



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FORMAÇÃO E LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

MARINA DINIZ LUNA DO NASCIMENTO

**A ATUAÇÃO DA PSICANÁLISE JUNTO A PACIENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: UMA CLÍNICA PÓSSÍVEL**

CAMPINA GRANDE – PB

2016

MARINA DINIZ LUNA DO NASCIMENTO

A ATUAÇÃO DA PSICANÁLISE JUNTO A PACIENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: UMA CLÍNICA POSSÍVEL

Trabalho de conclusão de curso,
apresentado ao curso de Psicologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
exigência para a obtenção das titulações
de bacharelado e licenciatura em
Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio

CAMPINA GRANDE – PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

N244a Nascimento, Marina Diniz Luna do.
A atuação da psicanálise junto a pacientes com paralisia cerebral [manuscrito] : uma clínica possível / Marina Diniz Luna do Nascimento. - 2016.
28 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Departamento de Psicologia".

1. Psicanálise. 2. Paralisia cerebral. 3. Atuação psicanalítica. I. Título.

21. ed. CDD 150.195

MARINA DINIZ LUNA DO NASCIMENTO

**A ATUAÇÃO DA PSICANÁLISE JUNTO A PACIENTES COM PARALISIA
CEREBRAL: UMA CLÍNICA PÓSSÍVEL**

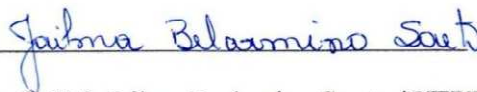
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Graduação
em Psicologia da Universidade Estadual
da Paraíba, como requisito para a
obtenção do título de Bacharela e
Licenciada.

Orientador: Prof.^o Dr.^o Edmundo de
Oliveira Gaudêncio


Aprovada em 06/10/2016.



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio / UEPB
Orientador



Prof.^o Dr.^o Jailma Berlamino Souto / UEPB
Examinadora



Prof.^o Mestre Márcia Candelaria da Rocha / UEPB
Examinadora

À Josélia, Marino e Mariana, aqueles que me
fizeram existir, personificando a palavra amor.

AGRADECIMENTOS

Há quem acredite em coincidências, em destino. Há quem acredite que o futuro já está escrito, que os encontros que surgiram e surgirão estão ligados ao advir. Eu acredito que a vida é feita de escolhas e que essas escolhas nos levam a encontrar e reencontrar as pessoas pela vida. Isso eu aprendi com a vida, na medida que fui percebendo que os encontros que fiz não foram coincidência, e aliás, cada um, foi único.

Eu escolhi a psicologia. Escolhi na imaturidade e nas dúvidas de quem não conhecia muito da vida, e essa escolha acabou se tornando um encontro. No decorrer do curso pude perceber que não poderia ter ido por outro caminho. Depois escolhi a psicanálise. Como não dizer que esse segundo encontro teve a participação direta de Cristina Maia e Ana Ocilde, as primeiras que fizeram brotar o desejo que hoje pulsa. Mas esse foi o começo, depois foram outras que circularam no meu processo de tentar compreender que esse saber que não é sabido, estivesse cada dia mais vivo na minha prática e na minha vida. À: Raquel Ferreira, Nayara Sátiro, Thayse Almeida, Jailma Souto.

Os encontros foram tantos outros, por afeto, identificação ou a mais bela definição da palavra amizade, com certeza, os mais importantes deles foram: Maísa Cavalcanti (e família, em especial nas pessoas de: Máira Cavalcanti e Mainara Cavalcanti), Lizanka Diniz e Viviane Almeida. Além destas, houveram tantos outros que passaram, mas que marcaram o coração, a alma ou a vida, foram principalmente Patrícia Kácia, Pablo Leonardo, Bruno Henrique.

Já na academia, à quem emprestou o mínimo de tempo, escuta ou paciência, contribuindo para a construção de um caminho Um: Jailma Souto, Sibelle Barros, Marinalva Mota, Márcia Candelária, Tanise Kely. E com a entrada na clínica, prestando não só serviços mas partilhando da doçura dos seus SER: Pascual e Fábio.

Por fim, em especial destaque, àquele que sem me conhecer bem, depositou confiança e mérito. A quem, com cuidado, olhou para meu desejo. A quem me passou mais do que aprendizado mas sabedoria, aquele que terei um eterno sentimento de gratidão: Edmundo de Oliveira Gaudêncio.

É uma pena que nas palavras e nas letras sempre falte algo, porque, na verdade, gostaria que elas fossem completas e alcançassem de forma inteira o outro, sabendo que não, me contento em apenas oferecer essa falta, mas que é inteira para mim. Obrigada a todos e a cada um e até o próximo encontro!

“Existe um desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja, algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos e que há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência. É aí que pode se situar a função do desejo.”

Jacques Lacan (1996)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
2	MÉTODO.....	10
2.1	Participantes	10
2.2	<i>Instrumentos.....</i>	11
2.3	<i>Procedimentos.....</i>	11
2.3.1	<i>Coleta de dados.....</i>	11
2.3.2	Análise dos dados.....	11
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
3.1	Dados sociodemográficos.....	12
3.2	Entrevista semiestruturada.....	13
3.2.1	Enfoque teórico.....	15
3.2.2	Atuação.....	18
4	CONCLUSÃO.....	25
5	REFERÊNCIAS	27

A ATUAÇÃO DA PSICANÁLISE JUNTO A PACIENTES COM PARALISIA CEREBRAL: UMA CLÍNICA POSSÍVEL

NASCIMENTO, Marina Diniz Luna¹

RESUMO

A atuação com sujeitos diagnosticados com paralisia cerebral tende a estar voltada para um viés educativo, comportamental e motor, principalmente porque tem-se colocado as dificuldades físicas como questão chave a ser observada. A psicanálise, que, desde seus primórdios, busca dar lugar ao sujeito do inconsciente, reforçando que o ser humano nunca é apenas um corpo biológico, tenta fazer uma clínica voltada para esse sujeito que a ela chega e que é sempre Um. Este trabalho, com o intuito de alcançar também o sujeito, objetivou investigar a participação do enfoque psicanalítico no olhar para com esses pacientes, pensando em como tem sido a práxis com eles. A amostra é constituída por seis psicólogos da APAE – Campina Grande - PB, com estes tendo sido utilizada a entrevista semiestruturada. A análise das mesmas foi realizada a partir do método proposto por Bardin (2011), o qual objetiva a análise de conteúdo. No trabalho em apreço foi constatado que os profissionais que atendem a esse público, mesmo possuindo formação acadêmica voltada para a psicanálise, em geral não levam isso em consideração. A prática clínica com tais pessoas deve, contudo, obedecer à ideia de que o importante, no atendimento às suas demandas, é acolher, primeiro, suas subjetividades e não o diagnóstico de seus quadros clínicos, entendendo que, apesar da demanda de tratamento poder vir de terceiros, é possível fazer com que esses sujeitos também demandem, devendo, para isso, ser escutados.

