

### A FORÇA DO SILÊNCIO NA CRIANÇA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*The Strength of Silence in Children: An Experience Report*

*La Fuerza del Silencio en el Niño: Un Relato de Experiencia*

*La Force du Silence chez les Enfants : Un Compte-rendu d'Expérience*

10.5020/23590777.rs.v20i2.e7564

#### **Nathiele Berger Almeida**

Psicóloga com Especialização em Atenção Hospitalar ênfase em Saúde da Criança e do Adolescente, Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná.

#### **Marcos Vinícius Zoreck Portela**

Psicólogo Preceptor do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná.

#### **Resumo**

Este relato de experiência surge da prática clínica da psicologia em um Programa de Residência Integrada e Multiprofissional, com área de concentração a saúde da criança e do adolescente. A partir do estudo da construção social da infância, do significado de *infans* (aquele que não fala) e do contexto de uma criança hospitalizada, abordaram-se as temáticas que permearam os atendimentos clínicos. Como objetivo, buscar-se-á refletir sobre a importância do atendimento psicológico à criança internada, focando nos seguintes temas: o silêncio, a transferência (relação paciente x analista) e a vivência da hospitalização. Será abordada a experiência clínica no atendimento a uma criança, que se apresenta diante de todos os membros da equipe de saúde recusando-se a falar, uma criança que “não fala”. As discussões e construções teóricas realizadas, durante os atendimentos e supervisões clínicas, ocorreram sob a orientação da teoria psicanalítica. Debate-se, ao longo do texto, a temática do silêncio, fator presente nesse tratamento psicanalítico e de extrema relevância para a experiência relatada. Ao final, fala-se sobre a importância da escuta psicológica para o silêncio da criança, do estabelecimento da relação transferencial, da criação de um espaço único de fala e das mudanças que o tratamento implicou a ela.

**Palavras-chave:** criança; hospital; psicanálise; silêncio.

#### **Abstract**

*This experience report arises from the clinical practice of psychology in an Integrated and Multiprofessional Residency Program, with a focus area on children and adolescents health. From the study of the social construction of childhood, the meaning of infans (one who does not speak), and the context of a hospitalized child, the themes that permeated clinical care, were addressed. As an objective, we will seek to reflect on the importance of psychological care to hospitalized children, focusing on the following themes: silence, transference (patient x analyst relationship), and the experience of hospitalization. The clinical experience in the care of a child, who appears in front of all members of the health team refusing to speak, will be addressed, a child who “does not speak”. The theoretical discussions and constructions carried out, during clinical care and supervision, took place under the guidance of psychoanalytic theory. The theme of silence is discussed throughout the text, a factor present in this psychoanalytic treatment and extremely relevant to the reported experience. In the end, we talk about the importance of psychological listening for the child’s silence, the establishment of the transference relationship, the creation of a unique space of speech, and the changes that the treatment implied for the child.*

**Keywords:** child; hospital; psychoanalysis; silence.

## Resumen

*Este relato de experiencia nace de la práctica clínica en psicología en un Programa de Residencia Integrada y Multiprofesional, con área de enfoque la salud del niño y del adolescente. A partir del estudio de la construcción social de la niñez, del significado de infans (aquel que no habla) y do contexto de un niño ingresado, se enfocan las temáticas que comprenden los atendimientos clínicos. Se buscará como objetivo reflexionar sobre la importancia del atendimiento psicológico al niño ingresado, con enfoque en los siguientes temas: el silencio, la transferencia (relación paciente x analista) y la experiencia de la hospitalización. Será abordada la experiencia clínica en el atendimiento a un niño, que se presenta ante todos los miembros del equipo de salud negándose a hablar, un niño que “no habla”. Las discusiones y construcciones teóricas realizadas, durante los atendimientos y supervisiones clínicas, ocurrieron bajo la orientación de la teoría psicoanalítica. Se discute, a lo largo del texto, la temática del silencio, factor presente en este tratamiento psicoanalítico y de extrema relevancia para la experiencia relatada. Al final, se habla sobre la importancia de la escucha psicológica para el silencio del niño, del establecimiento de la relación transferencial, de la creación de un espacio único de habla y de los cambios que el tratamiento implicó a él.*

**Palabras clave:** niño; hospital; psicoanálisis; silencio.

## Résumé

*Ce compte-rendu d'expérience vient de la pratique clinique de la psychologie dans un programme d'Internat intégré et multiprofessionnel, avec un accent sur la santé des enfants et des adolescents. À partir de l'étude de la construction sociale de l'enfance, de la définition «d'infans» (celui qui ne parle pas) et du contexte d'un enfant hospitalisé, les thèmes qui ont imprégné les soins cliniques ont été abordés. Comme objectif, nous chercherons à réfléchir à l'importance du soin psychologique à l'enfant hospitalisé, en nous concentrant sur les thèmes suivants: le silence, le transfert (relation patient x analyste) et l'expérience de l'hospitalisation. Nous irons aborder l'expérience clinique dans le soin à un enfant qui, devant tous les membres de l'équipe de santé, refuse-t-il de parler. Il s'agit, donc, d'un enfant qui «ne parle pas». Les discussions théoriques et les constructions menées pendant les soins et la supervision clinique se sont déroulées sous la direction de la théorie psychanalytique. Le thème du silence est débattu tout au long du texte, car il a apparu comme facteur présent dans ce traitement psychanalytique et, donc, a été extrêmement pertinent dans le contexte de l'expérience rapportée. À la fin, nous parlons de l'importance de l'écoute psychologique pour le silence de l'enfant, de l'établissement de la relation de transfert, de la création d'un espace unique de parole et des changements que le soin a produit dans cet enfant.*

