da falta de apoio emocional.
- 3) Paisagem primitiva de pedra: Marta tem dificuldade em interpretar a imagem, o que provoca nela uma sensação de falta de ar. Sua interpretação se fixa na ideia de uma cascata, mas ela expressa desconforto com a falta de clareza da imagem.
- 4) Mulher jovem e velha: Sua crença espírita influencia diretamente sua interpretação, vendo a figura como um espírito obsessivo ligado a dívidas de vidas passadas. Ela demonstra uma compreensão espiritual da vida e do sofrimento, associando os problemas a carmas anteriores.
- 5) Mulher deitada na cama: Marta interpreta a cena como trágica, acreditando que a mulher *desencarnou* e o homem está desesperado. Sua visão é pessimista e marcada pela crença na morte como um desfecho inevitável.
- 6) No cemitério: Marta reage negativamente à imagem, associando-a ao medo do sobrenatural. Embora reconheça que os espíritos não agem da maneira como geralmente se imagina, ela

associa a cena a um espírito maligno.

- 7) A ponte: Marta tem dificuldade em entender a imagem e não consegue formar uma interpretação clara. Sua resposta vaga e hesitante reflete a confusão e o desconforto que a imagem lhe provoca.
- 8) Mulher que estrangula: Inicialmente, Marta vê a cena como violenta, mas tenta reinterpretá-la como um ato de salvamento, sugerindo uma tentativa de encontrar uma explicação mais positiva para o que vê. No entanto, ela permanece incerta.
- 9) Cabana na neve: Marta expressa desconforto com a imagem abstrata, referindo-se a ela como *um monte de risco de fantasma*. Sua resposta indica uma dificuldade em lidar com o abstrato e uma tendência a associar o desconhecido ao medo.
- 10) Só sob a luz: Marta vê a imagem como uma tempestade e expressa dificuldade em interpretar o que o homem está fazendo, resultando em uma resposta curta e sem resolução.

As histórias de Marta sugerem um funcionamento psíquico marcado pela busca de sentido em meio à incerteza e pelo uso da espiritualidade como uma âncora em suas interpretações. Suas defesas obsessivas e de evitação operatória indicam uma dificuldade em lidar com imagens que evocam temas de morte, sofrimento e o desconhecido, resultando em interpretações hesitantes e fragmentadas.

#### **4.8 Caso 8 – Valter**

Valter é um homem de 68 anos de cor parda, casado, reside com a esposa e uma filha na capital. É aposentado com mais de 3 salários mínimos, iniciou uma graduação mas não chegou a concluir. Sofreu um primeiro IAM aos 43 anos, a desobstrução foi possível por meio da angioplastia na época, desde então considera que a DCV impacta moderadamente na sua vida e se trata praticando exercícios físicos regulares, seguindo dieta alimentar e tomando medicações. Valter nunca fumou ou bebeu, mas tem HAS e DM tipo 2. Nesse novo infarto é

realizado cateterismo e não há possibilidade do tratamento por meio de angioplastia e é necessária a correção cirúrgica via revascularização do miocárdio. No entanto, paciente não concorda e opta apenas por tratamento clínico. Em retorno ambulatorial paciente mantém a posição em não fazer a cirurgia, no entanto, cerca de 3 meses depois retorna via emergência com angina após exames é reforçada a necessidade cirúrgica. Paciente concorda e dá-se início aos exames pré-cirúrgicos.

No dia 20 de abril sou solicitada pela equipe para acompanhar o paciente que se encontra muito ansioso diante do quadro e da cirurgia.

A cirurgia estava agendada para o dia 26/04/21, uma segunda-feira, mas dois dias antes ele pede reagendamento da cirurgia que é agendada para a quarta-feira. Nesse dia o paciente se recusa a tomar o banho antisséptico para a cirurgia antes da chegada de sua filha. Vou verificar com ele a situação, combino com a equipe esperar a chegada da filha que já está a caminho. O paciente realiza a cirurgia, fica 72 horas na UTI, retorna para a enfermaria e a esposa o acompanha, três dias depois está de alta hospitalar.

**Psicóloga:** a primeira imagem é essa (disponibilizo a primeira imagem: 1 - O menino e o violino)

**Valter:** Isso daí é um médico né? Uma criança? Ce fala o que que ele tá fazendo aí?

**Psicóloga:** isso. o que está acontecendo nessa imagem, o que as pessoas estão pensando, fazendo sentindo....

**Valter:** Sim... Uai pelo que eu to vendo ele tá... usando o que aí? um celular, um aparelhinho daquele de... de consultar, ou não?

**Psicóloga:** pode ser o que o senhor quiser.

**Valter:** Uai para mim é uma... que eu to vendo aí é um celular, né não? no ouvido.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí na imagem?

**Valter:** Uai Geyssy... num sei, o que aconteceu dele ficar assim. Pode ser... um abandono,

uma tristeza, né não? È isso, pode ser.

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** Uai... Isso aqui parece que é uma arma né não? ãnh?

**Psicóloga:** pode ser o que o senhor quiser.

**Valter:** É Acho, para mim é uma arma, né não? Ele se matou? Alguma coisa?

**Psicóloga:** pode ser o que o senhor quiser.

**Valter:** É pode ser.

**Psicóloga:** termina assim?

**Valter:** É termina assim

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a segunda imagem: 3HF - Curvado sobre o divã).

**Valter:** Isso é uma pessoa abandonada na rua, né não? È... abandonada na rua, dormindo na rua né não? Parece que... tá assim... para mim é gleice

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí na imagem?

**Valter:** Pode ser uma abandono, briga com família, um, né? descaso de droga, um distúrbio de droga, ou um... para mim é isso aí. Ele tá abandonado na rua né?

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** Pode ser uma morte?

**Psicóloga:** pode ser o que o senhor quiser.

**Valter:** Pode ser uma morte.

**Psicóloga:** mais alguma coisa?

**Valter:** Não só isso.

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a terceira imagem: 8RH - A intervenção cirúrgica)

**Valter:** [Dá um sorriso maroto] isso aí é operando uma pessoa, né? É operando mesmo.

Viu? Isso aí é operando, operando uma pessoa... viu? operando uma pessoa.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí na imagem?

**Valter:** Alguma doença né? Uma doença no coração ou... uma outra coisa, porque aqui parece que eles tão cortando a barriga, né? Então... num sei, pode ser um outra doença, mas aí é uma operação, eles tão operando.

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** Uai... acho que aí termina bem né? Bem pro paciente né? É isso.

**Psicóloga:** a próxima imagem é essa (disponibilizo a quarta imagem: 11 - Paisagem primitiva de pedra)

**Valter:** você me ajuda?

**Psicóloga:** não (risos)

**Valter:** Gleice essa aqui na verdade eu nem to vendo direito ela... sinceramente... Não consigo distinguir nadinha aqui... você poderia falar o que é isso aí?

**Psicóloga:** pode ser o que você quiser.

**Valter:** (riso maroto) mas eu não sei bebê... eu não sei...

**Psicóloga:** tudo bem...

**Valter:** Eu não sei sinceramente. Essa aí nós vamos passar ela em branco.

**Psicóloga:** tudo bem! Não tem problema não.

**Valter:** Tem não?

**Psicóloga:** tem não (risos)

**Valter:** Aah

**Psicóloga:** não é um teste de certo e errado, é como eu te falei, as imagens são assim que é para você imaginar, para saber o que você imagina vendo isso aqui, tá? vamos para próxima então.

**Psicóloga:** Bom, a próxima é essa (disponibilizo a quinta imagem: 12RM - O hipnotizador)

**Valter:** Isso aí... Gleice... é uma pessoa orando para outra, né não? É isso. Ou então ela tá internada e o médico tá colocando a mão nele

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí na imagem?

**Valter:** As vezes alguma doença, ne? Tá doente, precisando de ajuda. É isso aí.

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** Uai... aí num posso... será q termina bem, ou ela faleceu, morreu?

**Psicóloga:** pode ser o que você quiser

**Valter:** Termina bem! Nada de pensar ruim! Acho que terminou bem!

**Psicóloga:** Bom, a próxima é essa (disponibilizo a sexta imagem: 13HF - Mulher deitada na cama)

**Valter:** Agora isso aqui Geyssy, eu acho que é um... assim... um, um... um momento meio difícil. Eu acho que essa pessoa faleceu e essa pessoa tá chorando. Olha aí ó. Acho que faleceu.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí na imagem?

**Valter:** Deve ser alguma doença né? Deve ser alguma doença. Ou pode ser um casal e a mulher faleceu... num sei também . Pode ser isso também.

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** Assim mesmo. Desse jeito.

**Psicóloga:** a próxima é essa (disponibilizo a sétima imagem: 15 - No cemitério)

**Valter:** iii gleice, essa aí, coitado! (suspira fundo), Gleice essa aí é uma pessoa desesperada pedindo ajuda, né não? Pelo jeito aí eu to vendo que sim. É uma pessoa pedindo ajuda. É. Acho que é.

**Psicóloga:** o que aconteceu antes que levou a esse momento aí na imagem?

**Valter:** Num sei, pode ser uma briga ou... qualquer coisa, uma separação! Uma... sei lá, uma briga, uma separação, uma revolta, alguma coisa né?

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** Ué termina... vou falar para você briga né? Acho que briga. Para mim eu acho que é.

**Psicóloga:** a próxima é essa (disponibilizo a oitava imagem: 18H - Atacado por trás)

**Valter:** Esse aí... tá com uma pessoa colocando a mão nas costas dele né? Greice, isso aí... seria um assalto? Pois é parece que o cara tá com a mão por trás dele e ele virou para olhar. Pode ser um assalto né? Quem sabe?

**Psicóloga:** como que termina?

**Valter:** uai eu acho que termina tudo bem porque ele tá em pé olhando para trás ne? Para mim eu acho que termina tudo bem.

**Psicóloga:** a próxima (disponibilizo a nona imagem: 19 - Cabana na neve)

**Valter:** (ri) Greice isso aí eu num to entendendo nada bebê. Não entendi greice. Deixa eu só te fazer uma pergunta, isso aqui é um automóvel em baixo, ou não? Você não pode falar né?

**Psicóloga:** pode ser o que você quiser

**Valter:** Eu para mim, acho que é um automóvel. Não sei distinguir se é ou não Greice.

**Psicóloga:** Essa é a última (disponibilizo a décima imagem: 20 - Só sob a luz)

**Valter:** Gleice isso aqui é uma... uma... tipo uma floresta né? É um... pegando fogo? Pode ser?

**Psicóloga:** pode ser.

**Valter:** Eu acho que é, pegando fogo. E aqui um cadáver, sei lá se é... se morreu. Eu acho que deve ter morrido queimado, né? Uma coisa assim, porque aqui você vê mais ou menos uma fumaça e uma floresta. Para mim eu acho que é pegando fogo. E essa pessoa morreu queimada aqui ó. Só isso.

#### 4.8.1 ANÁLISE DO CASO 8 – VALTER

1) Modalidade do Discurso identificada: A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade

Externa) e B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

a) A1 (Discurso Rígido com Referência à Realidade Externa)

- i) A1-1: Descrição com ligação aos detalhes com ou sem justificação da interpretação  
Valter frequentemente se apegua a detalhes específicos das imagens, mas sua interpretação é baseada em descrições objetivas e práticas. Ele tenta identificar objetos e contextos, mas em algumas ocasiões, como na "Paisagem primitiva de pedra", expressa dificuldade em distinguir o que está vendo.

b) B1 (Discurso Lábil com Investimento nas Relações)

i) B1-3: Expressão de afetos

Em várias histórias, Valter projeta sentimentos de abandono, tristeza e desespero nos personagens, associando suas condições a cenários trágicos, como morte e sofrimento. Sua preocupação emocional é evidente, especialmente nas narrativas que envolvem doença ou perda.

2) Expressão do Conflito Intrapsíquico identificada: A2 (Intrapessoal) e B2 (Interpessoal)

a) A2-4: Acento posto nos conflitos intrapessoais

Valter revela um conflito intrapsíquico profundo, frequentemente associando as imagens a cenários de perda e morte. Ele parece lutar com a aceitação desses finais trágicos, mas também demonstra uma certa resignação em suas interpretações..

b) B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais

Valter frequentemente expressa suas interpretações de forma direta, mas com um tom de resignação ou tristeza. Suas respostas são muitas vezes curtas e conclusivas, sugerindo uma aceitação dos cenários trágicos como inevitáveis.

3) Manifestação das Defesas identificadas: A3 (Defesas Obsessivas) e C (Evitação Operatória)

a) A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, ruminação

Valter demonstra uma defesa obsessiva em várias narrativas, expressando dúvidas sobre

o que vê e frequentemente pedindo confirmação sobre suas interpretações. Ele parece incerto sobre muitos dos detalhes, o que reflete uma necessidade de controle e uma dificuldade em lidar com a ambiguidade.

- b) CF-1: Ênfase no cotidiano, no factual, no fazer - referência "placada" à realidade externa

Valter tenta trazer suas interpretações para uma realidade prática, como ao ver um *automóvel* na *Cabana na neve*. Essa tentativa de ancorar as imagens em algo familiar pode ser uma forma de evitação operatória, uma maneira de evitar o confronto com conteúdos emocionais mais difíceis.