Palavras-chave: Psicanálise; Paralisia Cerebral; Atuação Psicanalítica.

1 INTRODUÇÃO

No que concerne a história da Clínica da loucura, Foucault (1978) nos informa que, nos séculos XVII e XVIII, o mundo da cura se organizava seguindo princípios

¹ Graduanda em Psicologia, pela Universidade Estadual da Paraíba – Campus I
E-mail: ma.ri_dl@hotmail.com

particulares, e a teoria médica de análise fisiológica e observação de sintomas não possuíam total exatidão. No século XX, com as descobertas de Sigmund Freud e sua teorização do inconsciente, ele tomou um polo oposto ao da comunidade médica e científica da época, evadindo-se daquilo que seria passível de mensuração no cérebro, e buscando teorizar a psicanálise, baseado na sua atuação clínica de escuta. As descobertas que levaram à construção da psicanálise deram-se, inicialmente, nas investigações de Freud expressas na obra “Estudos sobre a Histeria”, escrita conjuntamente com Josef Breuer, na qual relatava o caso de Anna O., mulher à qual atribuiu a invenção do método psicanalítico, no que viria a se tornar o fundamento técnico para um tratamento baseado na fala, a associação livre (FREUD, 1893-1895).

A psicanálise, portanto, busca investigar aquilo que escapa à explicação biológica, aquilo que ressurgue através do corpo e que faz mover uma resistência das disciplinas e práticas que o repelem: o Inconsciente. Assim, se levarmos em consideração que o ser humano possui um inconsciente, e que esse não é assimilável a um sistema neural, como também não se integra a uma concepção cognitiva ou experimental, estaríamos, portanto, diante de um sujeito que demanda mais do que uma atuação biológica, uma atuação que abarque a economia desejante do sujeito (ROUDINESCO, 2000).

Um indivíduo, ao chegar ao mundo, é acolhido tanto pelos cuidados físicos, como por uma rede de significantes, de palavras que o colocam em um lugar, que o posicionam no mundo. Assim, ele é recebido no seio familiar, na escola, no grupo de amigos, e em todos os outros grupos aos quais ele vai sendo apresentado ao longo da vida. Desta forma vai sendo constituído o sujeito do inconsciente, que se posiciona diante dos significantes que deixam marcas. Ao falar em psicanálise, toma-se esse sujeito marcado, que vai trazendo o inconsciente nos sonhos, nos chistes e nos sintomas (BRAUER, 1998).

Quando o indivíduo nasce com alguma deficiência e passa a ser nomeado como “deficiente”, esse significante pode tomar diversos caminhos possíveis, e a forma que esse repercute sobre cada um é bastante singular. Brauer (1998, p. 59) refere que “A criança com paralisia cerebral ao nascer será acolhida pelo significante ‘deficiente’ ou ‘especial’. Este significante lhe dá um lugar na cultura e indica já de início uma série de cuidados que esta criança deve receber e poderá ou não marcá-la como sujeito, portanto”. Além disso, Neuwald e Ferrari (2012) falam a respeito da construção dos pais formatada sobre os moldes de uma criança ideal, a qual acaba por esbarrar nesse bebê

que não atende às suas expectativas. Ou seja, os pais (e, com o crescimento, a própria criança) se confrontam, se não no primeiro momento, mas ao longo do desenvolvimento, com um filho “real” posto no lugar do filho ideal esperado, ruptura essa determinante, em maior ou menor medida, de um luto a ser superado, pelos pais e, depois, pela própria criança, acaso se descubra como ocupante desse lugar de filho(a) não desejado(a).

Em geral, quando diante de um quadro clínico, enfoca-se a síndrome, sendo exercido um papel dessubjetivante, dificultando a entrada desse sujeito no campo simbólico, se põe de lado sua história, suas singularidades, sua vida e seu desejo. E é, diante dessa forma de atuação, que se inserem os processos de reabilitação e de treinamento, vindo com um saber pronto para a vida do sujeito. Assim, cada deficiência vai adquirir significação a partir do contexto em que se insere, ao passo que a posição de escuta promove um lugar de esvaziamento do saber (BERNARDINO, 2007).

Na perspectiva psicanalítica, a prática é voltada para o um-a-um, visto que sobre os distúrbios e suas consequências já é sabido pela ciência, entretanto, o que é da ordem do subjetivo e da economia desejante será sempre uma interrogação que paira no ar e que estimula uma atuação. Não se trata, aqui, de excluir a noção biológica do humano, mas, sim, integrar a ela aquilo que, por vezes, tem sido negligenciado na prática com determinados pacientes. Toda ação que se diz psicanalítica, portanto, deve ir em busca desse sujeito, de seus desejos, angústias e do lugar que este ocupa no seio familiar, de que forma foi falado, foi imaginado e como lida com o desejo do Outro sobre ele. Portanto, diante disto, e instigada por uma prática vivenciada em uma instituição que atende a pessoas com vários tipos de deficiência em Rosário (Argentina), justifica-se a construção desse projeto de conclusão de curso como uma investigação que busca ampliar a atuação da psicanálise, seja ela a atuação da autora em questão, seja ela científica, ampliando o fazer de outros profissionais.

Desta forma foi proposto o objetivo geral: investigar a atuação da psicanálise junto a pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral e específicos estudar às aplicações da teoria psicanalítica a pessoas com diagnóstico de paralisia cerebral, especificamente no que concerne à ideia de sujeito; analisar as contribuições que a psicanálise oferece no manejo dessa atuação e refletir possíveis formas de atuação junto a pacientes neurológicos com o viés da psicanálise.

Para tanto, a metodologia se deu a partir de um estudo qualitativo com seis profissionais da APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), localizada na cidade de Campina Grande-PB. Este trabalho buscou investigar, precipuamente: Como tem sido realizadas intervenções com esse público alvo? Nessas intervenções há a contribuição da psicanálise, direta ou indiretamente? De que forma? As respostas dadas a tais questões nos possibilitará refletir sobre possíveis formas de atuação junto a pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral, assim como ampliar o olhar psicanalítico para outros diagnósticos, nos quais o trabalho com aqueles pacientes que usualmente fogem dos moldes da clínica tradicional da associação livre, mas que, contudo, não podem fugir do desejo do analista de buscar saídas possíveis para implicar esses sujeitos.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram desta pesquisa seis profissionais de psicologia da APAE – Campina Grande – PB. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) é uma associação nascida no Rio de Janeiro, no dia 11 de dezembro de 1954, e começou a se espalhar pelo Brasil entre 1954 a 1962. Essa associação discutia a questão da pessoa com deficiência e veio a ser constituída por pais e amigos de uma comunidade significativa de alunos com algum tipo de deficiência, contando para tanto com a colaboração da sociedade em geral, do comércio, da indústria, dos profissionais liberais, dos políticos (APAE BRASIL, S/D).