**Mots-clés :** enfant ; hôpital ; psychanalyse ; silence.

---

Este artigo surge a partir de reflexões e da experiência clínica como psicóloga residente de um Programa de Residência Integrada e Multiprofissional em Atenção Hospitalar, em um hospital-escola do estado do Paraná, com eixo de concentração a saúde da criança e do adolescente. Os residentes de psicologia realizam os atendimentos em quatro setores da pediatria do hospital, permanecendo seis meses em cada local: Unidade de Cirurgia Pediátrica, Unidade de Clínica Pediátrica, Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica e Serviço de Emergência Pediátrica. Concomitante às unidades fixas, realizam atendimentos em ambulatórios de especialidades. A ênfase principal do programa de residência multiprofissional, especificamente na área de psicologia, é o atendimento clínico à pacientes internados e acompanhantes nas unidades citadas. Os atendimentos são supervisionados semanalmente e orientados pela teoria psicanalítica.

Neste relato de experiência serão abordadas temáticas relacionadas à internação de uma criança e às possíveis consequências desse período. Como objetivo, buscar-se-á refletir sobre a importância do atendimento psicológico à criança internada, discorrendo sobre os temas do silêncio, da transferência e da vivência da hospitalização. Além disso, refletir-se-á sobre a condição do silêncio e a aposta necessária para o surgimento de um sujeito.

Inicialmente, se impõe a especificidade da prática realizada no hospital. Os atendimentos são clínicos, individuais, de acordo com o desejo do paciente por uma escuta. Para a prática desenvolvida neste estudo, apoiamos nossa conduta na definição de Luiz Claudio Figueiredo sobre a clínica/o clínico, de que:

“o que vai caracterizar a clínica (...) é, antes de mais nada, a submissão do sujeito a um *outro* que irrompe e se eleva à sua frente, expressando sofrimento, fazendo-lhe exigências, desafiando sua capacidade de atenção e hospedagem... Clinicar é, assim, *inclinarse diante de*, dispor-se a *aprender-com*, mesmo que a meta a médio prazo seja *aprender-sobre*”. (p. 73)

A partir do pensamento clínico, questiona-se: por que escutar um paciente? Sousa (2010, p. 7) responde que “aqui [no hospital] o tempo é de urgência, de falas necessárias para que se mantenha a possibilidade de sobrevivência psíquica”. O contexto de uma internação hospitalar pode estar marcado por diversas nuances de subjetividade, marcada pela singularidade dos pacientes e de suas famílias. Por sua vez, por que escutar uma criança? O que se encontrará no atendimento às crianças em situação de internação hospitalar? Reflete-se que, no hospital, não se escuta apenas a criança e sua doença, mas trabalha-se sob a ótica de diversas formas estereotipadas de condução do tratamento. Além disso, surgirão as “angústias próprias da criança hospitalizada, mas também angústias da família e da equipe que interferem na condução da cura” (p. 2).

Assim, o trabalho do analista no hospital geral irá encontrar diversas demandas, principalmente a de “ocupar-se das palavras que não podem ser ditas, facilitar a possibilidade de sua circulação, reconhecer que a verdade dita é sempre menos angustiante do que seu ocultamento” (Sousa, 2010, p. 5).

Inicialmente, apresenta-se a descrição dos métodos utilizados na experiência para descrevê-la. Depois, segue-se com uma reflexão sobre o lugar social da criança, para que se possa pensar na condição subjetiva de uma criança em processo de internação hospitalar. Para as reflexões posteriores desta experiência, utilizar-se-ão fragmentos da experiência clínica da psicóloga, realizados em uma unidade de internação de clínica pediátrica.

### O Percurso do Método

“(…) enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições”. (Freud, 1912, p. 128)

Trata-se de um texto descritivo, na modalidade “relato de experiência”, que se define pelo objetivo de valorizar a pessoa que vivenciou a prática profissional, assim como seus participantes. Esse tipo de estudo deve ser marcado pela diversidade e riqueza da subjetividade humana. Ainda demarca que os preceitos éticos devem ser respeitados ao longo de toda a prática profissional, e o foco do estudo deve recair sobre a qualidade da experiência vivenciada (Perrota, 2004).