- 4) Série E (Emergência de Processos Primários) - Processos identificados: E4 (Alteração do Discurso).

- a) E4-1: Perturbações da sintaxe - Falhas verbais

Valter apresenta falhas na coesão do discurso, especialmente quando lida com imagens mais abstratas ou difíceis de interpretar. Sua linguagem se torna hesitante e ele frequentemente expressa incerteza sobre suas interpretações.

#### 4.8.1.1 *Análise das Narrativas*

As narrativas de Valter revelam um funcionamento psíquico onde a interpretação das imagens é frequentemente permeada por temas de morte, perda, e sofrimento, mas também por uma tentativa de buscar finais positivos ou de minimizar o impacto negativo. Valter parece lidar com as imagens de forma direta, embora sua interpretação seja marcada por uma visão pessimista em muitos casos.

- 1) O menino e o violino: Valter parece confundir os objetos na imagem, inicialmente vendo um celular, depois uma arma. Ele associa a cena a abandono e tristeza, e termina com a suposição de que o menino se matou, refletindo uma visão pessimista.
- 2) Curvado sobre o divã: Valter interpreta a cena como uma pessoa abandonada na rua,

possivelmente ligada ao uso de drogas. Ele sugere que a história termina em morte, novamente refletindo uma visão sombria.

- 3) A intervenção cirúrgica: Valter reconhece a cena como uma operação e conclui com uma visão positiva, acreditando que o paciente termina bem. Essa interpretação contrasta com as narrativas mais pessimistas, mostrando uma esperança de sucesso em contextos médicos.
- 4) Paisagem primitiva de pedra: Valter expressa uma total falta de compreensão da imagem, optando por *passar em branco*. Sua incapacidade de dar sentido à imagem reflete uma dificuldade em lidar com o abstrato.
- 5) O hipnotizador: Ele vê a cena como uma pessoa orando por outra ou um médico cuidando de um paciente. Apesar da incerteza inicial, Valter escolhe um final positivo, onde o paciente se recupera.
- 6) Mulher deitada na cama: Valter interpreta a cena como uma pessoa que faleceu, com outra chorando ao lado. Sua conclusão é direta e trágica, refletindo uma aceitação da morte como desfecho inevitável.
- 7) No cemitério: Valter vê uma pessoa desesperada pedindo ajuda, possivelmente após uma briga ou separação. Ele associa a cena a conflito e termina com a suposição de que a briga continua sugerindo uma visão de persistência do sofrimento.
- 8) Atacado por trás: Ele vê a cena como um possível assalto, mas escolhe um final positivo, onde a pessoa envolvida termina bem, refletindo uma tentativa de acreditar em um desfecho melhor.
- 9) Cabana na neve: Valter tenta interpretar a imagem, mas se perde em detalhes, confundindo-a com um automóvel. Sua dificuldade em encontrar sentido na imagem reflete uma luta para ancorar o abstrato em algo concreto.
- 10) Só sob a luz: Valter interpreta a imagem como um cenário de incêndio, onde uma pessoa morreu queimada. Sua conclusão é sombria, mantendo a tendência a ver a morte como um

desfecho comum.

As histórias de Valter sugerem um funcionamento psíquico onde temas de morte, perda e sofrimento são comuns, mas há também uma luta para encontrar finais positivos em alguns contextos. Suas defesas obsessivas e de evitação operatória indicam uma dificuldade em lidar com a ambiguidade e o abstrato, resultando em interpretações hesitantes e fragmentadas.

## 5. Discussão dos resultados

Na situação do TAT o sujeito é colocado diante de uma imagem e é solicitado a contar uma história, ou seja, ele deve “forjar uma fantasia a partir de uma determinada realidade” (Shentoub & Marques, 1999, p. 26). A percepção da imagem é apenas um passo inicial nesse processo, que deve se articular com a realidade interna do sujeito para que a história contada reflita uma experiência subjetiva que incorpore elementos desses dois domínios. Nesse sentido a apercepção é um processo que envolve tanto a apreensão sensorial do mundo exterior quanto a mobilização das fantasias e representações internas, criando uma experiência complexa e integrada da realidade.

Contar uma história é, portanto, um processo dinâmico em que a quantidade de energia psíquica ativada pelas diferentes demandas do material deve ser transformada em representações. Essas representações, por sua vez, têm a capacidade de se conectarem a outras representações por meio de cadeias associativas. Esse processo permite que um mesmo conteúdo manifesto, isto é, aquilo que é apresentado de forma explícita, possa assumir diversas significações latentes, ou seja, significados implícitos ou ocultos que podem variar de acordo com as associações feitas.

A construção de uma narrativa bem-sucedida, ou *história conseguida* (Shentoub & Marques, 1999), depende, portanto, da capacidade do sujeito de manter um investimento psíquico equilibrado ao longo do processo criativo. Esse equilíbrio se manifesta na habilidade de integrar afetos, ou sentimentos e emoções, com as representações de forma estruturada e criativa. Em outras palavras, para que a história seja coerente e significativa, é necessário que o sujeito consiga articular seus conteúdos internos de maneira a produzir uma narrativa que faça sentido tanto em termos emocionais quanto em termos cognitivos.

Dessa maneira, as imagens do TAT reativam representações e afetos, que, dependendo do controle do ego, podem conduzir a histórias estruturadas em que há um bom compromisso entre

as representações conscientes e inconscientes, resultando em narrativas coesas e enriquecedoras. Mas podem conduzir também a histórias invadidas por representações e afetos que o ego não consegue controlar adequadamente, neste caso as narrativas são mal estruturadas ou até mesmo desestruturadas (Brelet-Foulard & Chabert, 2008).

Nas histórias contadas pelos pacientes e aqui apresentadas podemos observar uma dificuldade em organizar pensamentos de forma coerente que se expressa na emergência dos processos primários evidenciada em alterações do discurso. Essa característica presente na maioria das histórias, em maior ou menor grau, pode representar dificuldades em tolerar os conteúdos latentes das imagens e processar experiências emocionais, ou seja, limitações da função continente, devido às dificuldades de saúde que estão passando. Quando essa função é adequada os pensamentos e emoções ativados pelo conteúdo latente da imagem são acolhidos e o sujeito consegue elaborar uma história coerente e com ressonância subjetiva, como podemos observar na história que Júnior conta sobre a imagem *O menino e o violino*:

*Eu só não tô identificado o que é isso aqui. Parece que o menino tá com sono. Ah imagino que (risos) é... tenha que estudar, na verdade aprender a tocar um violino. identifiquei. E aí ele sentou e tá vendo lá, e achando difícil, pela cara dele que tá achando difícil que... tocar violino não é só você querer não, você tem que aprender e ter as técnicas, e ele tá... meio assim, pensativo se é realmente o que ele quer, se ele vai dar conta de tocar esse violino. Tá sentado ali na cadeira tentando, eu acho, tocar... ou algo do tipo. [?]Pode ter acontecido dele ter se frustrado. Ele deve ter tentado uma apresentação antes na escola, pros pais, não soube tocar direito... e agora ele tá meio frustrado com o violino. Ele sentou meio cabisbaixo e acho que pode ter sido isso que aconteceu com ele. Ele vai conseguir! Ele ficou triste, mas ele vai conseguir. Que a primeira reação que a gente tem é de tristeza quando não consegue algo que quer. Mas se ele batalhar, ele vai conseguir. Eu acredito que no final da história ele consiga voltar lá onde ele errou e consiga tocar e se dar bem.*

Nesse exemplo temos uma história que vai sendo construída conforme os afetos vão sendo mobilizados: o desejo frustrado leva à tristeza que leva à obstinação e conseqüente triunfo; ao mesmo tempo essas representações vão sendo simbolizadas de modo coerente o suficiente para serem compreendidas pelo interlocutor. Mesmo a dificuldade inicial em compreender a imagem de Júnior é manejada de forma adaptativa sem distorcer a situação para evitá-la ou adequá-la a uma percepção inadequada. O mesmo não ocorre na história do Valter sobre a mesma prancha:

*Isso daí é um médico né? Uma criança? Cê fala o que que ele tá fazendo aí? Sim... Uai pelo que eu tô vendo ele tá... usando o que aí? um celular, um aparelhinho daquele de... de consultar, ou não? Uai para mim é uma... que eu tô vendo aí é um celular, né não? no ouvido. Uai Geyssy... num sei, o que aconteceu dele ficar assim. Pode ser... um abandono, uma tristeza, né não? É isso, pode ser. [como que termina?] Uai... Isso aqui parece que é uma arma né não? ãnh? É, acho, para mim é uma arma, né não? Ele se matou? Alguma coisa? É pode ser. É termina assim.*

Nessa narrativa não há uma história construída com início, meio e fim. A emergência de processos primários se evidencia pelas falsas percepções de Valter ao considerar que o menino/médico segura um celular ou um estetoscópio ao ouvido como consequência de algo não especificado, mas que pode ser devido a uma situação concreta de abandono ou subjetiva de tristeza. Essa falsa percepção é antecipada para evitar a confrontação com o fantasma de suicídio que emerge sob efeito da questão que é feita pela psicóloga. De maneira maciça e crua o violino, que carrega o conflito latente em relação ao outro, é visto como algo mortífero que acaba por matá-lo. Essa postura reflete a rejeição de Valter à cirurgia que adia até o último momento. Nesta conformação há primeiro uma tentativa de recusa aos afetos por meio das distorções de Valter que ocasiona a falta de coerência da história. A incapacidade da história em conter e simbolizar os afetos faz com que a única alternativa de controle do ego seja a manipulação do objeto para a realização do suicídio que encerra a narrativa.

Neste capítulo vamos discutir as construções narrativas dos pacientes com foco nas duas categorias principais que emergiram: a negação e o contato latente com a morte. O fim abrupto da história de Valter remete a dimensão da negação do discurso encontrada na maioria das histórias narradas pelos pacientes e que explica a falta de coerência nas histórias: a resistência ao conhecimento que Bion designa como  $-K$ . Enquanto  $K$  é um processo de busca e aquisição do saber, também relacionado ao modo como os sujeitos internalizam e lidam com o conhecimento, e à forma como o psiquismo se estrutura em torno da busca pela verdade,  $-K$  é uma minoração desse processo (desconhecer, distorcer, mal entender) seja em relação a uma pessoa, um sentimento ou um pensamento (Bion, 2004). No primeiro tópico abordaremos essa dimensão da negação que refere às formas manifestas dos pacientes se esquivarem de assuntos significativos enquanto contam suas histórias. No segundo tópico enfatizaremos como as narrativas frequentemente destacam um contato latente com a morte através da predominância de temas de perda, conflito e violência, sentimentos de solidão, abandono e desespero indicando uma tendência dos pacientes em explorar cenários trágicos e intensos, que podem estar ligados a ansiedades profundas ou experiências de vida difíceis. Embora presentes, temas de recuperação e esperança são menos frequentes, indicando que, para muitos pacientes, o foco está mais em enfrentar ou processar dificuldades do que em resolver ou superar essas situações. Isso pode colaborar com a baixa adesão ao tratamento e a reincidência desses pacientes na emergência cardiológica.

## **5.1 Negação e recusa**

Nas histórias narradas pelos pacientes em questão, há um padrão de evasão ou ambiguidade no enfrentamento dos conteúdos projetados durante o TAT, possivelmente refletindo uma dificuldade em organizar pensamentos de forma coesa ou uma tendência a evitar a exposição direta de conteúdos significativos. Nesse sentido, muitos dos pacientes cardiopatas adotaram

um estilo narrativo caracterizado por respostas rápidas e sucintas conectando ideias de forma linear ou associativa, possivelmente como um mecanismo de defesa contra a exploração mais profunda dos temas. Isso pode apontar para um pensamento mais concreto ou uma dificuldade em estabelecer associações mais complexas e abstratas. Da mesma forma, muitos pacientes preferem se apegar a descrições objetivas e concretas, possivelmente como uma defesa contra a incerteza e a ansiedade em relação à sua enfermidade.

Bion (1970, 2022) escreveu algumas vezes sobre pessoas que sentem dor mental, terror e ansiedade, mas que são incapazes de reconhecer esses estados ou sofrer com eles. Acreditamos ser esse o caso de grande parte dos pacientes cardiopatas analisados. Segundo Schneider (2005) K e -K mantêm uma relação dinâmica essencial entre si. -K não é simplesmente a ausência de K, é um ataque proposital a K, muitas vezes motivado por um esforço para evitar perder a sanidade ou o senso de si mesmo. Como seres humanos, não podemos tolerar saber tudo o que é verdadeiro em nossa experiência emocional. Conforme Freud afirma *em Além do princípio do prazer*, “é quase mais importante não perceber do que perceber a realidade externa” (1920/2020b, p. 27). Desta forma, ele sugere que a evasão da realidade é essencial para manter a capacidade de usar a mente para processar estímulos. Ele chamou a função mental responsável por esse filtro de perceptos de *barreira de estímulo* (p. 27).