Em Campina Grande, a APAE foi criada na Semana do Excepcional em 1982, apesar de legalizada não foi possível concretizar o projeto. Somente em Setembro de 1993, duas pediatras, pais, profissionais e amigos se reuniram com a intenção de criar um grupo de apoio aos pais de recém-nascidos, com o passar dos meses se descobriu a existência da documentação da APAE, e o grupo assumiu a tarefa de fazer funcionar a instituição como alternativa de atendimento sócio-psico-pedagógico a este segmento da sociedade (APAE CAMPINA GRANDE, S/D).

A entidade em grande parte apesar de gozar do registro como associação de utilidade pública em todos os quadrantes: federal, estadual e municipal; defronta-se com as mais diversas dificuldades, essencialmente no tocante a questão financeira (APAE BRASIL, S/D).

Portanto, a APAE foi escolhida por ser referência no acolhimento de usuários com diagnósticos neurológicos, dentre eles a paralisia cerebral. Já o número de participantes limitou-se ao número de psicólogos que atuam na instituição.

2.2 Instrumentos

Para a construção do perfil dos participantes foi utilizada uma ficha de dados sócio demográficos, contendo nome, endereço, meio de contato, idade, sexo, religião (praticante ou não), estado civil, profissão e renda familiar.

Como instrumento para apreensão dos dados propostos nos objetivos do Projeto do qual resultou este trabalho foi utilizada a entrevista com roteiro semiestruturado. A entrevista buscou abordar temas como o enfoque teórico do trabalho praticado na APAE pelo entrevistado, sobre a sua atuação no dia-a-dia, sobre o trabalho com equipe multidisciplinar, as dificuldades enfrentadas, as formas de atuação (individual e/ou em grupo), os objetivos do tratamento. Em um último momento foi investigada uma questão fundamental, alusiva aos usuários: sua participação no processo, suas escolhas, opiniões e interesses.

2.3 Procedimentos

2.3.1 Coleta de dados

A pesquisa foi iniciada após a autorização do Comitê de Ética da *FURNE* (Fundação Universitária de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão) e da aprovação da instituição APAE – Campina Grande - PB. Após a seleção dos profissionais que fizeram parte da pesquisa, segundo os critérios de inclusão, foi explicado os pontos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o consentimento e assinatura, o entrevistado foi convidado a assinar desta vez o termo de autorização para gravação de voz. Em consequente foi aplicado o questionário sócio demográfico, seguido da realização da entrevista semiestruturada. Salienta-se que foram estes os critérios de inclusão: profissionais de psicologia que exercessem trabalho na APAE a pelo menos seis meses, de forma tal que pudesse trazer aspectos de sua atuação de forma a contribuir com os objetivos dessa pesquisa.

2.3.2 Análise dos dados

A análise dos dados deu-se pelo método de análise de conteúdo, de Bardin (2011). De acordo com Caregnato e Mutti, (2006, p. 682), “Na abordagem qualitativa se

considera a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou conjunto de características num determinado fragmento da mensagem”. Para que os resultados fossem alcançados, foi utilizada a análise categorial, que está dentro da análise de conteúdo, em que se desmembra o texto em categorias temáticas, agrupando-as de acordo com o contexto.

Bardin (2011) expõe sobre a análise de conteúdo dizendo que ela se encontra dividida em três etapas, as quais foram seguidas nesse contexto: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e sua interpretação, respectivamente. A primeira etapa sendo a fase de organização que envolve a leitura flutuante, a formulação de hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda, faz-se a codificação dos dados a partir das unidades de registro e a categorização, ou seja, a classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Por fim, baseada nessas etapas, é feita a síntese e seleção dos resultados, colocando inferências e interpretando os discursos coligidos quando das entrevistas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho, tendo em vista investigar qual a participação que a psicanálise tem tido na atuação com pacientes diagnosticados com paralisia cerebral, estabeleceu uma divisão, em que, na primeira parte discute-se o perfil sócio demográfico dos entrevistados e, na segunda, são analisadas as categorias elencadas.

3.1 Dados sociodemográficos

Para fins de contextualização dos entrevistados, foram levantados dados sócio demográficos. Para tanto, com o intuito de preservar a identidade dos mesmos, foi feito um recorte de possíveis dados que pudessem, de alguma forma, identifica-los. Portanto, os dados apresentados referem-se apenas ao que é de interesse de contextualização desta pesquisa.

Formação	Especialização ou pós-graduação	Tempo de atuação com pacientes que possuem diagnóstico de PC	Cargo na instituição
Não especificado	PSF	21 anos	Psicólogo
UEPB	Psicopedagogia	7 anos	Coordenador do setor de psicologia e psicólogo
UEPB	Psicopedagogia	8 anos	Psicólogo
UEPB	Inclusão escolar e neuropsicologia	11 anos	Psicólogo
UFCG	Saúde mental e atenção psicossocial Ciências criminais	8 meses	Psicólogo
UEPB	Não possui	18 anos	Psicólogo e pedagogo

Tabela 1

3.2 Entrevista semiestruturada

De acordo com as entrevistas foram criadas algumas categorias. De tal forma, no intuito de organizar os resultados, a referida categorização permitiu a divisão de dois subgrupos: *Enfoque teórico e Atuação*. No primeiro subgrupo, *Enfoque teórico*, foram construídas duas categorias: *formação* e *enfoque teórico com que o entrevistado busca trabalhar*, procurando observar se houve alguma diferenciação no que diz respeito à escolha feita na graduação e o enfoque que está utilizando na atuação prática. No subgrupo *Atuação*, buscou-se investigar sobre a prática, como tem sido o trabalho com os usuários, quais as dificuldades que o profissional vem encontrando nesse percurso, quais os objetivos que busca imprimir ao trabalho e como tem sido a atuação com outros profissionais, ou seja, como tem sido a atuação multidisciplinar. Dessa forma, o quadro a seguir demonstra como foi feita a divisão:

	Categorias	Subcategorias Frequência
Enfoque teórico	<i>Formação</i>	<i>Psicanálise - 5</i> <i>Não especificado - 1</i>
	<i>Enfoque teórico que busca trabalhar</i>	<i>Psicanálise e outras não especificadas - 2</i> <i>Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) -2</i> <i>Teoria cognitivo comportamental (TCC) - 3</i> <i>Ludoterapia - 1</i> <i>Psicoterapia breve de base analítica - 1</i>
	Enfoque teórico da instituição	Não há enfoque teórico específico. Escolha do profissional - 6
Atuação	<i>Prática</i>	<i>Atendimento individual - 5</i> <i>Equoterapia - 1</i> <i>Atendimento grupal - 2</i> <i>Assistência à família - 1</i> <i>Orientação sexual - 1</i>
	<i>Trabalho multidisciplinar</i>	<i>Há trabalho interdisciplinar - 3</i> <i>Não há trabalho interdisciplinar - 3</i>
	<i>Dificuldades</i>	<i>Trabalhar a família - 1</i> <i>Falta de recursos - 1</i> <i>Falta de prevenção - 1</i> <i>Mais fácil que a deficiência intelectual - 2</i> <i>Compreensão, falta de fala, de som, forma de comunicação -1</i>
	<i>Objetivo do tratamento</i>	<i>Autonomia - 4</i> <i>Reinserção social - 3</i> <i>Família – 2</i> <i>Independência – 1</i>
Usuários	Escolha por tratamento	Sim - 4 Não – 2

Tabela 2

3.2.1 Enfoque teórico

No que diz respeito ao *enfoque teórico* escolhido durante a formação, a maioria das entrevistadas, ou seja, cinco delas, teve uma formação de base psicanalítica. Uma delas não especificou na entrevista qual foi sua base teórica durante a vida acadêmica. Já na atualidade, duas afirmaram trabalhar com a psicanálise aliada a outras teorias não especificadas, duas se referiram ao trabalho com a ACP (Abordagem Centrada na Pessoa); três pontuaram que seu trabalho é pautado na TCC (Teoria Cognitiva Comportamental); uma se referiu à utilização da ludoterapia; e, por fim, uma se referiu à psicoterapia breve de base analítica. Nesse ponto é importante frisar que todos os profissionais afirmaram não se deter apenas em uma teoria, se referindo ao uso de mais de uma teoria e pontuando que não há como ser trabalhado apenas com um enfoque teórico em decorrência da vasta demanda que chega à APAE. Essa demanda se refere tanto ao público com paralisia cerebral quanto a outros diagnósticos que também são atendidos por esses profissionais.

Nesse ponto, todos os profissionais que, em sua formação, escolheram a psicanálise enquanto abordagem teórica, não se detiveram na mesma quando deram início à sua prática. É interessante pensar que essa forma de acolher a demanda e atuar de acordo com a singularidade de cada um condiz com a proposta da clínica ampliada do Ministério da Saúde, a qual sugere que articular e incluir diferentes enfoques e disciplinas em um dado momento e em situações singulares, de acordo com a emergência, a predominância, a escolha e o enfoque de um tema, não exclui a possibilidade de trabalhar com outros enfoques e outras possíveis formas de ação (BRASIL, 2009). A psicanálise surge aí com uma proposta semelhante, na medida que ela não se atém ao diagnóstico apresentado, mas a uma clínica do Um-a-um. Nesse sentido, quando a clínica ampliada sugere que deve haver um compromisso com o doente, a ser visto de forma singular, assumindo-se o compromisso ético com aquele que chega, há aí uma contribuição do lugar com que o sujeito deve ter em um atendimento clínico, independentemente da abordagem teórica. Contudo, há uma diferenciação prática no que diz respeito a psicanálise. Quando aborda-se o termo sujeito, do ponto de vista da psicanálise, é importante compreender de que sujeito é que se fala. Lacan (1964) pontua que, para que haja o advento do sujeito enquanto tal, faz-se necessário passar por uma relação com um Outro, sabendo que ele dependerá dos significantes que lhe são dados para sua constituição. Esses significantes que estão,

antes, no Outro, instauram uma falta, na medida que reporta a algo que é do vivo e que o sujeito, por dela não dar conta, remete a outros meios possíveis. Quando uma pessoa nasce com algo no corpo, uma deficiência, que está recortada pelo próprio Real, essa falta se transfere à angústia da castração, da mãe que pensa em forma de castigo e do filho enquanto aquele que recebe e tem que dar conta de um significante que diz que lhe falta algo, que ele é “incompleto”. Lacan (1964, p. 203) continua:

O significante, produzindo-se no campo do Outro, faz surgir o sujeito de sua significação. Mas ele só funciona como significante reduzindo o sujeito em instância a não ser mais do que um significante, petrificando-o pelo mesmo movimento com que o chama a funcionar, a falar, como sujeito. Aí está propriamente a pulsação temporal em que institui-se o que é a característica da partida do inconsciente como tal.

Compreende-se aqui, que esse sujeito é o do inconsciente. E quando se aborda a impossibilidade de trabalhar a psicanálise com uma pessoa com deficiência se remete à dificuldade de chegar a esse inconsciente, detendo-se, muitas vezes, ao “deficiente”, à parte biológica do corpo. Contudo, há de se convir que a psicanálise postula que, mesmo havendo um corpo que traz o significante deficiente e que esse mesmo corpo traz algo do Real, que é inominável e angustiante para o sujeito, mesmo assim, há a construção de um inconsciente, na medida que se trata, antes de tudo, de um sujeito. Neste ponto, na pesquisa realizada, um dos profissionais destacou a impossibilidade de trabalhar com a psicanálise na instituição:

“Olhe, a minha formação é psicanálise, mas eu não vou dizer pra você (...), que dentro da APAE a gente dá para trabalhar com a psicanálise. Não tem condições. (...) Porque, porque a gente trabalhar... é mais fácil, na verdade, pra gente conseguir algo do paciente uma abordagem mais centrada, comportamental né? (...) Então... é... eu creio, pelo menos no meu trabalho, não sei os outros profissionais da psicologia que atua aqui, mas eu acho muito difícil conseguirem dentro da psicanálise, não consegue, certo?!”

Winograd, Campos e Drummond (2008) pontuam que a clínica dos pacientes com lesão cerebral centra-se na neurologia e na neuropsicologia, porém, é necessário ter muito cuidado para não voltar sua atenção exclusivamente para “aspectos relacionados à lesão, pois além dos aspectos das perdas cerebrais, motoras e cognitivas, ela também abrange uma experiência subjetiva transformadora e até traumática. Tais aspectos apresentam-se profundamente interligados” (p.140). É exatamente nesse ponto que as autoras corroboram com a ideia de um atendimento psicanalítico, para que haja um

lugar para o sujeito, sem que sejam negligenciados aspectos fisiológicos e cognitivos. Na prática, contudo, a mesma entrevistada afirma não ser possível essa atuação, colocando também a carência de estudos sobre “deficientes” na universidade em que estudou:

“No meu caso, eu estudei dentro da psicanálise, para atuar dentro de um consultório, né? É...isso eu sinto muito, essa falha enquanto estudante, quando eu era estudante... desse conhecimento com esse público, certo? Eu tive outros e outros conhecimentos, mas eu senti muito quando eu vim trabalhar com o portador de deficiência, certo? Porque eu não tive esse embasamento teórico, enquanto universidade. E aí eu tive que buscar né? Foi muito difícil porque como minha área era a psicanálise, e quando a gente termina a gente só quer trabalhar ali; a gente não quer olhar para os lados não, a gente só quer olhar em frente, seguir em frente, porque tem que ser assim e assim. E lá na frente quando a gente começa a trabalhar e vê que a gente não está conseguindo objetivos, né? Foi aí onde veio cair minha ficha. Que aí eu disse: “não, pera aí, tá errado isso, eu tenho que procurar outros viés se não eu não vou conseguir”. Tava sendo realmente muito difícil para mim, trabalhar com o portador de deficiência com a psicanálise”.

