

4.1.1. Sobre o encontro com o paciente

O conceito de encontro é fundamental na perspectiva do Cuidado e tema presente também nas questões suscitadas por cada história aqui descrita. Porém, mesmo com a centralidade do encontro, algo parece incompleto, especialmente diante de situações limite tais como a assistência a alguém numa condição de extrema gravidade. Os medos, as sensações, aquilo que extrapola a técnica descrita nos livros e a racionalidade, são somente exemplos. Um primeiro conceito que pode auxiliar na reflexão é o de encontro falhado.

Encontro Falhado. Nesta perspectiva, parte-se do pressuposto que existe sim a possibilidade de produção de sentidos compartilhados, criação e movimento, mas algo sempre escapa. Conforme nos coloca Mrech⁷³:

O encontro com o Outro – encontro com o professor [terapeuta/paciente] – vai ser sempre um encontro falhado. Um encontro com o real, que é sempre supressivo e inesperado (p.155)⁷³.

No questionamento de porque é tão difícil cuidar deste tipo de paciente, aparece-nos uma pista: entra-se em contato com uma situação limite, com a doença e a morte. Na história de D.Tereza, por exemplo, ao ficar com rádio, sem resposta, por minutos - que por vezes pareciam horas - emergiam emoções inomináveis, angústia, vergonha. Na história de Lúcia, os gritos transformavam

o silêncio em períodos ainda mais longos e difíceis de suportar. Havia encontro, mas sempre havia também a presença de algo que se esvaía. E aí as palavras de Miller⁸⁴ são perfeitas: “... entre o verdadeiro e o real, há o impossível, que faz, ao mesmo tempo, limite, mas também conexão, algum tipo de encontro” (p.28).

A reconstrução da biografia e da história se dará, portanto, a partir de um encontro falhado terapeuta-paciente-atividade. Criação, abertura, movimento, ambiguidades, limitações e vazios são inerentes. Parte-se da premissa de singularidade dos sujeitos, sempre havendo a possibilidade de fazer laço com outro. O sujeito se compõe de seus registros, que podem se perder de maneira bastante radical frente aos graves acometimentos neurológicos. Dialogando com os artigos científicos tão focados na morfofuncionalidade, podemos usar as palavras de Laurent⁹⁰: “Um sujeito não cessa de ser um sujeito, mesmo que seu corpo seja ‘deficiente’” (p.).

O terapeuta terá como um dos principais instrumentos de investigação (e, por que não, intervenção) a observação; o papel da observação na continuidade do cuidado a este tipo de paciente é fundamental, uma observação ativa e sutil, sempre contextualizada. Sobre a observação e sua importância para o Cuidado, Lima² acrescenta:

... o olhar do terapeuta também é de extrema importância; um olhar que reconhece que os gestos e as produções podem ser articuladas numa linguagem e reconhece o sujeito que as produz. Um olhar que, encontrando aquilo

que ainda não tem tradução, dá-lhe existência no mundo compartilhado (p.139).

A noção de existência no mundo compartilhado descreve a ideia de fazer com que estes sujeitos – independentemente de sua condição – pertençam à vida humana, à sua forma. Os próprios neurologistas que estão neste campo de atuação – que, teoricamente, dialogam mais com as estratégias de intervenção/compreensão baseadas no modelo da morfofuncionalidade – apontam que é necessário seguir as pistas dadas pelos pacientes, através das observações de beira de leito^{10,24}, assim como foi descrito em capítulos anteriores. No caso de Regina, por exemplo, a observação foi mais do que fundamental. E ainda Lima²:

Não basta observar, é preciso contextualizar as observações, buscar estabelecer relações entre elas, ampliar a análise para que se possa compreender melhor os comportamentos inseridos num determinado contexto e sua influência sobre eles. [...]

Sobre o olhar, Benetton⁹¹ contribui:

...é o olhar investido de afeto e técnica, que possibilita a terapeuta ocupacional de tomar primeiro como informação

e mais tarde como uma forma muito particular de se comunicar, o quando, como e o que faz. Para que este investimento adquira na relação terapêutica, como em outras, um valor de troca, é preciso que a terapeuta ocupacional também mostre ao paciente o que observou. Só assim estará estabelecida essa comunicação tão particular (p.111)⁹¹.

O olhar é conceito central da psicanálise, sendo considerado um dos objetos a, ou objeto causa do desejo; designa aquilo que, no objeto que desejamos, faz com que o desejemos⁹². O olhar é distinto do ver; trata-se de algo tecido no processo de constituição do sujeito. Nas palavras de Lacan:

O objeto a é aquilo pelo qual o ser falante, quando está preso nos discursos, se determina. Ele não sabe, em absoluto, o que o determina. É o objeto a, no qual ele é determinado como sujeito, isto é, dividido como sujeito, ou, em outras palavras, é presa do desejo. [...] É algo inteiramente regular, é uma produção, produz matematicamente, pode-se dizer, esse objeto a como causa do referido desejo” (Lacan, 2012, p.71)⁹³.