Considerando a tensão existente entre nosso interesse em aprender (K) versus o desejo, ou necessidade de fechar os olhos a essa realidade, negando-a ou minimizando-a (-K), os pacientes aqui estudados, em relação ao enfrentamento da realidade de sua doença, optam em sua maioria, consciente ou inconscientemente, por adotar a segunda tendência, ou seja, por evitar o confronto direto com a verdade de sua condição. Na teoria Freudiana há três soluções diferentes para este problema com base nos três mecanismos da negação (*Verneinung*): *Verdrängung* (recalcamento/repressão), *Verwerfung* (denegação/forclusão) e *Verleugnung* (recusa/desmentido).

A recusa, possui uma especificidade que a diferencia tanto do recalçamento neurótico quanto da rejeição psicótica. Ao contrário dessas formas de negação, a *Verleugnung* não implica algum tipo de *não saber*. No recalçamento neurótico, o conhecimento sobre a incapacidade de satisfação plena e o vazio de objeto que ela impõe é esquecido ou suprimido da consciência. Na rejeição psicótica, o saber é completamente expulso da psique, resultando em uma desconexão com a realidade que mantém a satisfação apenas no imaginário. A *Verleugnung*, por outro lado, envolve um movimento duplo onde saber e não saber coexistem simultaneamente. Esta coexistência envolve o reconhecimento superficial da realidade, mas ao mesmo tempo uma recusa em aceitar seu significado ou suas implicações (Freud, 1911/2010b, 1923/2011, 2017, 1925/2020a, 1920/2020b).

Uma forma da recusa operar é por meio da negação da realidade perceptiva. Esse fenômeno envolve um conflito intenso entre a percepção indesejada e a força de um desejo contrário, resultando em um compromisso psíquico que opera sob as leis do pensamento inconsciente, ou seja, do processo primário (Freud, 1925/2020a). Algo nesse sentido pode ser observado na passagem do paciente Hermenegildo ao tentar elaborar uma história sobre a *Paisagem primitiva de pedra*:

*Aqui eu num tô entendendo é nada... Uai... parece que eu vi uma cara e agora num tô vendo mais... para mim que era o rosto de uma pessoa, mas... agora que to vendo num sei se é o rosto mais, num sei o que é..."*

E na resposta do Valter sobre a mesma imagem:

*Gleice essa aqui na verdade eu nem tô vendo direito ela... sinceramente... Não consigo distinguir nadinha aqui... você poderia falar o que é isso aí?*

Essas falhas em compreender ou ver a imagem não devem ser consideradas falhas nas gnosias, mas uma atuação ativa do ego do paciente. Não perceber não é simplesmente uma falha em perceber; constitui uma função psíquica em si mesma: a salvaguarda da sanidade contra o

colapso como consequência de ser inundado por mais realidade externa do que se é capaz de processar psicologicamente. É nesse sentido que Freud defende que a percepção não é um processo puramente passivo pois o ego é capaz de experimentar e avaliar estímulos externos através de um tatear sensorial ativo. Esse tatear perceptivo com dispêndios mínimos de energia é o adiamento da ação pelo pensamento, um processo experimental que possibilita ao ego avaliar diferentes possibilidades de ação antes de decidir qual delas executar (Freud, 1925/2020a). Nesses dois exemplos, com base nos estímulos latentes da imagem que revelam atitudes frente ao desconhecido, ao perigo e a maneira de experimentar a ansiedade, a ação escolhida é a evasão. Da mesma maneira agem em relação a doença, esses pacientes sabem que estão doentes e o dispêndio de energia a ser gasto no enfrentamento da doença, e optam por não se engajar nessa empreitada. Por ser uma escolha econômica que prioriza evitar o desprazer ela é regida pelos processos primários inconscientes.

Comum nas narrativas aqui contadas é uma atitude que pode ser considerada *um acordo manifesto* e um *desacordo latente* (Delgado, 2006, p. 293). Isto é, apesar do paciente ter concordado em contar uma história, ele não o faz efetivamente, mas busca formas amistosas de manifestar isso, seja através de histórias pouco significativas, seja através de técnicas sedutoras como galanteios, humor, autodramatização ou mesmo em um *fake polianismo*<sup>1</sup>. Estes procedimentos correspondem ao conceito de *falso self* e constituem-se como formas de proteção do *verdadeiro self* (Winnicott, 1945/2021). Na concepção de Delgado (2004) esse é um fenômeno da *reversão de perspectiva* bioniana característica de sujeitos que apresentam uma forte estrutura narcísica.

---

<sup>1</sup> A expressão *polianismo* tem origem na personagem Pollyanna, criada pela autora Eleanor H. Porter no livro *Pollyanna* (1913). A protagonista do romance, Pollyanna, é uma jovem otimista que acredita firmemente em sempre procurar o lado positivo das situações, independentemente de quão adversas elas possam ser. A partir desse traço marcante da personagem, o termo *polianismo* passou a ser utilizado para descrever uma visão de mundo excessivamente otimista ou ingênua, na qual se evita reconhecer ou lidar com aspectos negativos da realidade. Enquanto o *polianismo* original se caracteriza por um otimismo ingênuo e genuíno, o *fake polianismo* representaria uma atitude de otimismo performativo, artificial e não autêntico. Em outras palavras, seria a tentativa deliberada de adotar uma postura excessivamente positiva de forma superficial, sem que haja uma convicção real ou sem um engajamento genuíno com os problemas que a realidade apresenta.

As histórias do Fernando caminham muito nesse sentido, buscando se ater a descrição da imagem e a histórias clichês como podemos observar na história criada para a imagem *O hipnotizador*:

*Uma pessoa orando por um enfermo, uma pessoa deitada. Uma pessoa cuidando da outra. Aconteceu alguma coisa né? Num dá para ver se aconteceu nada com ele, mas dá para ver só que é uma pessoa orando para outra, cuidando... uma pessoa deitada, cansada. Como que termina? Ah... com a pessoa se recuperando. Uma pessoa recuperando a outra cuidando.*

E na história sobre *Cabana na neve*:

*Uma casa. Parecendo neve. Uma casa, uma paisagem numa casa, uma imagem numa casa parecendo neve... uma chami... uma chaminezinha, uma janelinha, umas portas. Uma cabana, uma cabana. Parece que tá muito frio, e ventando... é isso; Num sei... num sei... uma cabana, uma casa... uma... um frio, uma cabana, num sei te falar como termina.*

Quando questionado pela psicóloga ou sentindo emergir algum pensamento indesejado Fernando costuma se negar a continuar a narração utilizando lisonjeiros como *meu amor e meu bem* como na histórias de *Curvado sobre o divã*:

*Uma pessoa... triste, parece... cabisbaixo, solitário... aí... uma pessoa triste, solitária, sozinha, no mundo.... num beco, num... sei lá onde... num lugar isolado sozinho. [?] Aah meu amor... é difícil te falar o que... aconteceu pra levar uma pessoa assim, mas, a angústia, a tristeza, alguma coisa deva ter... de triste deve ter acontecido para deixar uma pessoa assim né? Pra ficar nesse estado, uma pessoa triste, sozinha, sem companheiro. Aah meu amor... pela foto só... tá aí sozinha. Sozinha, num... jogado, parado, triste... parece aqueles filme que a pessoa fica triste numa estação. É isso que eu tenho pra te falar disso.*

E também em *Atacado por trás*:

*Uma pessoa puxando a outra. Uma pessoa puxando a outra. Um ser humano lá... uma roupa daquelas antigas e a pessoa puxando ele. Aqui eu não sei... uma pessoa puxando ele, num sei se é amor, num sei se é isso que eu imagino que quer dizer, num... mas é uma pessoa puxando a outra para trás. Parece que ele tá virado né? Caído. Sim! Uma pessoa puxando a outra... para trás.*

Alguns pacientes optam por adotar um tom jocoso quando querem preservar o bem-estar emocional, ainda que de forma ilusória. Podemos observar exemplos dessa forma de lidar com situações dramáticas em várias passagens do TAT. Em sua história sobre *No cemitério Hermenegildo* usa um tom de brincadeira para lidar com a dificuldade de interpretação, aliviando a tensão potencial de uma situação que poderia ser interpretada como sombria:

*Oooo mais a gente só com dois olhos é duro... você num vê direitinho o que que é... ai você olha tem hora que olha daqui tá de um jeito aí você muda... quando você olha de novo mudou o jeito (risos), por isso que é ruim...*

De forma semelhante Valter lida com a imagem de uma cirurgia, que poderia ser percebida como ameaçadora, usando um tom jocoso e repetindo a frase, talvez como uma forma de distanciamento emocional:

*[Dá um sorriso maroto] isso aí é operando uma pessoa, né? É operando mesmo. Viu? Isso aí é operando, operando uma pessoa... viu? operando uma pessoa*

Com Sônia, a estratégia adotada para não contar uma história é a autodramatização. Ao teatralizar suas reações, ela evita um confronto direto com aspectos mais profundos e dolorosos de seu psiquismo como visto na narrativa que faz sobre *Mulher Jovem e Velha*:

*Isso aí é uma mulher cum... cum bicho? Capeta? Não? Num sei se é o capeta, num posso falar se é o capeta. Pois é, pode ser, poder a falsidade. É tudo que eu tô passando minha filha. A muié pensando o que ela faz da vida dela e o trem ruim atrás dela. Pronto. Ah eu nem... nem tem como terminar, vai parar igual tá parada a minha. Não tem fim, vai ficar*

*tentando lutando, lutando, é o que eu vejo, né? Não vai ter fim. É minha fia... o trem tá fei pro meu lado. Tá fei. Agora eu pergunto pra você dotora, e se eu não tivesse esse Deus que eu tenho? Essa fé que eu tenho? Pergunta pra mim, me responde. Minha querida, se eu não tivesse esse Deus? De falar com você tá doendo ó... só de eu falar com você aqui essa veia tá doendo, cê pode ver que ela alterou, tá vendo? Eu fiquei agitada. Chorar? Tem vez que eu choro eu sinto queimando. Eu sinto quei-man-do! Eu num sei chorar igual uma criança chora, um ser chora, eu sinto queimando. Parece que tá descendo aquele fogo! Num tá fácil mesmo não. Eu tenho medo deu ficar é doida dotora. Doida, doida. Que eu tinha uma irmã que pegava água aqui ó... ficou doida, nós que levou ela doida pro hospital, eu meu marido, nosso povo. Eu morro de medo.*

Utilizado principalmente para finalizar rapidamente uma história, alguns pacientes optam por encerrar negligenciando todos os conflitos e ameaças alegando que ficará tudo bem. Esse procedimento se difere do uso da onipotência ou das resoluções mágicas pois não parecem acontecer de maneira autêntica, não é como se eles realmente acreditassem nesse final feliz, apenas querem encerrar a história e atender a expectativa do clínico, razão pela qual chamamos de *fake polianismo*. Um exemplo é a história de Valter contada sobre a prancha *Homem atacado por trás*:

*Esse aí... tá com uma pessoa colocando a mão nas costas dele né? Greice, isso aí... seria um assalto? Pois é parece que o cara tá com a mão por trás dele e ele virou para olhar. Pode ser um assalto né? Quem sabe? Uai eu acho que termina tudo bem porque ele tá em pé olhando para trás ne? Para mim eu acho que termina tudo bem.*

Nessa história Valter levanta, mas não desenvolve o tema do assalto apenas encerrando a história. Nilva em *Curvado sobre o divã* termina criticando a própria capacidade de criar a história e não desenvolve como a personagem poderia superar o problema, que também não é exposto, ou como seria esse *ficar tudo bem*:

*Ah aqui essa tá pior... de que o menino, né? Parece até que tá chorando, né não? Emborcado... aah que aconteceu, coisa boa num é né? Sei nem falar o que aconteceu, eu sei que coisa boa né não... que ela tá muito triste. O que você acha? Só isso. Tá triste, num sei o que aconteceu com ela. Eu penso que termina bem. Né? Ela se ajudando. Termina bem... Deve ser ansiosa, isso é gente ansioso. Né? Nè? Dá impressão que isso é evento ansioso. Ah eu sou sem graça demais...*

Marta em *Mulher que estrangula* opta por alterar sua interpretação por uma com final feliz, apesar de ela mesma não se convencer disso:

*Essas figuras suas tem muito a ver com morte né? Parece... a impressão que dá aqui... é que essa mulher tá fazendo mal para essa outra, né? Tá tentando socá-la. Essa é a impressão que me deu. Ou então, que ela caiu da escada e ela foi acudir (risos com ironia). Ah meu deus, sei não... [em tom sério] pela expressão do rosto dela... dá a impressão que ela tá é tentando salv... salvá-la que ela foi cair, né? E ela tá tentando salvar, tá? [E como que termina?] aí não sei.*

No exemplo de Sônia sua história sobre *O menino e o violino*, recebe um fim otimista, mas não parece acreditar nisso. Sua atitude dá a impressão de que apenas quer encerrar a atividade e esse foi o meio mais rápido:

*Eu tô vendo que é uma criança. Ele tá muito triste, ele tá pensando... num tá dando para entender o que... que é preto do lado dele... num tô entendendo... Um violino! Ele largou, num sabe se continua a tocar. Ou não. Eu acho que foi a tristeza, a solidão, que levou ele ao violino... eu né (risos). Eu me acho assim. Como termina essa história? ele deve melhorar e deve tocar. É isso? Ou não? Pois é isso, não tem mais.*

Nessa história de Francisca sobre a *Paisagem primitiva de pedra*, apesar dos animais peçonhentos que ela identifica na imagem, termina a história dizendo apenas que é um *lugar bonito*, o que aponta para uma desconexão proposital e consciente com o intuito de parar a

atividade:

*Isso aqui é um.... parece uma mata. Uma mata de pedra. Parece ter uma cobra aqui. Tem? aqui ó? Aqui parece que é um cobro, umas mata, umas pedra. E esse negócio aqui para mim ele é uma cobra, um escorpião, uma coisa assim. Eu acho. [?] Aí num sei... É um lugar bonito, né? Sei não.*

Essa impressão é reforçada ao considerar que todas as suas histórias se encerram inesperadamente ou com um final sem conflitos ou apenas com expressões como *não sei*. Como visto na história que conta sobre a *Mulher que estrangula*:

*Essa aqui parece que tá enforcando o outro? É? É um homem enforcando uma mulher. Ou então tá conversando com ela. Eu acho que tá... enforcando ela, que ela tá estacada... mas ele não tá de cara ruim com ela. Ele deve tá... conversando com ela, ou então tá sufocando ela, uma coisa assim... Acho que ele vai largar... desistir de sufocar ela, ela tá com o braço para trás... vai terminar tudo bem.*

E em *Mulher deitada na cama*:

*Ah esse aqui é um pastor, né? Ele é um pastor e ele tá orando para essa pessoa que tá doente. E ela vai ficar boa. Aqui tem duas bíblia, eu tenho muita fé em oração. Ele tá orando por ela, se ela não tiver morrido ela vai sarar, ela vai ficar boa. Pela oração dele.*

E também na narrativa sobre *No cemitério*:

*Uma mulher de máscara. Parece que ela tá com um revólver na mão? No meio de tanto lugar, acho que ela num é do bem não. Ela num é do bem, ela tá com um revólver na mão... parece, no meu entender, ela tá de máscara, ela tá com um revólver na mão virado pro chão, e ela não é do bem. No meu entender. [?] Uai num sei. Ela deve que vai ser pega, né? Vai desaparecer, num sei... acho que ela vai desaparecer daqui. As vezes desaparece aí... num sei não.*

Bion (1970) descreve como *soluções criativas*, estratégias que os indivíduos desenvolvem

para lidar com a dor psíquica causada pela iminência da morte e pela gravidade da doença. A solução criativa, nesse sentido, seria o produto da capacidade da mente de desenvolver uma função continente, na qual a pessoa consegue processar e simbolizar suas próprias experiências emocionais, em vez de ser invadida por elas. A criatividade aqui é a capacidade de transformar o desconhecido e o inefável em algo pensável e comunicável. Nos casos que são nosso foco de atenção, o que os indivíduos desenvolvem são *pseudo-soluções*, uma maneira como evitam o confronto com suas limitações, frustrações e traumas negando a existência de uma lacuna que marca a falta ou a ausência de algo essencial na vida psíquica. Essa negação está relacionada com a falha no estabelecimento de limites claros para o sujeito que se une à busca de uma satisfação ilimitada que implica em consequências importantes para o desenvolvimento emocional. Desistir da fantasia de um prazer ilimitado abre espaço para satisfações mais específicas e realistas, mas o preço para abrir mão dessa ideia pode ser alto demais, o que dificulta o tratamento clínico dessas pessoas.

Seguindo estatísticas comuns aos pacientes portadores de DCV, a maioria dos pacientes aqui expostos faz ou já fez uso abusivo de álcool e outras drogas, algo que é tendência entre sujeitos que buscam satisfação plena e enfrentam dificuldades em lidar com frustrações (Charles, 2012). Um dos grandes desafios atuais para quem busca alternativas para a melhor aderência ao tratamento dos pacientes cardiopatas é a mudança de hábitos de vida que implicam tanto melhores hábitos alimentares como relações sociais mais saudáveis. As pseudo-soluções como o vício ou o foco em outras situações coadjuvantes como trabalho, relações conjugais etc. oferecem uma sensação temporária de controle, mas prejudicam o desenvolvimento a longo prazo, pois o indivíduo se afasta das verdadeiras demandas de crescimento.

Apesar de ser uma solução falsa (ou incompleta) para um problema profundo, as pseudo-soluções se apresentam como suficientes para o indivíduo evitar o confronto direto com questões internas mais complexas, como conflitos de identidade, frustrações ou traumas. A

solução não resolve realmente o problema, mas proporciona uma forma de escape. Por isso a *Verleugnung* é tão diferente da negação psicótica na qual ainda existe uma busca de sentido, uma tentativa de entender ou reorganizar a experiência emocional. A solução psicótica permanece em um processo de exploração de significados, mesmo que de forma distorcida. No entanto, na recusa, essa busca de sentido parece ser interrompida pela solução aparente, que se fixa e não permite mais questionamentos ou explorações.

Como a recusa funciona no sentido de aliviar temporariamente o conflito ou angústia, o sujeito se esforça para manter essa solução, muitas vezes de maneira rígida. Quando ela falha — o que inevitavelmente acontece, pois não é uma solução verdadeira —, a pessoa busca restaurá-la ao invés de buscar alternativas mais saudáveis para lidar com os conflitos. Esse ciclo de restauração e manutenção da recusa pode tornar o tratamento desses indivíduos especialmente desafiador, já que o próprio mecanismo que eles usam para lidar com o problema impede que eles reconheçam a profundidade do conflito não resolvido. A função do clínico, nesse contexto, seria ajudar o paciente a reconhecer que essa pseudo-resolução da recusa não é suficiente a longo prazo, e incentivá-lo a confrontar o problema impossível de maneira mais direta, o que envolve muita resistência e sofrimento, mas é essencial para o desenvolvimento psíquico.

## 5.2 A morte e o sofrimento

Procedimentos como a negação da realidade perceptiva e o desacordo latente em contar a história apontam para formas de funcionamento psíquico em que recusa (*Verleugnung*) é preponderante. Em seu estudo sobre o fetichismo, Freud (1927/2016a) explicou que este mecanismo permite que o ego mantenha uma certa normalidade operacional na presença de conflitos profundamente perturbadores, o que podemos considerar uma ilustração clara e mais evidente da divisão da personalidade em uma parte psicótica e uma não-psicótica conforme

proposta por Bion (1962/2021).

Para Bion (1962/2021) o conhecimento não é puramente racional ou cognitivo, mas profundamente conectado à vivência emocional do sujeito. Por isso é fundamental que ele seja consciente da experiência emocional que acompanha esse processo. Somente assim o sujeito é capaz de transformar a experiência emocional em uma abstração, ou seja, em uma representação simbólica que possa expressar e dar sentido a essa vivência. A abstração, então, serve como um enunciado que organiza a experiência emocional e a torna acessível ao pensamento. Essa abstração gera um sentimento de confiança de que ela não apenas representa a experiência atual, mas também é válida para compreender experiências futuras, ainda desconhecidas. Ou seja, se a abstração é bem-sucedida, ela cria uma base de confiança no sujeito de que aquela representação simbólica transcende a experiência imediata e se mostra útil em outras situações, contextos ou experiências que ainda não ocorreram.

Muitas abstrações aqui descritas, não constituem uma representação simbólica que expresse e por conseguinte dê sentido as vivências emocionais maciças que os pacientes estão vivenciando. Mas essas abstrações as representam e é por isso que a jovialidade e a despreocupação comumente atribuídos aos pacientes da ala cardíaca do hospital em questão, não deve nos levar a conclusão enganosa de que eles não são afetados pelo estado grave de adoecimento em que vivem. Tanto não é assim que temas relacionados a morte, sofrimento e conflito somam 82,5% da contagem de ocorrências que pode ser observada na tabela 1 abaixo:

Tabela 2 - Temas das histórias contadas pelos pacientes

Categoria Temática	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Temas de Morte e Perda	10	25
Temas de Sofrimento e Abandono	14	35
Temas de Recuperação e Esperança	7	17,5
Temas de Conflito e Violência	9	22,5

Nos pacientes cardiopatas em análise é manifesto um aspecto da personalidade que mantém a capacidade de pensar de forma mais organizada e lógica através interpretação simples e concreta da situação; e outro aspecto da personalidade que refere-se a um estado de mente primitivo e desorganizado que resiste a saber mais do que é possível tolerar. Embora essa resistência seja adaptativa em momentos de angústia aguda, a longo prazo, evitar conhecimentos dolorosos pode resultar em um estado de limbo, impedindo a integração das informações e o desenvolvimento do pensamento. Na parte psicótica os processos de pensamento são altamente perturbados, caracterizados por uma falta de capacidade de simbolização e de diferenciação entre o eu e o não eu (Bion, 1963/2004). Isso leva a experiências de confusão, despersonalização e um colapso da realidade. A capacidade de conter e processar experiências emocionais é frequentemente frágil ou inadequada nessa parte da personalidade (Bion, 1970, 1959/2003a), o que é demonstrado muito claramente em várias histórias aqui narradas em que o discurso se mantém desorganizado e desconexo.

No outro polo, na parte não-psicótica da personalidade o continente é geralmente mais robusto e eficaz. A função- $\alpha$  está ativa, permitindo que as experiências emocionais sejam processadas e transformadas adequadamente. Há uma capacidade de conter e refletir sobre as emoções, integrando-as de forma mais construtiva. Porém, essa parte pode tender a *reprimir* ou *filtrar* experiências emocionais que são consideradas ameaçadoras ou dolorosas, evitando que estas sejam plenamente processadas e integradas (Bion, 1970, 1963/2004). Isso pode levar a um tipo de rigidez defensiva que indica um possível conflito ou dificuldade em integrar alguns aspectos da experiência emocional. Portanto certas experiências emocionais são mantidas afastadas da consciência tal como observamos nas histórias em que prepondera o esvaziamento dos afetos.

Para que esse procedimento opere é fundamental que o paciente invista grande gasto de energia psíquica no controle detalhista e formal, o que se materializa no TAT em histórias

simples e concretas que garantem ao paciente uma ancoragem na realidade impedindo a invasão de experiências emocionais. Por exemplo, nas histórias sobre *O menino e o Violino* Nilva foca na tarefa escolar como uma fonte de tristeza, sem explorar mais profundamente as possíveis causas emocionais subjacentes:

*Parece que... que é uma criança? parece que tá triste. Quer estudar né? Que vi que ele tá triste. Deve que não dá conta de fazer as tarefas.*

Enquanto Marta associa a parada do menino com uma dor de cabeça, sem explorar implicações mais amplas:

*Tá com dor de cabeça, tava tocando de repente parou, né? Dá impressão que ele tá com muita dor de cabeça. Deve que tava tocando esse violino, né não?*

Já Francisca sobre *O menino e o violino*, após a invasão de afetos que não a permitem criar uma história coerente, se apega em uma resposta prática e concreta para algo que pode ser subjetivo possibilitando ela manter contato com a realidade e encerrar a história:

*O que ela tá fazendo aí? Parece que tá triste... né assim, sentido... assim, né? tipo de uma tristeza, alguma coisa assim né? Por mim é, acho que é. É isso mesmo? Ou tá pensando né? tá pensativa, ou tá sentindo alguma dor de cabeça. Que ele tá com o oim fechado, assim... triste... Eu penso que é isso. Num sei... Num sei... não sei o que é que é isso aqui [aponta para o violino] que ele tá mexendo. Uma depressão, uma coisa assim? Um cansaço, né? Eu acho que é... muito cansaço. [?] Tomar remédio né? (risos), o que ela tem que fazer é ir no médico né? Tomar remédio, Que eu acho... que se é que tá doente tem que ir no médico.*

Um procedimento parecido é adotado por Hermenegildo, que tenta ancorar sua história sobre a *Cabana na neve* em suas ferramentas conhecidas de trabalho, o que não auxilia na construção de uma história, mas alivia a tensão:

*Meu deus do céu... que isso? Num tô entendendo nada. Tem uma casa aqui... isso aqui...*

*eu num sei se é dois olho ou se é um ninho de passarinho com dois ovinho, isso aqui num sei se é um martelo, isso aqui também não sei o que é, mas isso é o que eu tô falando eu olho assim é uma coisa, quando eu olho assim é outra, quando eu olho ao contrário já aparece outra coisa. Isso aqui parece uma mão, não sei se é... será que isso aqui é um desenho que o cara tá fazendo? Mas desenho não precisa de martelo. Para que martelo num desenho? Ou isso aqui não é um martelo? Sei lá também se é um martelo (risos). Agora danou mesmo viu... Isso aqui deve ser um desenho. Isso aqui deve ser um desenho. Se é mesmo eu não sei... (risos)*

Estudante de medicina, Junior utiliza a técnica objetiva para falar de situações ameaçadoras e agressivas em *A intervenção cirúrgica*. Apesar de não ser bem-sucedido em desenvolver articuladamente a construção da narrativa, o procedimento garante certa normalidade à situação:

*Essa aqui é uma cirurgia. Uma laparoscopia exploratória. Os médicos abrindo ele... agora não entendi foi esse menino aqui na frente. É, o que eu imagino é uma cirurgia. O paciente deve ter sofrido alguma coisa, abdômen agudo, algum trauma de abdômen. E aí, os médicos antigos, deve ser muito antiga essa foto. Os médicos mostram as técnicas, como eram antigamente, abrindo o abdômen desse paciente, sem anestesia sem... sem nada. E aqui tem uma pessoa mais jovem é... observando tudo o que acontece. Mas isso é porque eu quero fazer muito medicina, né? Se for pensar pro outro lado, aparece com uma arma aqui, mas vamos por esse lado. E o desfecho, eu acho que não vai ser um desfecho bom não. Por conta das técnicas utilizadas, é... pela cara de sofrimento da pessoa que tá deitada, né? Então eu acho que não vai ser um desfecho bom não, pode ter a morte desse, dessa, dessa pessoa.*

Uma forma de lidar com a morte através da recusa é identificada através do esvaziamento dos afetos em relação aos conflitos que emergem expressos em banalização das situações como

observado na história casual que Fernando conta sobre a imagem *Mulher deitada na cama* em que uma pessoa morreu após alguém tentar salvá-la:

*Uma pessoa cansada, parece que tava... cuidando da outra... a mão dele tá assim, esgotado e parece que a pessoa faleceu. Um médico cuidando de alguém. Fazendo alguma cirurgia, alguma coisa. E parece que a pessoa faleceu que o braço dela tá caído. Tá sozinha lá, e ele passando a mão na testa do cansaço, da tentativa.*

Encontramos também alguém que está sozinho no meio do cemitério como uma atividade trivial que ocorre comumente na vida diária de alguém nas narrativas de Fernando e Junior sobre *No cemitério*:

*A morte. Uma pessoa... para mim é a morte num cemitério.. no meio duns túmulos. De umas cruz, uns... esses negócio que faz em cemitério. Uma pessoa lá... um... um coisa feia, esquisito, um cara lá no meio. Num dá para... uma pessoa.. lá no meio do cemitério. Ah num gosto da cara dele, assim... dessa imagem. Uma pessoa no cemitério. Alguém morreu né? Morreu e ele tá lá no meio do cemitério. É isso. Uma pessoa no meio dos túmulos. [?]Ele lá no meio sozinho.*

Junior conta algo no mesmo estilo:

*Aqui, imagino um senhor, um senhor, num cemitério. Né? Chegando lá para... Parece ser algo que ele costuma ir, gosta de ir, no cemitério, indo lá prestar suas condolências. Mas o aspecto dele é um aspecto meio triste, meio deprimido. Eu acho que ele foi para lá e acabou... Está pensando na vida, no próprio cemitério. Pode estar pensando o... É... algo mais, diz...É... Filosófico, do tipo entre a morte, a vida, algo desse tipo que ele deve está... Que ele está muito pensativo olhando aqui para... para as cruzes. Imaginando, né? Se realmente... qual vai ser o nosso destino, que que ele acha, né? Algo mais... desse tipo.*

Esse tipo de narrativa demonstra um esforço do paciente para evitar entrar em temas embaraçosos. Esse é um tipo de ação que o ego adota após julgar os conteúdos perceptivos.

Embora esses mecanismos rígidos de controle sejam prevalentes, eles muitas vezes se mostram ineficazes. Em raras ocasiões, observamos a utilização de estratégias mais flexíveis, que permitem uma expressão maior dos impulsos. No entanto, mesmo essas estratégias, quando presentes, tendem a ser marcadas por uma expressão exagerada dos afetos como podemos observar na narrativa de Sônia sobre *A ponte*:

*Querendo suicidar. Né? Ou num é? É. Tá numa fachada querendo suicidar. Isso aí eu já pensei várias vezes, várias e várias e várias, ixiii! Só não fiz porque eu tenho um Deus muito maravilhoso dentro de mim! Ele me ama muito, ele num deixa eu fazer isso não. [?]Briga de novo, concórdia de novo, falação demais. Ah eu vou pular daqui que resolve. [?] Sozinha de novo. O fim, acabou, resolve a vida e acabou. Aí tá vendo? Isso aí nunca. Nem com a morte embaixo duma ponte, faço não! Nunca! Vale a pena não. Eu me amo! Nem que seja um pouquinho, eu me amo.*

Assim como a precaução verbal, os comentários feitos pelos pacientes também parecem servir, em muitos casos, para reforçar uma imagem narcísica como Marta que na história sobre *Cabana na Neve* e em outras que conta, busca dar ênfase no engano de sua experiência subjetiva relutando em assumir uma interpretação e insistindo nos limites entre perceptivo/simbólico, concreto/abstrato:

*Ah não.. Ah não.. uma coisa dessa... [fala baixo para si mesmo]. Muito abstrato, né? Para gente... achar alguma coisa aqui. Sinceramente... um monte risco aí de fantasma... de fantasma aí também [risos]... é isso aí. Se bem que a nossa mente, as vezes ela cria fantasma né... ah num sei não...*

Também na história de Hermenegildo sobre *O hipnotizador* é bastante clara a instabilidade do limite:

*Isso aqui parece... que tem uma pessoa passando mal e tem uma... outra pessoa ajudando ela... ta parecendo... essa pessoa que tá deitada ela deve ta passando mal e esse que ta*

*ajoelhado deve tá ajudando ela, dando a... dando a cura para ela. Fazendo... ela tá desmaiada num sei... esse aqui é... essa mulher desmaiou, caiu no chão e esse tá ajudando ela, ai ele vai dar a cura para ela e ela vai ficar feliz! Ou é um homem? Agora que eu tô vendo a... num sei se é um homem ou se é mulher, será que eu vou de um homem ou de uma mulher? Meus olhos tá tudo embaralhado já... num sei se é dum homem ou se é uma mulher. Pode ser um ajudando o outro e no final vai ficar feliz... Se for um ajudando o outro mesmo.*

Recursos como evitar certos temas, o anonimato nas falas e a ruptura do fluxo do discurso funcionam como tentativas de controle. No entanto, quando o discurso é interrompido de maneira abrupta, isso já não pode ser entendido como uma simples característica de uma neurose, mas sim como algo mais profundo. Esses comportamentos muitas vezes estão ligados a um esforço excessivo para manter o controle sobre a realidade externa, acompanhados de uma inibição emocional e uma instabilidade nos limites pessoais. Esses fatores são evidentes em diferentes aspectos, como a ênfase no cotidiano e nos detalhes da realidade, a banalização dos conflitos e a ausência de um vínculo relacional significativo em suas experiências subjetivas.

A história de Hermenegildo sobre a última imagem *Só sob a luz* é um exemplo do evitamento de temas com vínculos relacionais, ele adota uma narrativa declarada dentro da ficção, mesmo assim não consegue desenvolvê-la dentro de um limite seguro, optando por encerrá-la:

*E esse aqui agora é que danou viu... que eu não sei... Nada que parece... num tô vendo um rosto, ou uma não... pode ser um livro... pode ser um livro. Esse aqui vai ficar como um livro que eu num tô vendo nada aqui. [?] Bom pode contar muita coisa boa nele, né? Por exemplo, uma bíblia... um livro assim... de deus. É... nome de jesus, nome de Deus que... como que fala? O que tem escrito na bíblia tudo é coisa de Deus, tudo é coisa... ah eu esqueci como que fala.*

É possível que esses mecanismos estejam mais voltados para assegurar uma sensação de existência do que para construir uma imagem sólida de si mesmos. A realidade, vivida de maneira dolorosa, acaba provocando rupturas no pensamento e na percepção, levando a formulações confusas que são difíceis de acompanhar. A fragilidade do mundo interno dessas pessoas faz com que elas recorram a defesas narcísicas e fiquem presas a limites rígidos. Isso também se reflete em uma manipulação incomum do tempo e do espaço, além de uma dificuldade em adotar uma atitude projetiva.

Em alguns casos, surgem pensamentos persecutórios, que parecem ajudar a lidar com essa vulnerabilidade interna, criando uma imagem negativa do mundo exterior, como na história de Valter em *Só sobre a luz*:

*Eu acho que é, pegando fogo. E aqui um cadáver, sei lá se é... se morreu. Eu acho que deve ter morrido queimado, né? Uma coisa assim, porque aqui você vê mais ou menos uma fumaça e uma floresta. Para mim eu acho que é pegando fogo. E essa pessoa morreu queimada aqui ó. Só isso.*

Apesar de o conflito, tanto interpessoal quanto intrapsíquico, raramente ser abordado diretamente, ele está presente de maneira latente. Vemos um desejo de evitar qualquer manifestação desse conflito, mas ainda assim os restos do que foi reprimido aparecem de maneira indireta, através de mecanismos de defesa como a anulação, a negação e a formação reativa. As tentativas de manter tudo sob controle – evitando a agressividade e o medo da morte – são evidentes, enquanto a angústia da castração aparece de maneira sutil, associada principalmente à depressão causada pelo medo da perda de um objeto amado.

Podemos perceber o sofrimento do abandono e da perda na história de Valter em *Curvado sobre o divã*:

*Isso é uma pessoa abandonada na rua, né não? É... abandonada na rua, dormindo na rua né não? Parece que... tá assim... para mim é gleice. Pode ser uma abandono, briga com*

*família, um, né? descaso de droga, um distúrbio de droga, ou um... para mim é isso aí. Ele tá abandonado na rua né? [?] Pode ser uma morte? Pode ser uma morte.*

E também na história de Marta sobre a mesma imagem:

*Uai... dá a impressão que é uma pessoa... que bebeu muito, né? Ta igual eu... igual... tá deprimida. Tá com depressão... e entrou acho que... no limite dela... com certeza. [?] Ah isso é muito relativo... tanta coisa que leva a isso, né? As vezes a solidão... que pessoa sente muito de ficar só... eu já sou o contrário, eu... como diz o outro, eu gosto da minha companhia. Com certeza é isso aí! Com certeza não né? Eu acho assim... Pode ser vários... várias coisas, não é uma coisa definida não... [?] Difícil de falar... que às vezes a pessoa se isola, não procura ninguém, não procura ajuda, né? e acaba até... vindo a óbito.*

Há uma demanda clara por apoio, mas podemos nos questionar se isso não é uma maneira de regredir a um estado infantil, no qual o paciente espera ser resgatado por alguém. Esse desejo de ser salvo pode estar ligado à recusa de assumir uma postura autônoma, que implicaria em lidar com o conflito, com a culpa e com a oposição. Ao mesmo tempo, podemos nos perguntar se a fragilidade dos limites e das defesas narcísicas não é o principal obstáculo para que esses pacientes alcancem uma posição psíquica mais madura e desenvolvida.

### Considerações finais

Neste trabalho buscamos compreender a psicodinâmica do sujeito cardiopata no contexto de emergência a partir do Teste de Apercepção Temática utilizando o aparato conceitual de W. R. Bion. Realizamos longo estudo sobre a obra de Bion e aplicamos o TAT em oito pacientes cardiopatas internados em um hospital de urgências de Goiânia.

Com esse estudo foi possível destacar dois modos de funcionamento característicos dos pacientes cardiopatas atendidos, primeiro a negação e a recusa em lidar com temas importantes e difíceis em sua situação de vida que é a doença e conseqüentemente a morte. Em segundo lugar a enunciação latente de afetos de tristeza, solidão e a proximidade com a morte.

Em diversas situações, percebe-se uma resistência sutil às experiências propostas. Essa resistência se revela de maneiras variadas, como por meio de atitudes sedutoras, muitas vezes através de piadas, finais felizes ou representações exageradas de si mesmos. Inicialmente, esse comportamento pode parecer uma tentativa de controle. No entanto, ao olharmos mais de perto, notamos que há uma dificuldade subjacente no discurso desses pacientes, o que demanda uma atenção especial por parte do analista. Essa dificuldade nos dá a impressão de que o pensamento dessas pessoas é distorcido, em descompasso com o nível sociocultural que possuem e com a ausência de um sofrimento psicopatológico evidente.

Um dos aspectos mais marcantes no comportamento desses pacientes é o esforço excessivo para controlar seus impulsos, especialmente a agressividade e as expressões ligadas ao desamparo. Esse controle se reflete também na maneira como descrevem suas experiências, usando um discurso detalhado, que tanto serve para ancorá-los na realidade quanto para exercer controle sobre suas emoções. É interessante observar que essa precaução no uso das palavras aparece de forma repetitiva e muitas vezes rica em detalhes, o que, por vezes, revela um desejo de autopreservação, como se houvesse um valor narcísico embutido na forma como se expressam.