Essa afirmação vem proporcionar algumas interrogações: O que afinal a psicanálise vem tratar? Não há objetivos de tratamento? Só há resultados a longo prazo? Pereira e Nicolau (S/D) falam a respeito de uma clínica possível para crianças com lesões motoras severas ou outras deficiências associadas. As autoras afirmam que, nesses casos, podem ocorrer dificuldades na constituição psíquica, ou seja, uma dificuldade na recepção das marcas advindas do Outro, o que as prendem ao corpo deficiente e acabam por restringir recursos como a fala, o desenho e o brincar, tornando as intervenções desafiadoras para o analista. Mesmo havendo esses desafios, a prática não pode ser vista como impossível. As autoras citadas propõem que “a psicanálise abre um acesso possível e fundamental à experiência subjetiva da criança ao permitir abordar a lesão cerebral como acontecimento psíquico na história singular, real e fantasmática de cada sujeito” (p.2). Para elas, quando chega à clínica um sujeito com transtornos neuromotores, o olhar deve estar voltado também para a estruturação subjetiva, na medida que só observando esse fator poderá ser percebido se a limitação se trata apenas de uma causa orgânica. Contudo, parece que esse método, como a própria entrevistada trouxe, vem ser mais lento, em matéria de resultados e, quando se fala isso, tende-se a

pensar que há resultados apenas a longo prazo e que, em decorrência da rotina da instituição e dos resultados rápidos que são exigidos aos profissionais, essa abordagem acaba por não condizer, na fala do entrevistado, com a emergência com que se tem que apresentar resultados.

Mas a prática com sujeitos que possuem transtornos neuromotores deve ser vista de maneira bastante delicada, para que ela não se torne mecanicista ou até mesmo voltada apenas para a parte motora em si, deixando de lado as singularidades que cada um apresenta, sabendo que o nome que ele traz consigo, seu diagnóstico, é coletivo, sendo a forma com que ele lida com esse diagnóstico, contudo, particular. Não se pode dizer, evidentemente, que a psicanálise se aplica a todos os casos. Assim como quanto a qualquer paciente que chega à clínica, há que se aceitar que toda e qualquer abordagem tem um furo, ou seja, não é toda completa. E que, se assim for necessário, como os entrevistados nessa pesquisa afirmaram, pode-se procurar outras vias possíveis, na tentativa de construir sua prática.

3.2.2 Atuação

Sobre a atuação, a primeira categoria estabelecida foi a *prática*. Neste ponto, os profissionais também têm mais de uma função na instituição, atuando com atendimento individual (cinco profissionais), na equoterapia (um), grupos terapêuticos (dois), assistência à família (um), orientação sexual (um), suporte psicológico na sala de aula (um). Essa categoria foi pensada para observar como a prática da psicologia tem se dado, ou seja, se tem seguido os moldes tradicionais da clínica, com o atendimento individual, ou se existem outras vias para intervenção da psicologia que não o atendimento individual. Na pesquisa que originou este trabalho, foi possível detectar que a maioria dos profissionais ainda está concentrada no molde tradicional de atendimento individual, respondendo a contratos da própria instituição, contudo a atuação não se restringe apenas aos limites da sala física e a associação livre, sendo utilizados de outros meios possíveis para alcançar o sujeito na dinâmica do atendimento.

É importante compreender que, quando a psicanálise foi proposta por Freud, ele referiu que esse método, enquanto um fazer clínico, era um procedimento catártico, no qual se recomendava que o paciente deveria dizer tudo que lhe viesse à cabeça. Nesse movimento apareceriam resistências, amnésias e recalcamientos, que faziam parte do processo analítico na medida que o inconsciente estava vindo à tona. Há, nesse método, segundo Freud, um aprofundamento distinto das outras psicoterapias, na medida que

funciona como *per via di levare*, retirando da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida (FREUD, 1901-1905). Em um momento Freud (1917-1918) fala da ampliação da utilização do método psicanalítico para além da classe rica e para além dos poucos pacientes que chegavam a ele naquela época. Ele fala que qualquer que seja a forma com que se conduza a psicanálise de acordo com as demandas que chegam à clínica, deve se ter em mente que a atuação deve se dar por meio de uma base, a qual ele nomeou de psicanálise estrita. Hoje, lida-se com a prática clínica com referencial teórico da psicanálise de maneira bastante ampla na medida que chega a clínica não só sujeitos neuróticos, mas psicóticos, perversos, autistas, crianças, adolescentes, adultos, idosos e cada qual com sua forma de sintoma, que algumas vezes não se faz possível conduzir pela associação livre.

Maud Manoni foi a psicanalista que apresentou a psicanálise para pessoas com deficiência mental. Ela mostra nesse ponto uma relação diferente do sujeito com sua mãe, na medida que demanda cuidados físicos mais intensos, e sugere pensar a respeito dessa relação como estruturante para o sujeito. Já Lacan refere que é preciso partir do sujeito já constituído, de formações do inconsciente. A psicanálise, em Lacan, prescinde da noção de desenvolvimento, supera-a. Pelo fato de ter superado a concepção de desenvolvimento em suas formulações. Portanto, Lacan não fala em um sujeito em constituição. Se a psicanálise não pensa o desenvolvimento do inconsciente, também não permite, em decorrência disso, falar de um inconsciente deficiente. Em Lacan não existe inconsciente deficiente, existe inconsciente (BRAUER, 1998).

A psicanálise, sob esse ponto de vista, lida com a pseudodeficiência do deficiente. O sujeito de que trata a psicanálise é indicado pela posição tomada ante os significantes que o marcaram. Fazer um sintoma inconsciente tomando o significante "deficiente" é superpor à deficiência física, pois se trata de uma outra, digamos subjetiva. Esse sintoma revelará metaforicamente a forma como repercute sobre o sujeito sua deficiência real. A deficiência como sintoma inconsciente é ficcional (BRAUER, 1998).

A partir disso e tomando a resposta dos profissionais, é perceptível que estes têm partido de outras vias possíveis para realizar o atendimento e inventar sua clínica, partindo do pressuposto que mesmo que hajam dificuldades físicas envolvidas, há outros aspectos a serem observados para que se veja a constituição do sujeito. Não há consenso entre os profissionais de que se utiliza a psicanálise, contudo, indiretamente,

quando se dá atenção para além das limitações físicas e se deixa emergir algo que está por trás destas, se põe algo da psicanálise aí.