Esta prática ocorreu no período cronológico de dois anos, possibilitando a construção de um percurso singular, em ambiente não convencional para a vivência clínica. Os atendimentos ocorriam observando as condições clínicas da paciente e os demais fatores subjetivos que envolviam a relação terapêutica. A estrutura temporal dos atendimentos não era pré-determinada, já que “os processos do sistema *Ics.* são intemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo” (Freud, 1915, p. 214).

Além da experiência, este relato baseia-se no método clínico psicanalítico, através da associação livre, da atenção flutuante. Utiliza-se a circulação da palavra, que Freud (1926) afirmava ser “um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas” (p.183). Na associação livre, Freud (1913) orienta ao paciente que “o que vai me dizer deve diferir, *sob determinado aspecto*, de uma conversa comum (...). Assim diga tudo que lhe passa pela mente. Finalmente, jamais esqueça que prometeu ser absolutamente honesto e nunca deixar nada de fora porque, por uma razão ou outra, é desagradável dizê-lo” (p. 149-150). A atenção flutuante “consiste simplesmente em não dirigir o reparo para algo específico e em manter a mesma ‘atenção uniformemente suspensa’ (...) em face de tudo o que se escuta (Freud, 1912, p. 125). Além disso, as supervisões clínicas foram instrumentos de relevância para a condução da experiência e do percurso clínico da psicóloga.

Para compreender melhor a escuta do silêncio, buscou-se o apoio de textos psicanalíticos e artigos publicados sobre o tema, sendo encontrada uma limitação de conteúdos publicados sobre o silêncio, valorizando a necessidade da discussão sobre o silêncio.

### Para Nós, a Criança

Ao pensar como seria a vida de uma criança na sociedade contemporânea, imaginam-se crianças saudáveis e felizes, frequentando a escola, brincando em parques, acompanhadas pela família e amigos. Essa é a infância socialmente esperada, almejada e protegida pela legislação e políticas públicas. É difícil imaginar que pode haver outro lado, no qual se pode visualizar diferentes infâncias, como a das crianças que estão em situação de institucionalização, abandono, vivência de rua ou de doença. Contudo nem sempre foi possível imaginar as diversas facetas da infância. Nascimento, Brancher e Oliveira (2008) referem que, até meados do século XVIII, a vida era relativamente igual para todas as idades, não existindo estágios claramente distintos de desenvolvimento.

Entre os principais estudiosos sobre a infância, Philippe Ariès (1978) escreve sobre o processo de constituição do lugar da criança na sociedade, através da construção do sentimento de infância. O autor fala sobre a criança em dois principais

momentos da história: nas sociedades tradicionais e na sociedade industrial. Dessa forma, para as sociedades tradicionais, a criança e a infância não ocupavam um espaço nas famílias, pois, “de criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem” (p. IX). Assim, quando uma criança adoecia e morria, não havia grande comoção na comunidade, pois logo essa criança seria substituída por outra. Nesse sentido, “a criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato” (p. X). Já na sociedade industrial, a família iniciava uma nova forma de organização, na qual a criança ocupava um espaço central, criando um ambiente afetivo, em que o anonimato não existia mais. Além disso, a perda de uma criança era causa de enorme dor para os pais e familiares, que não encontravam forma de substituir o filho.

Questões relacionadas ao adoecimento de uma criança, contudo, não eram discutidas. Se algo trágico acontecesse a um, havia muitos outros filhos para cuidar. Ariès (1978) escreve que se tornou necessário limitar o número de crianças para um melhor cuidado, causando a redução involuntária das taxas de natalidade observadas no século XVIII. Com a valorização da criança pelas famílias industriais, ocorre a não aceitação da morte, de modo que, para diminuir esses fatos, os casais passaram a ter menos filhos. Para Levin (1997), foi a partir das ideias de proteção, amparo e dependência que surgiu a noção de infância. As crianças, vistas apenas como seres biológicos, necessitavam de grandes cuidados e, também, de uma rígida disciplina, a fim de transformá-las em adultos socialmente aceitos.

Salles (2005) argumenta que a criança só pode ser compreendida no contexto da sociedade em que está inserida, pois indivíduo e sociedade são entrelaçados. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que existem várias formas de infância, “porque não existe uma única, e sim, em mesmos espaços têm-se diferentes infâncias, resultado de realidades que estão em confronto” (Demartini, 2001, p. 4). Ainda, para Adatto (1998), as fronteiras entre a infância e a idade adulta estão cada vez mais tênues. Os reflexos disso podem ser vistos nos mais diversos âmbitos do cotidiano de uma criança, como na escola, no grupo de amigos, na família ou, ainda, no contexto de uma internação hospitalar.

A esse respeito, Gurski (2012) questiona: “como dar conta da dimensão simbólica da criança no Brasil? Como pensar a infância no plural?” (p. 71). Reflete-se que não há uma resposta geral ou estática para os questionamentos do autor. Contudo fazemos pensar sobre a importância de compreender cada criança em sua singularidade, respeitando sua história e seus desejos.