Apesar da centralidade que a doença toma na vida do sujeito acometido por ela, nos pacientes entrevistados essa questão aparece apenas tangencialmente, de maneira indireta, pela abordagem de temas como morte e desamparo. Como são assuntos com alta carga emocional, eles inundam a psique de elementos- $\beta$  que, indistintamente, podem tomar o caminho da simbolização, isto é, ganhar forma e significado; ou se tornarem fonte permanente de excitação e angústia. Dessa forma, o que se percebe é que a vivência da doença não é simbolizada pelo paciente. Como lidar com a doença, nesses casos, é sempre lidar com a morte, para evitar o excesso de afetos negativos o paciente se resguarda rigidamente em suas pseudo-soluções que, até então, funcionaram bem em seu objetivo de aliviar o sofrimento e, portanto, da qual não estão dispostos a abrir mão. Nem mesmo na situação de teste.

Mas que pseudo-soluções são essas? Dentre as variadas formas de expressão, o que percebemos são soluções através da negação, mais especificamente da *Verleugnung* (recusa/desmentido) de Freud. A *Verleugnung* é um mecanismo de defesa em que o indivíduo reconhece intelectualmente a existência de uma realidade, mas simultaneamente nega ou se recusa a aceitar as implicações emocionais e existenciais dessa realidade. No caso dos pacientes cardiopatas, eles reconhecem que têm uma doença grave, mas evitam confrontar as implicações disso para suas vidas e para sua mortalidade. Esse tipo de negação não é apenas uma simples rejeição da realidade, mas uma forma complexa de lidar com o sofrimento psíquico. Através da *Verleugnung*, os pacientes conseguem manter um certo nível de normalidade em suas vidas, agindo como se a gravidade de sua condição não fosse *tão* ameaçadora. Isso lhes permite preservar a funcionalidade do ego, mantendo o equilíbrio emocional e evitando o colapso psíquico que poderia resultar da aceitação plena da realidade de sua condição. Dessa forma, o bom humor e o desinteresse não são apenas sinais de despreocupação, mas sim de um esforço inconsciente para manter o equilíbrio emocional frente à realidade ameaçadora.

Esse processo está profundamente enraizado na dinâmica das pulsões, conforme descrito

por Freud. A pulsão de morte, está associada à tendência de expulsar da consciência aquilo que é intolerável, como a ideia da própria morte ou a iminência de uma nova crise cardíaca. Ao negar esses pensamentos, os pacientes preservam uma sensação de normalidade e continuidade, o que lhes permite viver com menos ansiedade e medo. No entanto, essa negação também impede que eles lidem de maneira plena e saudável com sua condição, o que pode resultar em uma falta de adesão ao tratamento médico adequado e, conseqüentemente, em maior risco de novas crises.

Portanto, o bom humor e o desinteresse dos pacientes não devem ser vistos apenas como características superficiais ou triviais, mas como manifestações de um complexo processo psíquico que busca aliviar o sofrimento e preservar a estabilidade emocional frente à realidade dura da doença cardíaca. No entanto, essa estratégia, embora eficaz no curto prazo para evitar a angústia, pode ter conseqüências negativas a longo prazo ao impedir que os pacientes enfrentem plenamente sua condição e adotem as medidas necessárias para cuidar de sua saúde de forma adequada.

O teste projetivo TAT mostrou ser uma ferramenta especialmente eficaz e adequada para investigar o psiquismo, sobretudo no que diz respeito ao estudo do sofrimento psíquico. Ele se mostrou sensível ao captar discursos mais profundos e significativos dos pacientes cardiopatas que participaram do estudo. Ao concluirmos este trabalho, é importante destacar que ele deve ser visto como um ponto de partida para futuras reflexões e novos desenvolvimentos no conhecimento sobre o psiquismo humano em situações de crise. Além disso, abre espaço para o aprimoramento dos instrumentos que utilizamos para acessar esses aspectos psíquicos, dentro de uma perspectiva psicanalítica, que, embora seja uma unidade, é composta por diferentes vertentes. Dessa forma, esses instrumentos podem se tornar mais consistentes, coerentes e alinhados às diversas abordagens da psicanálise.

Podemos assumir que essa investigação nos possibilita ampliar a compreensão sobre a

atuação do Psicólogo Hospitalar em duas vertentes. A primeira é a do psicanalista no hospital que utiliza de sua base analítica para investigar fenômenos próprios do contexto saúde-doença. O psicólogo que está atuando dessa forma tem a possibilidade de se deter em fenômenos específicos por mais tempo e estudá-los dentro de uma metodologia. Como resultado, tem-se o levantamento de dados e informações que poderão ser pensados e utilizados na segunda vertente de atuação do psicólogo hospitalar que abrange a prática, a técnica no contexto saúde-doença.

A partir das informações obtidas por meio do TAT, foi possível aprofundar a compreensão sobre as atitudes e expressões dos pacientes cardiopatas. Esse entendimento pode desempenhar um papel significativo no tratamento, especialmente quando se leva em consideração a necessidade de abordar, desde o início da doença, a negação presente nesses pacientes. Tal abordagem é crucial, pois a negação, se mantida, pode dificultar o enfrentamento adequado da condição clínica e, conseqüentemente, aumentar o risco de eventos mais graves. Se mesmo em estágios avançados da doença a negação persiste, é razoável supor que ela seja ainda mais intensa nos primeiros momentos do diagnóstico, tornando imperativo que o tratamento inclua estratégias que contemplem esse aspecto defensivo desde o início.

Em relação ao paciente cardiopata no contexto de emergência, ao ponderarmos a psicodinâmica aqui evidenciada, fica claro que considerar apenas o que o paciente demanda verbalmente é negligenciar todo o sofrimento que o sujeito está enfrentando nesse momento de crise. E isso é ainda mais evidente quando levamos em conta todos os sintomas expressos pelo corpo como insônia, pressão arterial elevada, agitação psicomotora etc. Portanto, práticas que ambicionem a diminuição da ansiedade, o acolhimento e a contenção nesse momento de crise são fundamentais, ainda que o paciente verbalize que está tudo bem, pois, pelos resultados levantados, ele raramente dirá o contrário ainda que essa seja a verdade.

Podemos questionar se a intervenção realizada pelo psicólogo dessa forma não fere a autonomia do sujeito, já que, à primeira vista, estar-se-ia ignorando a solicitação dele. No

entanto, a elaboração psíquica não depende da compreensão intelectual dos conteúdos inconscientes, mas de uma vivência emocional e transformadora dos conflitos psíquicos. No contexto de emergência o *insight* consciente pode ser um resultado que trará poucos benefícios, ou mesmo pode ser prejudicial ao processo e ao tratamento médico em curso. Isso significa que intervenções bem-sucedidas muitas vezes sequer serão reconhecidas pelo sujeito como *intervenções psicológicas com determinados objetivos*. Freud esclarece bastante dessa dinâmica no caso do *Pequeno Hans* ao argumentar que tanto crianças como adultos muitas vezes não têm capacidade de articular explicitamente os conteúdos inconscientes que emergem ao longo do tratamento. Esse parece ser o caso dos pacientes cardiopatas aqui estudados, que não almejam compreender de forma consciente os mecanismos subjacentes ao seu sofrimento psíquico e à resolução progressiva de seu conflito. Mas, como os resultados evidenciam, seus esforços estão todos direcionados a diminuir o sofrimento, e é nessa direção que deverá estar a atuação do psicólogo hospitalar.

Ademais, consideramos ser importante o estudo com outras populações a fim de investigar como essa psicodinâmica emerge em outros grupos de enfermidades.

## Referências

- Alberti, S. (2019). Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. *Revista da SBPH*, 22(spe), 6–18. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200002&lng=pt&tlng=pt).
- Altenhofen, V., Kern de Castro, E., & Britz de Lima, N. (2016). Percepção da doença em pacientes cardíacos: Uma revisão sistemática. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 45. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2016v7n2p45>
- André, I. V., Suarez, J. R., Vasserot, M. G., & Cuervo, D. C. (2018). Personality and atrioventricular nodal reentrant tachycardia, beyond the topic. *Cardiology Journal*, 25(2), 285–286. <https://doi.org/10.5603/CJ.2018.0039>
- Angerami, V. A. (2006). O psicólogo no hospital. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia Hospitalar: teoria e prática* (p. 1–14). São Paulo: Cengage Learning.
- Angerami, V. A. (2020). Vinte anos depois... Em V. A. Angerami (Org.), *E a psicologia entrou no hospital*. Belo Horizonte, MG: Artesã.
- Appiah, D., Luitel, S., Fuentes, N., & Nwabuo, C. C. (2022). Perceived neighborhood social cohesion and the 10-year risk of cardiovascular disease in low- and middle-income countries: The World Health Organization Study on Global Aging and Adult Health. *Health and Place*, 77(August), 102895. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102895>
- Batselé, E., Denollet, J., Lussier, A., Loas, G., Vanden Eynde, S., Van de Borne, P., & Faini-Hauwel, C. (2017). Type D personality: Application of DS14 French version in general and clinical populations. *Journal of health psychology*, 22(8), 1075–1083. <https://doi.org/10.1177/1359105315624499>
- Bion, W. R. (1970). *Atenção e Interpretação* (C. H. P. Anfonso, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Bion, W. R. (1994a). Desenvolvimento do Pensamento Esquizofrênico. Em W. M. de M. Dantas (Trad.), *Estudos psicanalíticos revisados - Second thoughts* (2o ed, p. 47–54). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1956).
- Bion, W. R. (1994b). Notas sobre a Teoria da Esquizofrenia. Em W. M. de M. Dantas (Trad.), *Estudos psicanalíticos revisados - Second thoughts* (3o ed, p. 33–46). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1954).
- Bion, W. R. (1994c). O gêmeo imaginário. Em W. M. de M. Dantas (Trad.), *Estudos psicanalíticos revisados - Second thoughts* (3o ed, p. 11–32). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1950).
- Bion, W. R. (2000). *Cogitações* (E. H. Sandler & P. C. Sandler, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Bion, W. R. (2003a). Ataques à Ligação. Em W. M. de M. Dantas (Trad.), *Estudos psicanalíticos revisados - Second thoughts* (2o ed, p. 109–126). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1959).

- Bion, W. R. (2003b). Grupos Dinâmicos. Em J. Salomão (Org.), & W. I. de Oliveira (Trad.), *Experiências com grupos: Os Fundamentos da Psicoterapia de Grupo* (2o ed, p. 129–177). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1961).
- Bion, W. R. (2003c). Tensões Intragrupais na terapêutica. Em J. Salomão (Org.), & W. I. de Oliveira (Trad.), *Experiências com grupos: Os Fundamentos da Psicoterapia de Grupo* (2o ed, p. 3–18). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1943).
- Bion, W. R. (2003d). Uma Teoria sobre o Pensar. Em W. M. de M. Dantas (Trad.), *Estudos psicanalíticos revisados - Second thoughts* (2o ed, p. 127–138). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1962).
- Bion, W. R. (2004). *Elementos de psicanálise* (2o ed; E. H. Sandler & P. C. Sandler, Orgs.; J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Obra original publicada em 1963).
- Bion, W. R. (2018). A grade. Em F. Bion (Org.), & L. C. U. J. Filho (Trad.), *Domesticando pensamentos selvagens* (p. 14–35). São Paulo, SP: Karnac (Obra original publicada em 1963).
- Bion, W. R. (2021). *Aprender da Experiência*. (E. H. Sandler, Trad.). São Paulo, SP: Blucher. (Obra original publicada em 1962).
- Bion, W. R. (2022). *Transformações - do aprendizado ao crescimento*. (P. C. Sandler, Trad.). São Paulo, SP: Hirondel. (Obra original publicada em 1965).
- Brasil. *Lei n.o 4.119, de 27 de agosto de 1962.*, (1962). Brasil.
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2018). Mortalidade - Brasil. Recuperado 28 de outubro de 2020, de Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. website: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2019). Mortalidade - Brasil - Dados preliminares. Recuperado 28 de outubro de 2020, de Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. website: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pobt10uf.def>
- Brasil, O. (2017). Doenças cardiovasculares. Recuperado 7 de agosto de 2020, de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)
- Brelet-Foulard, F., & Chabert, C. (2008). *Novo Manual do TAT: Abordagem Psicanalítica* (1o ed; Á. J. Lelé, Trad.). São Paulo: Vetor.
- Camus, A. (2019). *O mito de Sísifo* (A. Roitman & P. Watch, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Record. (Obra original publicada em 1948).
- Charles, M. (2012). *Working with Trauma: Lessons from Bion and Lacan* (New Imago). Plymouth, UK: Jason Aronson.
- Chiattonne, H. B. de C. (2011). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da Saúde - um novo significado para a prática clínica* (p. 143). São Paulo: Cengage Learning.
- Conselho Federal de Psicologia. *Resolução No 23, de 13 de outubro de 2022.*, (2022). Brasil.