No que diz respeito à categoria *trabalho multidisciplinar*, muitos foram os limites pontuados. Segundo três dos entrevistados, há um trabalho multidisciplinar; já para três deles não há esse trabalho. Para aqueles que disseram que existe, foi pontuado:

“Nós temos um trabalho muito harmonioso nesse sentido, os profissionais estão sempre buscando a gente, a gente tá sempre buscando os outros profissionais”

Já para os profissionais que relataram que não há um trabalho multidisciplinar, pontuou-se que não há um espaço ideal para tanto, que se um profissional buscar um ao outro em intervalos de atendimento, todos estão abertos ao diálogo, contudo, há pouco tempo disponível para isso, pois sua carga horária está completamente preenchida. É possível notar esse aspecto nas falas:

“O pessoal é sempre muito aberto sabe?! Para trocar informações. A maior dificuldade da instituição é que a gente atende uma demanda muito grande. São muitos pacientes e são horários bem definidos. A gente para trocar informação só se um paciente faltar. A gente não tem um grupo de estudo. Falta isso, a gente reunir para trocar informações, debater essas informações. Mas os outros profissionais são muito abertos para trocar informações”.

Aqui é possível observar que há uma necessidade, na fala de metade dos profissionais entrevistados, quanto a haver diálogo com outros saberes, compreendendo que estudos de caso e debates sobre os pacientes fazem parte do desejo do profissional em construir um melhor atendimento. Com a contribuição de outros saberes a equipe interage sobre a pseudodeficiência do deficiente e passa a trabalhar isso, colocando o usuário a pensar a respeito do seu posicionamento diante do Outro. Esse mecanismo se faz importante na medida que não se negligencia nenhum aspecto do sujeito que é trabalhado pelas vias possíveis. Contudo, foi perceptível na fala dos profissionais, até mesmo daqueles que afirmaram haver abertura para diálogo com outros profissionais, que não há um momento específico para esse diálogo. Há a abertura dos profissionais, mas não há abertura da instituição para que momentos como esse sejam vivenciados, tal como um outro profissional citou em sua fala:

“(...)Não existe um horário fixo, digo assim: nesse horário nós temos um planejamento, temos uma discussão de caso. Não existe isso. Até porque diante da necessidade

institucional a gente precisa tá trabalhando em cima de produção, infelizmente né? Então, fica muito a critério de cada profissional tá buscando essas reuniões, esse momento com o outro para saber como esse paciente tá evoluindo em outros setores”.

Na categoria *dificuldades* foram apontados pelos profissionais aspectos bastante particulares. Um deles falou que a maior dificuldade é trabalhar a família; um referiu-se à falta de recursos; um comentou que, comparado com os diagnosticados com deficiência intelectual, os pacientes com paralisia cerebral são mais fáceis; um falou a respeito de dificuldades advindas da compreensão, falta de fala, de som e da forma de comunicação dos pacientes; e um pontuou a respeito da falta de prevenção no que tange ao diagnóstico e aos cuidados desde a descoberta dos sinais e clínicos da deficiência. Interessante destacar que um dos profissionais, no início da entrevista, citou a psicanálise como norte teórico, referindo-se a uma forma particular de lidar com as dificuldades. Foi único a citar a utilização de supervisão com outro profissional diante de angústias em sua atuação. Sua fala nos traz:

“Então assim, tive dificuldade, assim: o que é que eu faço? Quando tem a função psíquica mais preservada é mais fácil de alguma forma. (...) Aí vou pegar material, pra poder dar conta. E essas particularidades, não tem como pensar que com paralisia eu vou fazer isso sempre. Não. Cada caso é um caso, é no um a um mesmo. Então teve esse impacto com algumas dificuldades, mas eu também tenho supervisão, aí eu acho que justamente por vir da psicanálise, tanto eu faço análise como eu tenho supervisão, faço questão de tá levando. Então isso facilita muito. Alguma dificuldade que eu tenha, algo que não saiba como lidar, já esclarece algumas questões. Que é um movimento que acredito que só meu, aqui. E tem alguns casos internos. Você pode ter conhecimento de dez anos, você tem que... tem que ter o olhar de um outro né? Que diga: “será que é isso mesmo?”, “porque você não tenta por aqui?”. A gente acaba se contaminando, entre aspas, pela vivência da gente. A gente só vê um lado, vai se habituando, se habituando e fica ali, congela”.

A profissional em questão, portanto, fala a respeito da utilização de um ponto imprescindível na construção do analista: a supervisão. Em toda e qualquer prática clínica, deve-se levar em consideração que a visão solitária do analista, acaba por deixá-la turva, impedindo-o de ver algo que alguém de fora do *setting* pode perceber. Nessa medida, quando a psicanálise fala da existência de um supervisor, fala do necessário olhar para o cuidado que se deve ter em não tornar a prática clínica mecanicista, sendo

construído cada caso como Um. A prática, contudo, nos informa que a maioria dos profissionais não opta por esse dispositivo clínico, independente de qual seja o motivo. A questão é, portanto, como são postas as dificuldades? Independente de qual dificuldade seja, a construção da demanda de quem atende deve estar voltada para um compromisso ético, o qual abarca a posição de implicação com cada história que a ele chega e não de conformismo com as dificuldades que são apresentadas.

Dessa forma, esse parece ser uma das vias possíveis na elaboração de uma prática. O que torna perigoso, contudo, é o grande número de pacientes que os profissionais têm que atender, assim como a cobrança da própria instituição por resultados e respostas. É nesse ponto que se cai em risco de tornar a prática apenas uma resposta à instituição e, por isso, objetiva-se também que o sujeito que ali chega responda a esse princípio.

Quando se chegou à categoria: *objetivo do tratamento*, buscou-se investigar de forma a deixar o profissional refletir acerca de qual o direcionamento que se tem aplicado ao tratamento, procurando perceber se, em sua abordagem, há (ou não) um lugar a partir do qual o sujeito é visto, observando como se dá a implicância, nessa dinâmica, dos desejos destes dois desejos, o do terapeuta e de seu paciente. Nessa categoria, foi citada, como objetivo de sua atuação, por quatro dos profissionais, a autonomia; por três dos profissionais, a reinserção social; por dois outros, a família; e por um, a independência do paciente (o que equivale ao conceito de autonomia), devendo-se saber que houve um profissional que citou mais de um objetivo. A autonomia, como mais citada, encontra-se marcada na seguinte fala:

“A gente trabalha muito em cima da autonomia deles. O objetivo é fazer com que eles vençam as dificuldades que eles têm, as dificuldades específicas, e que eles busquem autonomia, conquistem essa autonomia. Vai de sujeito para sujeito, de paciente para paciente tá?! Eu tenho paciente aqui que a gente trabalha a questão bem específica da autonomia, outros a gente trabalha outras questões, mas em geral a gente pode dizer que é a autonomia mesmo. Pelo menos nesse período de um ano que eu tenho é essa mesmo”.