A partir das reflexões acima, introduz-se um novo contexto: as crianças atendidas em um hospital. Quais as diferenças entre elas e as crianças não hospitalizadas? Existem diferenças? Quantas singularidades vamos encontrar no atendimento a esses sujeitos? Todas as crianças internadas em hospital estão doentes?

Com a leitura de artigos sobre a temática da vivência hospitalar da criança (Ribeiro & Ângelo, 2005; Schmitz, 1989; Quintana, Arpini, Pereira & Santos, 2007), percebe-se que a maioria dos textos abordam questões relacionadas aos traumas que podem advir da internação e focam nos possíveis medos que as crianças enfrentarão dentro do hospital. Contudo são afirmações realizadas a partir do ponto de vista de pais, cuidadores, equipe de enfermagem. Então, quem ouve as crianças? Para ouvir, a lógica é que tenha som, contudo, no livro *Psicanálise e hospital - a criança e sua dor* (1999), organizado por Marisa Decat de Moura, no prefácio (não paginado), Célio Garcia refere-se brevemente ao surgimento da infância, caracterizando como “o período em que o interessado não fala! *In-fans*, quer dizer não-fala(sic)! Por isso, falamos da criança: os pais falam das crianças, os educadores são solicitados a fazer palestras sobre a infância...” (prefácio). Se a criança não fala, por que o adulto irá escutá-la? Partindo dessa ideia de que a criança “não fala”, apresenta-se a paciente Lara, aquela que não fala.

A paciente Lara (nome fictício), tinha seis anos no momento de sua internação, provinha da zona rural de uma cidade do interior do estado, tinha pais jovens e irmãos gêmeos recém-nascidos. Após apresentar sintomas como febre, manchas no corpo e dores, foi diagnosticada com aplasia de medula óssea. Para prosseguir o tratamento clínico, mudou-se com o pai para a capital do estado.

## A Hospitalização

No primeiro contato, Lara apresentou-se timidamente. Mesmo sendo estimulada por questionamentos da psicóloga, ela não falou, apenas sorriu e fez gestos com a cabeça. Nesses atendimentos iniciais, o objetivo era tentar estabelecer o vínculo com a paciente. Lara recorria ao pai, através do olhar, para que não precisasse se comunicar verbalmente. Por vezes, fez uso do recurso fotográfico para “apresentar” as pessoas da família.

Em um segundo momento, Lara vem ao hospital acompanhada da avó. Nos atendimentos, percebe-se que a menina está sofrendo com os efeitos colaterais das medicações e do tratamento. A família e a psicóloga observavam as mudanças da criança: a família atribuía ao fato de Lara estar “menos animada”, por outro lado, a psicóloga identificava, através do olhar, do retraimento corporal, dos gestos, a tristeza e a angústia expressas pelo silêncio dela. A partir do processo de hospitalização dessa criança, pode-se refletir sobre as diversas consequências de uma internação. Bowlby (1998) afirma que uma criança internada em um hospital estará sujeita a uma série de procedimentos médicos que são sempre estranhos, talvez dolorosos, e, certamente, aterrorizantes.

O tratamento médico prosseguiu por longas semanas, nas quais Lara mostrava-se mais chorosa, retraída, pouca expressiva. A psicóloga mantinha a rotina de atendimentos e a equipe multiprofissional demandava uma resposta, uma solução: a de fazer Lara falar. Para Ribeiro e Ângelo (2005), a internação pode apresentar-se como uma fonte de estresse, podendo fazer com que a criança fique emocionalmente traumatizada, necessitando de apoio para elaborar essas situações.

Essa situação pode representar um distanciamento da vida de que ela conhecia até então. Calvett, Silva e Gauer (2008, p. 230) afirmam que “o hospital representa para a criança um ambiente desconhecido, restrito de possibilidades de atividades como o brincar, sendo um lugar muitas vezes de solidão, tristeza, saudade de casa, dos familiares, dos amigos e colegas”. Com a formação do vínculo terapêutico, Lara começa a se expressar, servindo-se da voz de seu pai ou, ainda, de fotos que apresentavam sua rotina anterior à hospitalização.

Com constantes internações, somadas à impossibilidade de que Lara voltasse ao interior, após dois meses, a mãe e os irmãos se mudaram para a cidade onde o tratamento estava ocorrendo. Assim, a mãe volta a assumir um lugar no cuidado da filha, inclusive durante as internações. Apesar da hospitalização da criança influenciar a vida de todos os membros de sua família, cada pessoa envolvida nesse processo tem uma experiência singular diretamente relacionada às atividades assumidas (Oliveira et al, 2010). É recomendável que cada pessoa envolvida reorganize-se para estar presente, nesse momento da vida da criança, sempre que possível. Sobre esse aspecto, Lustosa (2007) refletiu:

A internação hospitalar da criança apresenta-se, para a família, como a interrupção do previsto, a desordem do costumeiro, a urgência do enfrentamento do duvidoso, do temível, do desconhecido. Instala-se, quase sempre, uma crise, determinando um momento complicado na vida de qualquer um. Esta crise trazida pelo advento de uma doença sustenta uma ruptura com o estilo de vida anterior, uma perda do conhecido andamento da vida como ela era, uma situação de risco, uma mudança não buscada, significando, muitas vezes uma transição importante e significativa. (pp. 4-5)

Nesse momento, de possível crise, reflete-se que “fazer a oferta dessa escuta através deste lugar (analista) poderá ajudar a criança no processo de ‘interna-ção’, possibilitando a saída do imaginário para o simbólico” (Oliveira, 1999, p. 30), fazendo com que a criança tenha mais autonomia e entendimento frente aos procedimentos aos quais será submetida. Além disso, Carvalho (2011) convida a refletir sobre a necessidade que a criança terá de reconstruir sua identidade, buscando novas referências, novos alicerces emocionais para apoiar seu conhecimento.

Para isso, reagirá de maneiras diversas frente à nova realidade. E, ao psicólogo, cabe acolher suas respostas, identificando a presença do singular, além daquilo que é manifestado pela doença. Isso será possível através da escuta psicanalítica, que “assume que há uma forma única de dizer em cada um de nossos pacientes, que este é o modo como cada qual precisa e requer ser cuidado” (Dunker & Thebas, 2019, p. 38), afirmando-se a necessidade da persistência do analista, da presença física, sem o intuito de pressionar, mas de colocar-se disponível para escutar, “trata-se não apenas de uma decisão técnica, mas principalmente ética, que é a de acolher e aceitar a aposta com aquela pessoa” (p.102).

## O Silêncio

O pai relatou que Lara quase não falava mais com ele e a mãe, somente quando insistiam muito com ela. Oliveira (1999) questionou: “o que será que o adulto não consegue escutar da criança?” (p. 27). No contexto desses atendimentos, a psicóloga questionava-se diariamente: como atender uma criança que não fala?

Nesses momentos de encontro com o inesperado, o analista é convocado a desenvolver novas habilidades, reconhecer a importância de outras formas de comunicação. Normalmente, confia-se na voz e no olhar. E quando a voz desaparece, é possível sentir uma espécie de desamparo frente ao silêncio, já que não há nada que sugira uma orientação de para onde o atendimento vai se encaminhar. Figueiredo (1995) reflete que:

é mais fácil dirigir o olhar que a escuta; é mais fácil abrir e fechar os olhos que os ouvidos. Os olhos pedem luz para funcionar, os ouvidos funcionam melhor no silêncio. *Os olhos se lançam sobre o mundo iluminado à procura, enquanto os ouvidos esperam silenciosamente.* (p. 74, grifos do autor)

Com o avanço do tratamento, a psicóloga desenvolve formas de escutar o silêncio de Lara, que era, ao mesmo tempo, ensurdecador. Como consequência das diversas internações e da piora do estado geral, deterioraram-se os cuidados pessoais com o corpo e o cabelo, e permanecia cabisbaixa, não olhando para as pessoas em sua volta. Fecha-se para a relação com o outro, ou seja, com a equipe que, insistentemente, pedia que ela falasse. Durante os atendimentos com a psicóloga, ela sempre se mostrou atenta ao que era falado, mas não respondia e era essencial que a sua opção pelo silêncio fosse respeitada,

já que todos insistiam muito para que falasse. D’Incao (2007, p. 2), aponta que “o silêncio vai muito além da ausência de palavras ou ruídos, ele traz consigo significados que, algumas vezes, gritam e, outras vezes, calam a alma”.

Após alguns meses, a psicóloga compreendeu que o silêncio representava algo. Algo que, até então, era desconhecido, mas que poderia começar a ser denominado como transferência, já que ainda, segundo a autora (p. 2), “é através do silêncio, onde muitas vezes o paciente não tem nada a dizer e o analista se cala, que se cria o espaço para a transferência”. Na clínica psicanalítica, a transferência tem “o sentido de estabelecimento de um laço afetivo intenso, que se instaura de forma quase automática e independente da realidade, na relação com o médico, revelando o pivô em torno do qual gira a organização subjetiva do paciente” (Maurano, 2006, pp. 15-16). O psicanalista coloca-se à escuta do sofrimento e confia que, através do estabelecimento desse laço e da escuta singular poderá construir o seu lugar com ao paciente. Aos poucos, percebeu-se que a via do humor a resgatava do estado de apatia. Seria uma forma que ela encontrou para se expressar, através dos risos e sorrisos?

O pedido do pai e da equipe pela fala de Lara permeava os atendimentos, já que todos perguntavam-se: o que havia por trás do silêncio dessa menina de seis anos? Nasio (2010) escreveu que “o silêncio do paciente ou do analista, silêncio crônico ou efêmero, silêncio de resistência ou de abertura do inconsciente, ele constitui um fato analítico de primeira importância no desenrolar de um tratamento” (pág. 7). Nas supervisões clínicas, questionava-se sobre o silêncio, sobre a possibilidade do trabalho psicanalítico, mas sabia-se que era necessário manter esse espaço, manter a presença do outro que respeitava a criança em sua particularidade. “O silêncio que pode ser experienciado de maneira confortável por ambos, paciente e analista, é aquele em que há ausência do medo” (D’Incao, 2007, p. 3).