- Corbanezi, E. R. (2021). *Saúde mental, depressão e capitalismo*. São Paulo, SP: UNESP.
- Coutinho Jorge, M. A. (2010). *Fundamento da psicanálise de Freud a Lacan* (Vol 2). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Cunha, J. A. (2007). *Psicodiagnóstico-V [recurso eletrônico]* (5o ed). Porto Alegre: Artmed.
- Del Volgo, M.-J. (1998). *O Instante de Dizer: o Mito Individual do Doente Sobre a Medicina Moderna*. São Paulo, SP: Escuta.
- Delgado, L. M. R. (2006). *A dinâmica criativa através do Thematic Apperception Test* (Dissertação de Doutorado). Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Denollet, J., & Brutsaert, D. L. (1998). Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 97(2), 167–173. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.97.2.167>
- Domingos, M. A. M., Valerio, N. I., Zanin, C. R., Myiazaki, E. S., & Dionísio, E. R. L. (2022). Programas de apoio psicológico a profissionais de saúde. Em M. N. Baptista, R. R. D. Baptista, & A. S. D. Baptista (Orgs.), *Psicologia Hospitalar - Teoria, Aplicações e Casos Clínicos* (3o ed). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Eksterman, A. (2010). Medicina psicossomática no Brasil. Em J. de Mello-Filho (Org.), *Psicossomática Hoje* (2o ed, p. 39–45). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fadden, M. A. J. Mac. (2000). *Psicanálise e psicossomática*. Campinas, SP: Alínea.
- Faria, M. H. C. P., Pereira, F. H., Pinto, J. M., Silva, L. B., Araújo, L. U., Miranda, L. R. De, ... Miranda, L. F. J. R. De. (2020). Análise da adesão terapêutica ao tratamento de doenças crônicas em um centro de saúde em belo horizonte – Minas Gerais. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 29(2), 50–54. Recuperado de [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200105\\_100122.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200105_100122.pdf)
- Fernandes, M. I. A., & Hur, D. U. (2022). Psicanálise, grupo e teoria da técnica: conselhos ao jovem coordenador de grupos. *Psicologia USP*, 33, 1–8. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190078>
- Fernandez, G. V., Fitriyah, R., Samudera, W. S., Arifin, H., & Wulandari, S. M. (2019). A Review of Personality Type D on Cardiovascular Disease Patients. *Jurnal Ners*, 14(3), 45–49.
- Figueiredo, L. C. M., & Santi, P. L. R. de. (2008). *Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência*. São Paulo, SP: EDUC.
- Figueiredo, L. C., Tamburrino, G., & Ribeiro, M. (2011). *Bion em nove lições: lendo Transformações*. São Paulo, SP: Escuta.
- Freud, S. (1996). Projeto para uma psicologia científica. Em *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos. (1886-1899): Vol. I*. Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Obra original publicada em 1950 [1895]).
- Freud, S. (2010a). Estudos sobre a histeria (1893-1895). Em *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.

- Freud, S. (2010b). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. Em P. C. de Souza (Trad.), *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. (Vol. 10, p. 82–91). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (2010c). Introdução ao narcisismo. Em P. C. de Souza (Trad.), *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* (Vol. 12, p. 11–37). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2010d). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia (“o caso Schreber”). Em P. C. de Souza (Trad.), *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“o caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. (Vol. 10, p. 10–30). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1911).
- Freud, S. (2011). O Eu e o Id. Em P. C. L. de Souza (Trad.), *O Eu e o Id, estudo autobiográfico e outros textos*. (Obras comp, Vol. 16, p. 9–64). São Paulo, SP: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1923).
- Freud, S. (2014a). A cisão do Eu no processo de defesa. Em P. H. Tavares (Trad.), *Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados* (bilíngue). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Obra original publicada em 1940).
- Freud, S. (2014b). Compêndio de psicanálise. Em P. H. Tavares (Trad.), *Compêndio de psicanálise e outros escritos inacabados* (bilíngue). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Obra original publicada em 1940).
- Freud, S. (2016a). O fetichismo. Em M. R. S. Moraes (Trad.), *Neurose, psicose, perversão* (Obras Incompletas, Vol. 5, p. 250–259). Belo Horizonte: Autêntica (Obra original publicada em 1927).
- Freud, S. (2016b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em P. C. de Souza (Trad.), *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, fragmento da análise de um caso de histeria (“o caso dora”) e outros textos (1901-1905)* (Vol. 6, p. 13–155). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2017). Os caminhos da formação dos sintomas. Em S. Tellaroli (Trad.), *Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)* (Obras Comp, Vol. 13, p. 475–499). São Paulo, SP: Cia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2019a). *A interpretação dos sonhos (1900)* (P. C. de Souza, Trad.). São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2019b). *O infamiliar / Das Unheimliche* (Bilíngue; E. Chaves, P. H. Tavares, & R. Freitas, Trads.). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Obra original publicada em 1919).
- Freud, S. (2020a). A Negação. Em M. R. S. Moraes (Trad.), *Neurose, Psicose, Perversão*. Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Obra original publicada em 1925).
- Freud, S. (2020b). *Além do princípio de prazer [Jenseits des Lustprinzips]* (Bilíngue; M. R. S. Moraes, Trad.). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Obra original publicada em 1920).

- Freud, S. (2021). *As pulsões e seus destinos* (bilíngue; P. H. Tavares, Trad.). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Obra original publicada em 1915).
- Hall, J. E. (2020). *Tratado de fisiologia médica* (14o ed). Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Hur, D. U. (2021). Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise. *Práxis Educacional*, 17(46), 1–18. <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i46.8392>
- Hur, D. U., Oliveira, I. de C. e, & Koda, M. Y. (2008). Sofrimento psíquico em uma instituição pública: entre o cuidado e a violência. *Vínculo*, 5(1), 76–86.
- Jaques, E. (2013). Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety (1955). Em P. Heimann, M. Klein, & R. E. Money-Kyrle (Orgs.), *New Directions in Psycho-analysis*. London: Tavistock Publications.
- Jilani, M. H., Javed, Z., Yahya, T., Valero-Elizondo, J., Khan, S. U., Kash, B., ... Nasir, K. (2021). Social Determinants of Health and Cardiovascular Disease: Current State and Future Directions Towards Healthcare Equity. *Current Atherosclerosis Reports*, 23(9). <https://doi.org/10.1007/s11883-021-00949-w>
- Kaës, R. (1991a). *A Instituição e as Instituições*. (J. P. Neto, Trad.). São Paulo, SP: Casa Do Psicólogo.
- Kaës, R. (1991b). Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. Em J. P. Neto (Trad.), *A Instituição e as Instituições*. São Paulo, SP: Casa Do Psicólogo.
- Katz, M., & Wajngarten, M. (2015). Behavioral cardiology: Cardiology's new frontier of action. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 104(1), 3–4. <https://doi.org/10.5935/abc.20150002>
- Klein, M. (1969). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Em Á. Cabral (Trad.), *Os Progressos da Psicanálise* (p. 313–343). Rio de Janeiro, RJ: Zahar (Obra original publicada em 1946).
- Klein, M. (2023). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. Em Imago (Org.), & A. Cardoso (Trad.), *Amor, culpa e reparação (1921-45)* (Vol. 1, p. 251–264). São Paulo, SP: Ubu. (Obra original publicada em 1930).
- Lamm, C., & Singer, T. (2010). The role of anterior insular cortex in social emotions. *Brain structure & funct*, 214(5–6), 579–591. <https://doi.org/10.1007/s00429-010-0251-3>
- Lazzaretti, C. T., Oliveira, W. de, Guimarães, S. W. C. M., Prestes, D. C., Bley, Â. de L., Mestre, M., ... Mäder, M. J. (2007). *Série Técnica - Manual de Psicologia Hospitalar* (Conselho Regional de Psicologia 8a Região, Org.). Curitiba, PR: Unificado.
- MacCormack, J. K., & Lindquist, K. A. (2017). Bodily Contributions to Emotion: Schachter's Legacy for a Psychological Constructionist View on Emotion. *Emotion Review*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/1754073916639664>
- Mansur, A. de P., & Favarato, D. (2016). Mortality due to cardiovascular diseases in women and men in the five Brazilian regions, 1980-2012. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 107(2), 137–146. <https://doi.org/10.5935/abc.20160102>

- Mello-Filho, J. de. (2010). Introdução. Em J. de Mello-Filho (Org.), *Psicossomática Hoje* (2o ed, p. 29–38). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Miguel, G. Y. C., & Orsini, M. R. (2019). *As funções executivas e a regulação das emoções* (Trabalho de conclusão de curso). UFG.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem Psicanalítica do Sofrimento nas Instituições de Saúde*. São Paulo, SP: Zagodoni.
- Murray, H. A. (2019). *Teste de Apercepção Temática* (3o ed; M. C. Silva, Org.). São Paulo: Casa Do Psicologo.
- Myiazaki, M. C. de O. S., Domingos, N. A. M., Branco, L. M., & Pinto, M. J. C. (2022). Formação para os psicólogos para as áreas da saúde e Hospitalr. Em M. N. Baptista, R. R. D. Baptista, & A. S. D. Baptista (Orgs.), *Psicologia Hospitalar - Teoria, Aplicações e Casos Clínicos* (3o ed). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Nurazizah, C. P. P., Abdurachman, A., Soetjpto, S., Oktaviono, Y. H., & Andira, L. H. (2020). The Dominant Personality Type in Patient with Hypertension at Dr. Soetomo General Hospital Based on The Big Five Personality Theory. *Health Notions*, 4(2), 26–28. <https://doi.org/10.33846/hn40201>
- Ocampo, Maria., Arzeno, M., & Piccolo, E. (2009). O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas. *Livro*, 1–552.
- Ogden, T. (2013). *Reverie e Interpretação: Captando Algo Humano* (T. M. Zalcberg, Trad.). São Paulo, SP: Escuta. (Obra original publicada em 1997).
- Oliveira, S. H. dos S., Sousa, M. M. de, Bezerra, S. M. M. da S., Silva, T., Gomes, K. K. de S., & Silva, G. C. de C. e. (2019). Crenças relacionadas à adesão a dieta de pacientes tratados com anticoagulantes orais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(1–9). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190083>
- Oliveira-Filho, A. D. de, Morisky, D. E., Costa, F. A., Pacheco, S. T., Neves, S. F., Lyra, D. P., ... Lyra, D. P. (2014). Improving Post-Discharge medication adherence in patients with CVD: A pilot randomized trial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 103(6), 502–512. <https://doi.org/10.5935/abc.20140151>
- Pan American Health Organization. (2018). *Health Indicators. Conceptual and operational considerations*. Washington, D.C.: PAHO.
- Ribeiro, H. P. (1993). *O hospital: história e crise*. São Paulo, SP: Cortez.
- Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., ... Fuster, V. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982–3021. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
- Saad, A., Elsheikh, M., Onsi, A., Sultan, M., Sabry, W., & Shehata, M. (2019). Psychiatric morbidities, personality temperament and coping style in a sample of egyptian patients with ischemic heart disease. *Ain Shams Medical Journal*, 70(7), 499–506. <https://doi.org/10.21608/asmj.2019.103082>

- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Salvitti, A. (2009). *Presenças de Freud na construção do pensamento de Bion na década de 50* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo (USP).
- Schneider, J. A. (2005). Experiences in K and –K. *Int J Psychoanal*, 86, 825–839.
- Shentoub, V., & Marques, M. E. (1999). *Manual de utilização do TAT: interpretação psicanalítica*. (1o ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, M. O. de O. (2018). *O Sistema de Saúde Brasileiro* (Goiás & Secretaria da Saúde do Estado de Goiás, Orgs.). Goiânia, GO: Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago.
- Simonetti, A. (2018). *Manual De Psicologia Hospitalar: O MAPA DA DOENÇA* (8o ed). São Paulo: Casa Do Psicologo.
- Stevens, B., Pezzullo, L., Verdian, L., Tomlinson, J., George, A., & Bacal, F. (2018). The economic burden of heart conditions in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(1), 29–36. <https://doi.org/10.5935/abc.20180104>
- Weber, B., & Ramires, F. J. A. (2020). Promoção do autocuidado na insuficiência cardíaca: Ensaio clínico randomizado controlado - Estudo Coração Bem Cuidado (ReBIC2-CBC trial). Recuperado 7 de agosto de 2020, de PROADI-SUS website: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/47/coracao-bem-cuidado>
- Winnicott, D. W. (2021). O Desenvolvimento Emocional Primitivo. Em D. Bogomoletz (Trad.), *Da Pediatria à Psicanálise* (p. 218–232). São Paulo: Ubu (Obra original publicada em 1945).
- Yusuf, S., Joseph, P., Rangarajan, S., Islam, S., Mente, A., Hystad, P., ... Dagenais, G. (2020). Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10226), 795–808. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32008-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32008-2)
- Zimerman, D. E. (2009). *Bion, da teoria a prática: Uma leitura didática*. (2o ed). Porto Alegre, RS: Artmed.

## **Anexo A – termo de consentimento livre e esclarecido**

**Título do Projeto de Pesquisa:** Mecanismos de defesa e adesão ao tratamento de pacientes cardiopatas no contexto de urgência e trauma.

**Pesquisador Responsável:** Geysy Yorrana Canedo Miguel

**Equipe de Pesquisa:** Geysy Yorrana Canedo Miguel, Marina Novais Pires.

**Local onde será realizada a pesquisa:** Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa intitulada “*Mecanismos de defesa e adesão ao tratamento pacientes cardiopatas no contexto de urgência e trauma*”. Meu nome é Geysy Yorrana Canedo Miguel, sou a pesquisadora responsável, e minha área de atuação é a Psicologia.