O objetivo que cada profissional apresenta é singular, contudo, a abordagem teórica, a demanda da instituição, o tempo e toda essa dinâmica, geralmente faz com que os profissionais direcionem o tratamento em busca de objetivos práticos. E é nesse último ponto que queremos centrar o debate a respeito deste trabalho. Como fazer com

que a prática dê lugar ao sujeito, manejando-se isso que lhe é cobrado? Toda instituição tem uma forma de funcionamento, tem que cumprir objetivos e dar conta de vários pacientes. O profissional nada contra a correnteza, tentando de alguma maneira dar lugar a cada um que chega para o atendimento. Todos os profissionais, por mais que não usem da psicanálise, parecem estar preocupados para além dos sintomas orgânicos, alguns deles de forma mais intensa e evidente, buscando supervisão fora da instituição e análise pessoal, ou procurando diálogo com outros profissionais. Contudo, essa pesquisa buscou compreender que se faz necessário para que o acolhimento aos usuários, em um primeiro momento, esteja voltado a um olhar atento, diga-se, para os significantes que rodeiam o a história e o eventual luto do sujeito e de seus familiares, diante dessa contextualização, articular os caminhos possíveis, sabendo que, segundo Neuwald e Ferrari (2012), não existe uma cura para a paralisia cerebral, pois ela é permanente, contudo, isso não impede que o esforço seja o de resgate do sujeito que surge para além da lesão.

Isso posto, quando uma pessoa chega à clínica com alguma singularidade demarcada por algum transtorno, ou seja, algum comprometimento orgânico, algum diagnóstico, há que se ter em vista que ali há mais um sujeito que à clínica chega. Contudo, esses sujeitos chegam marcados por um discurso técnico, inúmeros atendimentos, olhares de diversos profissionais, junto com a busca dos pais por uma recuperação do filho ideal que não nasceu (NEUWALD E FERRARI, 2012). Essa marca deve estabelecer uma diferença no direcionamento dos atendimentos, os quais começam na demanda, devendo-se possuir total clareza, primeiro, acerca de quem demanda uma “cura” para o transtorno, se os pais ou se o paciente e, segundo, de que forma se endereça ao terapeuta tal demanda. (BERNARDINO, 2001).

Nesse processo deve-se abrir um novo lugar para se trabalhar com esse sujeito. O espaço, o corpo e o lúdico encontrarão dificuldades para ser representados e exigirão novas invenções do terapeuta. Essas invenções devem se dar apostando no sujeito, o que representa um desafio ético, na medida que se vai operar no avesso da clínica psicanalítica, ou seja, fazendo-se um trabalho de construção, de antecipação subjetiva, diferente da desconstrução esperada de um processo analítico tradicional, tal como refere Marie-Christine Laznik-Penot citada por Bernardino (2001) quando fala sobre a clínica do autismo como sendo a “clínica ao avesso”, pelo trabalho de construção que aí se produz, em contraponto à desconstrução esperada de uma análise tradicional. Sobre isso a autora propõe que ali há uma inversão, um só-depois quanto ao qual se tem de

estar vigilante, vez que a transferência se estabelecerá aí de forma múltipla, na medida que abarcará também aos pais (BERNARDINO, 2001).

Sobre isso afirmam Pereira e Nicolau (S/D, p. 4):

A participação dos pais (ou de seus substitutos) no tratamento possibilita, entre outras coisas, traduzir os movimentos, gestos, reações e expressões da criança, além de contar sua história, o que pode garantir ao analista ter uma leitura das produções e dinâmica da criança. A criança com transtorno neurológico, mesmo com suas limitações pode através do brincar questionar sobre sua doença e representar suas dificuldades, expressar sua angústia e seu sofrimento, que além de orgânico, é psíquico. As brincadeiras, as histórias, os balbucios iniciais (com o decorrer das intervenções, em expressão de palavras inteiras) e, muitas vezes, nomear por ela sua angústia e seu afeto, facilitam construir um saber sobre ela e sua patologia e, possibilita significar seu sofrimento.

O trabalho com os pais é necessário para a produção de um luto quanto à criança ideal que não veio e não chegará. Se não há esse processo, ocorre o risco da relação entre pai e filho ser direcionada para uma eterna infantilização do deficiente. O luto (e o trabalho de luto) é necessário para dar lugar a uma pessoa para além da síndrome, da patologia, do diagnóstico. Há necessidade que haja o luto (e o labor de luto) também da parte do terapeuta, uma vez que a clínica impõe a impossibilidade da cura, fazendo-o deparar-se com a singularidade de cada caso. Para isso, é necessário suspender seu saber a fim de fazer laço transferencial que não seja condicionado à patologia. Por fim, o trabalho de elaboração de luto deve se dar na instituição também. Isso é importante para que ela não se torne um lugar definitivo de permanência, mas apenas de trânsito, pois somente com o término de um ciclo é possível ressignificar-se outro. Supõe-se, nesse contexto, a existência de um sujeito desejante, independentemente da sua produção sensorio-motora. Seus gestos devem ser vistos como significamos e incluídos dentro de uma cena e de um contexto. Deve-se construir, portanto, na cena terapêutica, um espaço de ilusão, sustentado na antecipação simbólica, a fim de reconhecer e autenticar o movimento como gesto e o som ou ruído como palavra (NEUWALD E FERRARI, 2012).

Além disso, a interlocução com outros saberes deve estar inserida no processo, na medida que esse diálogo ensina e amplia a intervenção do terapeuta. Esta intervenção deve ocorrer também no campo pedagógico, acolhendo e dando um lugar de escuta ao professor que trabalha diretamente e diariamente com eles. Por fim, o ato analítico com aquele que tem paralisia cerebral deve propiciar-lhe abertura e engajamento ao Outro simbólico e ao laço social. Para tanto, o terapeuta deve permitir o advento do sujeito, ou seja, deve buscar, como sujeito frente a sujeito, a construção e a antecipação subjetiva.

Ao longo das sessões deve se tentar construir, com os materiais que se apresentam (o discurso dos pais, os significantes do paciente, o seu dizer ou seu fazer), as diferentes operações psíquicas que constituem um sujeito, ou seja, tudo aquilo que permite sua inserção no mundo social e familiar, ou seja, simbólico. Agindo-se dessa maneira, faz-se necessário que a cada sessão se faça novas apostas (BERNARDINO, 2001).