Antes de iniciar os atendimentos, ainda na porta do quarto, perguntava-se a ela se poderia entrar e respeitava-se sua resposta. Em determinado período, também utilizava-se de gestos para perguntar. Ela estava muito debilitada pela doença, e essa condição exigia que a comunicação fosse facilitada. Moretto (2002, p. 44) escreveu que “a linguagem é uma contingência simbólica em que todos nós estamos inseridos, é condição que nos precede e nos sucede, desde que ele [o homem] nasce está preso nessa estrutura de linguagem e depende dela, ele não pode decidir não ser um ser de linguagem, ainda que possa decidir não falar”. Essa decisão era possibilitada, acolhida e respeitada durante os atendimentos clínicos. E isso só era possível porque “o analista insistia e persistia, apostando em [Lara]. Apostando no sujeito que surgiria atrás daquele silêncio. Um sujeito sofrendo, questionando e, acima de tudo, desejando” (Oliveira, 1999, p. 29).

### **Lara: Aquela que Fala**

Em determinado momento, a psicóloga acena pela janela do quarto e Lara responde com um sorriso. Ela estava sozinha e acenou para que o atendimento iniciasse. Moretto (2002, p. 20) afirma: “não recue diante do hospital, ali há gente que fala e, mais ainda, que deseja, [mais ainda] que precisa falar”. Ao questioná-la se estava tudo bem, ela respondeu que sim, respondendo também as demais perguntas com a voz baixa e usando breves palavras. Estabeleceu-se um diálogo pela primeira vez: “falar é revelar-se. É expor-se. É quebrar sigilo. É desvendar mistérios” (Ferreira, 2009, p. 22).

Nesse atendimento, Lara relatou sobre o seu final de semana, sobre a família, reclamou e falou de dor física. Sorrindo, elencou diversos presentes que havia ganhado no dia. “Sobre “o quê” essa criança não fala, sobre sua dor? Que dor? A dor física? Dessa dor ela também não falava, nem manifestava qualquer sentimento. (...) Mas e a outra dor? A dor de estar ali, possivelmente destituída de sua subjetividade, diante da doença e internação?” (Oliveira, 1999, p. 29). Essa foi primeira interação verbal entre a psicóloga e Lara: “o tempo e o trabalho de encontrar as palavras demandam cuidado” (Dunker & Thebas, 2019, p. 41).

Esse diálogo gerou muitas questões para a psicóloga, e um alerta de cuidado ficou de pano de fundo: até onde se podia ir nesse diálogo? Moretto (2002, p. 14) alerta que “clínica é tomar decisões, logo riscos. [...] requer um pensamento e uma escuta implicada, logo desejo”. Aquele foi o momento determinante, em que Lara, pela primeira vez, após inúmeros encontros, endereçou sua fala diretamente à psicóloga. Para o pai, significou um avanço na direção da melhora. Ele perguntou a Lara se ela havia revelado que dia era aquele, Lara respondeu negativamente ao pai e afirmou com relativo desdém: “hoje é meu aniversário de sete anos”.

Pode-se refletir que existem momentos marcantes na vida de uma criança e o aniversário seria um desses momentos, em que o desejo de viver pode se sobrepor às dificuldades de um tratamento médico. Além disso, com a manutenção da oferta de escuta e a garantia da presença, Lara transpôs as resistências que se desenvolveram desde o início desse tratamento, consolidando a transferência. Para a psicóloga, esse dia demarca um novo momento no trabalho psicoterapêutico, pois houve o elemento surpresa, não esperado. Levin (2002) aponta que:

É bem verdade que teremos de passar por momentos de desordem, de desconcerto e descontrolo, onde pode aparecer a dor do sofrimento da criança... Mas é a única maneira de a criança encontrar uma versão possível do seu padecimento, onde ela possa descerrar seu véu nas representações que vier a produzir. (p. 17)

Na continuidade dos atendimentos, os diálogos tornaram-se complexos, abordando questões familiares, que implicam sofrimento à criança. Através da brincadeira e do espaço sem julgamentos, Lara conseguia transmitir uma parte de suas dores. Que criança era essa que se apresentava em seu discurso? Sua realidade psíquica, seus dramas e sua singularidade abriam as portas para o medo do desconhecido, para a doença, com o agravamento de seu quadro clínico. Mannoni (1971) pontua que:

Para a criança, são as palavras pronunciadas pelo seu grupo a respeito da doença que vão adquirir importância. São essas palavras ou a ausência delas que vão criar nela a dimensão da experiência vivida. É também a verbalização de uma situação dolorosa que pode permitir-lhe dar um sentido ao que vive. (p. 65)

Devido à piora no quadro clínico, Lara é transferida para a Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica, onde permaneceu sob sedação e ventilação mecânica por sete dias, em estado grave. Mesmo nesse contexto, realizaram-se encontros diários com a paciente. Falou-se sobre o local que ela estava, informações para localizá-la no tempo e no espaço, sobre as condições climáticas e quem estava acompanhando-a. Apostou-se, mais uma vez, na importância de garantir a presença, mesmo em momentos como esse.