O convite está sendo feito porque você apresenta alguma cardiopatia e está internado na enfermaria cardiológica deste hospital. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, os objetivos da mesma, todos os procedimentos a serem realizados, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados por mim detalhadamente mais à frente.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo, Pesquisador Responsável Geysy Yorrana Canedo Miguel, nos telefones 62 9 92070768. Se você tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa ou questões éticas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Projetos Leide das Neves Ferreira da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (um grupo não remunerado, formado por diferentes profissionais e membros da sociedade, que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes), situado na Rua 26, n. 521, Jardim Santo Antônio, Goiânia-GO, CEP 74853-070, pelo telefone (62) 3201-3408, de segunda a sexta-feira, no horário de 08:00 às 14:00 h ou pelo e-mail <cep.ceepp@gmail.com>.

Você tem total liberdade para se recusar a participar, não sendo prejudicado, penalizado ou responsabilizado de forma alguma por sua recusa. Se aceitar participar e depois retirar seu consentimento, também em nada será prejudicado (a).

Todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais. Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Será garantida a privacidade e confidencialidade dos dados, com guarda de 5 anos e eliminação por trituração ou incineração após esse período.

Após ser apresentado e esclarecido sobre as informações abaixo descritas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias, que também será rubricado em todas as páginas e assinado por mim, devendo uma via ficar comigo e a outra com você, para que você possa consultar sempre que necessário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A  
PESQUISA

**Justificativa para realização da pesquisa**

As pessoas se comportam de diferentes maneiras diante de uma mudança na vida. Algumas dessas maneiras são chamadas de “mecanismos de defesa” e podem prejudicar o tratamento de doenças como as cardíacas. Assim, essa pesquisa pretende identificar os mecanismos de defesa mais encontrados entre pacientes cardiopatas.

**Objetivos da pesquisa** - Identificar quais os mecanismos utilizados por pacientes cardiopatas para lidar com a doença e com a morte e relacioná-los com a adesão ao tratamento.

**População da pesquisa** - Participarão da pesquisa pacientes da enfermagem cardiológica do HUGOL.

**Detalhamento dos procedimentos** - Primeiro será aplicado um questionário inicial para saber um pouco mais sobre sua saúde e seus hábitos de vida. Em seguida haverá um segundo questionário sobre as suas características pessoais, como sexo e idade, características socioeconômicas, como grau de escolaridade e situação de trabalho, e relações com família e amigos. Por último será administrado um teste de personalidade chamado Teste de Apercepção Temática (TAT).

**Forma de acompanhamento** - Caso ocorra eventuais modificações emocionais e comportamentais oriundas da pesquisa, a pesquisadora responsável Geyssy Yorrana Canedo Miguel, fornecerá apoio psicológico adequado pelo tempo necessário, sem qualquer ônus para o participante.

**Especificação dos riscos** - A pesquisa não oferece riscos físicos ou sociais. Os possíveis riscos podem ser a modificação na emoção, no comportamento e na autoestima.

**Benefícios** - Não haverá benefícios diretos aos participantes da pesquisa. Mas os dados coletados poderão ser utilizados para embasar intervenções psicológicas a serem realizadas com pacientes com DCV.

Sua participação levará de 60 a 90 minutos e a pesquisa se encerrará em março de 2022.

**Consentimento do participante**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, declaro que concordo em participar do estudo “*Mecanismos de defesa e adesão ao tratamento de pacientes cardiopatas no contexto de urgência e trauma*” como voluntário de pesquisa. Fui devidamente informado e esclarecido pelo Pesquisadora Geyssy Yorrana Canedo Miguel sobre o objetivo desta pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Local e data

Nome e assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

## **Anexo B - Termo Compromisso para Utilização e Manuseio de Dados (TCUD)**

Eu, Geyssy Yorrana Canedo Miguel do Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), pesquisadores do projeto de pesquisa intitulado “**Mecanismos de defesa e adesão ao tratamento pacientes cardiopatas no contexto de urgência e trauma**”, declaramos, para os devidos fins, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Este projeto de pesquisa apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nos comprometemos com a utilização dos dados contidos nos prontuários eletrônicos da Instituição Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), que serão manuseados somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP e da instituição detentora.

Nos comprometemos a manter a confidencialidade e sigilo dos dados contidos nos prontuários eletrônicos bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Também nos comprometemos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa, em que necessitemos coletar informações, será submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos da pesquisa documental serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos.

Ao publicar os resultados da pesquisa, manteremos o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Goiânia, de janeiro de 2021.

Geyssy Yorrana Canedo Miguel  
Pesquisadora

**Anexo C – Folha de Cotação do TAT (Brelet-Foulard & Chabert, 2008)****Série A (rigidez)****A1 Referência à realidade externa**

A 1-1: Descrição com aderência aos detalhes com ou sem justificação da interpretação

A 1-2: Precisoões: temporal - espacial - numérica

A 1-3: Referências sociais, ao senso comum e à moral

A 1-4, Referências literárias, culturais

**A2 Investimento da realidade interna**

A2-1: Recurso ao fictício, ao sonho

A2-2: Intelectualização

A2-3: Denegação

A2-4: Acento colocado sobre os conflitos intrapessoais – Ir e vir entre a expressão pulsional e a defesa

**A3 Procedimentos de tipo obsessivo**

A3-1: Dúvida: precauções verbais, hesitação entre interpretações diferentes, repetição de idéias

A3-2: Anulação

A3-3: Formação reativa

A3-4: Isolamento entre representações ou entre representação e afeto - Mínima expressão de afeto

**Série B (labilidade)****B1 Investimento da relação**

B1-1: Acento dado sobre as relações interpessoais, narração em diálogo

B1-2: Introdução de personagens que não figuram na imagem

B1-3: Expressão de afetos

## **B2 Dramatização**

B2-1: Entrada direta na expressão; Exclamações; Comentários pessoais - Teatralismo; Histórias com ressaltos

B2-2: Afetos fortes ou exagerados

B2-3: Representações e/ou afetos contrastantes - Ir e vir entre desejos contraditórios

B2-4: Representações de ações associadas ou não a estados emocionais de medo, de catástrofe, de vertigem...

## **B3 Procedimentos de tipo histórico**

B3-1: 1: Precipitação de afetos ao serviço do recalçamento das representações

B3-2: Erotização das relações, simbolismo transparente, detalhes narcísicos com valor de sedução

B3-3: Labilidade nas identificações

## **Série C (evitamento do conflito)**

### **CF Superinvestimento da realidade externa**

CF-1: Acento dado sobre o cotidiano, o factual, o fazer - Referência aderida à realidade externo

CF-2: Afetos de circunstância, referências a normas exteriores

### **CI Inibição**

CI-1: Tendência geral à restrição (Tempo de latência longo e/ou importantes silêncios intranarração, necessidade de fazer perguntas, tendência à recusa, recusa)

CI-2: Conflitos não expressos, banalização, anonimato dos personagens

CI-3: Elementos ansiógenos seguidos ou precedidos de paradas no discurso

**CN Investimento narcísico**

CN-1: Acento dado à vivência subjetiva -Referências pessoais

CN-2: Detalhes narcísicos; idealização da representação de si e/ou da representação do objeto

CN-3: Pôr em quadro, afeto título, postura significativa de afetos (valência + ou -)

CN-4: Insistência sobre os limites e os contornos e sobre os qualidades sensoriais

CN-5: Relações especulares

**CL Instabilidade dos limites**

CL-1: Porosidade dos limites (entre narrador/sujeito da história; entre dentro/fora)

CL-2: Apoio no percepto e/ou no sensorial

CL-3: Heterogeneidade dos modos de funcionamento (interno/externo; preceptivo/simbólico; concreto/abstrato)

CL-4: Clivagem

**CM Procedimentos antidepressivos**

CM-1: Acento dado sobre a função de apoio do objeto (valência + ou -) - Apelo ao clínico

CM-2: Hiperinstabilidade das identificações

CM-3: Piruetas, viravoltas, “piscar de olho”, ironia, humor

**Série E (emergência dos processos primários)****E1 Alteração da percepção**

E1-1: Escotoma de objeto manifesto

E1-2: Percepção de detalhes raros ou bizarros com ou sem justificção arbitrária

E1-3: Percepções sensoriais – Falsas percepções

E1-4: Percepção de objetos deteriorados ou de personagens doentes, deformados

**E2 Utilização maciça da projeção**

E2-1: Inadequação do tema ao estímulo – perseveração – fabulação fora da imagem – simbolismo hermético

E2-2: Evocação do mau objeto, tema de perseguição, procura arbitrária da intencionalidade da imagem e/ou das fisionomias ou atitudes – idealização de tipo megalomaníaca

E2-3: Expressões de afetos e/ou de representações maciços – expressões cruas ligadas a uma temática sexual ou agressiva

**E3 Desorganização das demarcações identitárias e objetivos**

E3-1: Confusão das identidades – telescopagem dos papéis

E3-2: Instabilidade dos objetos

E3-3: Desorganização temporal, espacial ou da causalidade lógica

**E4 Alteração do discurso**

E4-1: Distúrbios da sintaxe – falhas verbais

E4-2: Indeterminação, a não-nitidez do discurso

E4-3: Associações curtas

E4-4: Associações por contiguidade, por consonância, à revelia ...

## Apêndice A – Questionário sociodemográfico e de hábitos de vida (QSHV)

<i>Agora eu farei algumas perguntas sobre sua internação</i>					
<b>1 Qual o motivo da sua internação?</b>					
Especificar:					
<b>2 Quem o acompanhou ou lhe prestou socorro?</b>					
a. Familiares	b. Vizinhos/ amigos	c. Desconhecidos			
<b>3 Qual seu diagnóstico atual?</b>					
1. especificar		2. não sabe			
<b>4 Antes dessa internação, algum médico já lhe deu o diagnóstico de uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?</b>					
a. Infarto	b. Angina	c. Insuficiência cardíaca	d. Outra (especificar)		
<b>5 Que idade o(a) sr(a) tinha no primeiro diagnóstico da doença do coração?</b>					
_____ Anos					
<b>6 O que o(a) sr(a) faz atualmente por causa da doença do coração?</b>					
a. Dieta	b. Prática de atividade física	c. Toma medicamentos	d. Outra (especificar)		
<b>7 O(A) sr(a) já fez alguma cirurgia de ponte de safena ou colocação de stent ou angioplastia?</b>					
a. Sim		b. Não			
<b>8 Em geral, em que grau a doença do coração limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos, etc.)?</b>					
1. Não limita	2. Um pouco	3. Moderadamente	4. Intensamente	5. Muito intensamente	
<b>9 O Sr (a) já foi diagnosticado (a) com alguma das doenças abaixo?</b>					
1. hipertensão arterial (pressão alta)	2. colesterol alto	3. AVC (Acidente Vascular cerebral)	4. insuficiência renal crônica		
5. diabetes	6. problema crônico de coluna		7. DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho)		
8. artrite ou reumatismo	9. depressão	10. doença mental	11. doença no pulmão	12. câncer	13. Asma
<b>10 Nos últimos meses, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para dormir?</b>					
1. sim		2. Não			
<b>11 Nos últimos meses, o(a) sr(a) fez uso de algum medicamento para doença mental?</b>					
1. sim		2. Não			
<b>12 Nos últimos meses, o(a) sr(a) está mais preocupado do que regularmente?</b>					
1. sim		2. Não			
<b>13 Nos últimos meses, o(a) sr(a) está mais desanimado do que regularmente?</b>					
1. sim		2. Não			
<b>14 Aconteceu algum evento pouco tempo antes de voce ser internado no hospital?</b>					
1. sim		2. Não			
<i>Agora farei algumas perguntas sobre hábitos e estilo de vida</i>					

<b>15 Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?</b>			
1. Não bebo nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez ou mais por mês	
<b>16 Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?</b>			
0. Nunca ou menos de uma vez por semana		_____ dias	
<b>17 Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 (se homem)/ 4 (se mulher) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?</b>			
0. Não		1. Sim	
<b>18 Em quantos dias do mês isto ocorreu?</b>			
_____ dias			
<b>19 Atualmente, o(a) sr(a) fuma algum produto do tabaco? Por favor, não responda sobre produtos de tabaco que não fazem fumaça como rapé e fumo para mascar. Não considere, também, cigarros de maconha.</b>			
1. Sim, diariamente	2. Sim, menos que diariamente	3. Não fumo atualmente	
<b>20 E no passado, o(a) sr(a) fumou algum produto do tabaco?</b>			
1. Sim, diariamente	2. Sim, menos que diariamente	3. Não, nunca fumei	
<b>21 Em média, quantos cigarros o(a) sr(a) fumava por dia ou por semana?</b>			
1. Um ou mais por dia	2. Um ou mais por semana	3. Menos que uma vez por semana	4. Menos do que um por mês
<b>22 Há quanto tempo o(a) sr(a) parou de fumar?</b>			
_____ dias			
<b>23 Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tentou parar de fumar?</b>			
0. Não		1. Sim	
<b>24 Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?</b>			
1. Diariamente	2. Semanalmente	3. Mensalmente	4. Menos que mensalmente
			5. Nunca