É, diante do exposto, que se deve compreender: a tentativa da inserção da psicanálise na atuação com a pessoa com paralisia cerebral faz com que a clínica analítica deva fugir dos moldes tradicionais. Isso envolve um ponto essencial para que o percurso caminhe: o desejo do analista (ou do terapeuta). Contudo, como sustentar esse desejo diante das dificuldades impostas pela prática? Há muitos desafios pela frente e a construção dessa prática nunca contará com fórmulas, mas se baseará na confiança de que a psicanálise tem algo a dizer. Esse algo a dizer retoma todo seu contexto histórico, na medida que nos traz a ideia de que, para além do corpo, existe algo que não se trata de orgânico, algo que é ignorado por uns e negligenciado por outros: o inconsciente. Este tem muito a dizer, independente da condição física do sujeito. Contudo, como chegar a ele? Como alcançá-lo e fazer com que o trabalho seja ético e envolva todos os pontos colocados até aqui? As perguntas não possuem respostas prontas na medida que não são conclusivas as suas respostas – que apenas ocorrerão no próprio fazer. De toda forma, para existir uma psicanálise que se possa aplicar à clínica dos deficientes, precisa existir sujeito, necessita-se que se dê lugar a esse sujeito.

4 CONCLUSÃO

A atuação da psicanálise busca não se ater a diagnósticos, sabendo que o sujeito que chega está além deste. O percurso desta pesquisa se deu no intuito de investigar, contudo, a parte prática da atuação com aqueles que carregam um significante que pode marcar de várias maneiras o seu estar no mundo. Foi constatado, no entanto, que os profissionais que atendem a esse público, mesmo possuindo formação acadêmica voltada para a psicanálise, em geral não a levam em consideração, sobretudo por conta da forma padrão de atendimento àqueles pacientes prestado pela clínica da pessoa com paralisia cerebral, isso implicando na possibilidade de tais sujeitos subsumirem em seus próprios diagnósticos, sendo substituídas as suas singularidades por um diagnóstico rotulante, com todas as implicações pessoais daí decorrentes.

A prática clínica com tais pessoas deve seguir novos caminhos, obedecer à ideia de que o importante, no atendimento às suas demandas, é acolher, primeiro, suas

subjetividades e não o diagnóstico de seus quadros clínicos, entendendo que, apesar da demanda de tratamento poder vir de terceiros, é possível fazer com que esses sujeitos também demandem, devendo, para isso, ser escutados. O lugar no qual devem ser postos é o de sujeito, no consultório e na vida, evitando-se uma prática que os ponham em lugar de objeto, em qualquer dos sentidos com que se possa tomar tal palavra, seja ele de estudo, de pesquisa, de medicação, de adaptação – e somente lhes dando voz e lhes fazendo escuta é que tais pessoas serão acolhidas como sujeitos. Para tanto, faz-se necessária a aplicação dos pressupostos da Psicanálise, notadamente considerando-se as assertivas apresentadas por Lacan. Que a família seja envolvida no processo, assim como a intervenção de outros profissionais são medidas necessárias, entretanto, família e terapeutas devem caminhar juntos objetivando o sujeito implicado e não o sujeito submetido, mesmo que alguns deles necessitem de imprescindíveis cuidados práticos no dia a dia.

Desta forma, foi possível perceber que, diante de um quadro clínico em que não há uma cura biológica, cabe àquele que recebe esses sujeitos buscar uma forma de fazer o sujeito e suas famílias ressignificarem sua situação e dar voz às suas demandas. Tais questões acabam por sublinhar que o sujeito é corpo orgânico, mas também corpo pulsional e, como tal, apresentam necessidades, mas também demandas e desejos.

ABSTRACT

The performance with subjects diagnosed with cerebral paralysis tends to be turned to perspectives educational, comportamental and motor, especially because it has been put on the physical difficulties as a key question to be observed. The Psychoanalysis, that, since its beginning, seeks to give a place to the subject of the unconscious, reinforcing that the human being is never just a biological body, tries to do a clinic focused on this subject whom always comes to it and its always One. This paper, intending to reach for also the subject, intends to investigate the participation of the psychoanalytic approach at the view towards these patients, thinking on how it has been the praxis with them. The sample constitutes six psychologists from APAE – Campina Grande – PB, with them, has been made a semi-structured interview. The analysis of the interviews was made based on the method proposed by Bardin (2011), which aims to analyze the content. At work in question was found that professionals who attend this public, despite having turned academic training for psychoanalysis in general do not take this

into consideration. Clinical practice with such persons must nevertheless obey the idea that important, meeting their demands, is welcome, first, their subjectivities and not the diagnosis of their clinical condition, understanding that despite the demand for treatment can come third, it is possible to make these subjects also demanding and must for that reason be heard.

Keywords: Psychoanalysis; Cerebral Paralysis; Psychoanalytical Performance.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APAE BRASIL. Disponível em: <https://www.apaebrasil.org.br/arquivo/12468>. Acesso em: 14/10/2016.

APAE CAMPINA GRANDE. Disponível em: <http://campinagrande.apaebrasil.org.br/artigo.phtml?a=18501>. Acesso em: 14/10/2016.

BARDIN, Laurence. **Método**. In: Análise de Conteúdo. São Paulo: edições 70, 2011.

BRAUER, Jussara Falek. **O sujeito e a deficiência**. In: Estilos da clínica [online]. vol.3, n.5, pp. 56-62. ISSN 1415-7128. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. **“A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial”**. In: Estilos da Clínica. Vol. XII, no 22, 48-67, São Paulo, 2007.

BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. **A clínica das psicoses na infância: impasses e invenções**. In: Estilos da Clínica. Vol 6, n. 11, São Paulo. 2001.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Enferm, Florianópolis, Out-Dez; 15(4): 679-684, 2006.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Ed. Perspectiva - SP, 1978.

FREUD, Sigmund (1893 [1895]). **Estudos sobre a histeria**. *In*: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. (1917 [1918]). **Uma neurose infantil e outros trabalhos**. *In*: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1905 [1901]) **Fragmento da análise de um caso de histeria**. *In*: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. 1985.

NEUWALD, Marla Finkler; FERRARI, Andrea Gabriela. **Clínica de crianças com transtornos: quando a preocupação está além do orgânico**. *In*: Estilos da Clínica. Vol. 17, n. 2, jul./dez, 184-205. São Paulo, 2012.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

PEREIRA, Patrícia do Socorro Nunes; NICOLAU, Roseane Freitas. **Direção do tratamento no atendimento de crianças com autismo e síndromes neurológicas**. (S/D). Disponível em:
<http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/Anais%20Congresso%202014/Mesas%20Redondas/46.2.pdf>. Acesso em: 01/08/2016.

WINOGRAD, Monah; CAMPOS, Flávia Sollero de; DRUMMOND, Claudia. **O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos**. *In*: Revista Mal-estar e Subjetividade. Vol. VIII, n. 1, p. 139-170, Fortaleza, mar, 2008.