Com a melhora do quadro, Lara acorda e se mostra muito assustada devido aos processos invasivos que novamente sofreu. Devido a isso, os atendimentos retornaram ao ponto inicial: o silêncio, os gestos e os olhares. Conforme Padrão (2009, p. 102), “acolher os silêncios dos pacientes significa, acima de tudo, lhes oferecer uma escuta verdadeiramente analítica: aquela que está para além de ouvir as palavras, que se define pelo não dito, pela comunicação entre o inconsciente do analista e do analisando”.

A demanda externa pela fala de Lara retorna. Todos queriam que a psicóloga explicasse o que motivava o silêncio, o que ele representava. Fez-se necessário o início do protocolo de transplante de medula óssea. Os médicos solicitaram à psicóloga que “conversasse” com a menina, pois ela estava muito quieta, “deveria ser ansiedade com o transplante”. Contudo a menina havia entrado em um novo mistério sobre sua vida e questiona: “o que tem lá fora?”, “o que tem lá em cima?”. Lara seria transferida para o setor de transplantes do hospital, que se localizava um andar acima da unidade na qual ela costumava se internar. Entendeu-se essa pergunta como uma abertura para o novo, o desconhecido e para as dúvidas sobre mais uma mudança em sua vida. Se o *setting* analítico fosse o consultório, esse momento seria a marca simbólica do início do trabalho analítico, implicando o comprometimento com a regra fundamental da psicanálise.

Aos poucos se estabeleceu um espaço de fala único. Lara não falava diante de qualquer outro membro da equipe médica, de enfermagem ou multiprofissional. Logo, durante os atendimentos psicológicos, mesmo que estivesse contando uma história, relatando algum fato, se alguém entrava no quarto, ela se calava. Qual a razão dessa decisão por parte de Lara? Lara estava em análise, delimitando o discurso e o espaço. Nesses momentos, coube à psicóloga manter o silêncio, junto com Lara, aguardando que o momento se fizesse singular novamente. Nesse espaço, Lara elaborou as questões relacionadas à doença, às mudanças de vida, e encontrou algo novo para desejar. D’Incao aposta que “cada momento de silêncio apresenta a singularidade do paciente e do par” (p. 1), o que demonstra a força do silêncio dessa criança, que só é possível de transpô-la pelo vínculo transferencial.

### Considerações Finais

“Eu tenho fé na força do silêncio / A fé que me faz / Aceitar o tempo / Muito além dos jornais / E assim mergulhar no escuro / Pular o muro / Pra onda passar”. (Gessinger & Leindecker, 2009)

A temática do silêncio se apresentou, neste caso, como um desafio, uma barreira para o percurso clínico da psicóloga. Exigiu estudo teórico para basear as tentativas de sobrepor esse obstáculo, descobrindo-se como ouvi-lo e se constatando que o silêncio “diz” muito quando é designada a devida atenção sobre suas nuances. Ainda, compreendeu-se que, o silêncio possibilita que os pacientes questionem e reflitam sobre a vida, o adoecimento e a hospitalização. Esse percurso representou um processo, venceu fortes resistências e sustentou-se no desejo de escutar além do que pode ser verbalizado.

Essa experiência tornou-se relevante por suscitar a discussão de um tema não recorrente na clínica, afinal, é pouco comum a um psicanalista estar diante de uma criança que não fala. O silêncio de Lara produzia angústia em todos. Uma criança que recusa a oferta produz esse efeito no ofertante. Por exemplo, a anorexia infantil é uma ilustração da angústia vivida pelas famílias e equipes de saúde. A anoréxica recusa-se a comer. Lara recusava-se a falar. Tal postura de Lara e seus efeitos sobre a psicóloga e a equipe foram objeto de várias discussões de caso em supervisão. O silêncio causava angústia, mas suscitava a busca por compreender o não dito, manter a oferta da escuta, do trabalho, para que surgisse a demanda da criança em falar.

Fez-se necessária a sutileza da compreensão de que cada paciente terá a própria forma de expressar seu sofrimento e construir novas representações para suas vivências. Ao deparar-se com a muralha do silêncio, poderia ter desistido, ter evitado a paciente ou, ainda, exigido que ela falasse. Era algo completamente fora do habitual: como alguém não fala e por tanto tempo? Essas dificuldades puderam ser superadas, pois se apostou que essa criança estava sofrendo,

mas que encontraria caminhos para expressar toda a sua dor. Essa experiência mostrou-se transformadora. Oportunizou aprendizagens únicas e transformou a escuta e a forma de trabalho.

### Referências

- Adatto, K. (1998, maio 25). Conceito de infância passa por transformação. *O Estado de São Paulo*. Link
- Ariès, P. (1973). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda: Tristeza e depressão* (2a ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Calvett, P. U., Silva, L. M., & Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *Psic.*, 9(2), 229-234.
- Carvalho, A. M. S. (2011) *Psicanálise e hospital: Há ato analítico? Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, MG.
- Demartini, P. (2002). Contribuições da sociologia da infância: Focando o olhar. *Zero-A-Seis*, 4(6), 33-44. Link
- D’Incao, D. B. (2007). Silêncio que Cala, ou Silêncio que Fala? *Contemporânea - Psicanálise e Transdisciplinaridade*, (3), 254-260. Link
- Dunker, C., & Thebas, C. (2019). *O palhaço e o psicanalista: Como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planetas do Brasil.
- Ferreira, J. B. (2009). Palavras do silêncio. *Cad. Psicanálise*, 31(22),13-36. Link
- Figueiredo, L. C. (1995). Investigação em Psicologia Clínica. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicologia no Brasil: Direções Epistemológicas* (pp. 65-80). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Freud, S. (2006). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In J. Strachey (Ed), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 125-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (2006). Sobre o início do tratamento. In J. Strachey (Ed), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 137-158). Rio de Janeiro: Imago (Publicado originalmente em 1913)
- Freud, S. (2006). A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. In J. Strachey (Ed), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 173-241). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926[1925])
- Garcia, C. (1999). Prefácio. In M. D. Moura (Org.), *A criança e sua dor* (não paginado). Rio de Janeiro: Revinter.
- Gessinger, H., & Leindecker, D. (2009). A força do silêncio [Gravada por Pouca Vogal]. Em *Pouca Vogal (Ao vivo)* [CD]. Porto Alegre, RS: Stereophonica.
- Gurski, R. (2012). O lugar simbólico da criança no Brasil. *Educação em revista*, 28(1), 61-78. DOI: 10.1590/S0102-46982012000100004
- Levin, E. (1997). *A infância em cena – Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Levin, E. (2002). *A função do filho: Labirintos da infância*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua “doença” e os outros: O sistema e a palavra* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

- Maurano, D. (2006) *A transferência*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, M. D. (1999). *Psicanálise e hospital: A criança e sua dor*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Nascimento, C. T., Brancher, V. R., & Oliveira, V. F. (2008). A construção social do conceito de infância: Algumas interlocuções históricas e sociológicas. *Revista Contexto & Educação*, 23(79), 47-63. Link
- Nasio, J.-D. (2010) *O silêncio na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Oliveira, L. C. S. (1999). A criança que se cala. In M. D. Moura (Org.), *A criança e sua dor* (pp. 27-32). Rio de Janeiro: Revinter.
- Oliveira, R. R., Santos, L. F., Marinho, K. C., Cordeiro, J. A. B. L., Salge, A. K. M., & Siqueira, K. M. (2010). Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: Uma análise fenomenológica. *Ciênc Cuid Saúde* 9(2), 374-382. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v9i2.11250
- Padrão, C. B. (2009). Considerações sobre o silêncio na clínica psicanalítica: Dos primórdios aos dias atuais. *Cad. Psicanálise*, 31(22), 91-103. Link
- Perrotta, C. (2004). *Um texto pra chamar de seu: Preliminares sobre a produção do texto acadêmico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Quintana, A. M., Arpini, D. M., Pereira, C. R. R., & Santos, M. S. (2007). A vivência hospitalar no olhar da criança internada. *Cienc Cuid Saude*, 6(4), 414-423. Link
- Ribeiro, C. A., & Ângelo, M. (2005). O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: Um modelo teórico. *Rev Esc Enferm USP*, 39(4), 391-400.
- Salles, L. M. F. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: Alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 22(1), 33-41. DOI: 10.1590/S0080-62342005000400004
- Souza, M. R. L. (2010). A criança, sua doença e o hospital como espaço terapêutico. *Percurso*, 44(1). Link
- Sousa, A. M. (2012). *Fatores prognósticos para sobrevivência após transplante de medula óssea em portadores de anemia aplástica*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, RJ.

**Como citar:**

Almeida, N. B., & Portela M. V. Z. (2020). A Força do Silêncio na Criança: Um Relato de Experiência. *Revista Subjetividades*, 20(2), e7564. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e7564>

---

**Endereço para correspondência**

Nathiele Berger Almeida  
E-mail: [nathielebalmeida@gmail.com](mailto:nathielebalmeida@gmail.com)

Marcos Vinicius Zoreck Portela  
E-mail: [mvzportela@gmail.com](mailto:mvzportela@gmail.com)

**Recebido em:** 26/02/2018

**Revisado em:** 15/05/2020

**Aceito em:** 06/06/2020

**Publicado online:** 15/10/2020