

# Cuidado defensivo: defesa social em instituições de saúde<sup>1</sup>

Ricardo Readí G.<sup>2</sup>, Londres

*O presente trabalho consiste em uma abordagem do conceito de Defesa Social, que consolida uma forma de aplicar o pensamento psicanalítico às institucionalidades humanas. O autor descreverá rapidamente o caminho percorrido pela teoria psicanalítica até delimitar esse conceito, para depois enfatizar suas implicações para as instituições de saúde. Aponta-se a importância de considerar as formas em que defesas individuais tendem ao conluio com os mecanismos inconscientes do grupo institucionalizado, quando certas condições serão decisivas para a contenção dos estados mentais primitivos. Será enfatizada a possibilidade dessas dinâmicas terem efeitos concretos na capacidade e saúde dos trabalhadores, no tratamento de seus pacientes e, sobretudo, na perda de sentido que referidas pessoas experimentam em sua relação com essa instituição. Duas vinhetas são incluídas para tentar ilustrar tais dinâmicas.*

*Palavras-chaves: Defesas sociais; Instituições de saúde; Elizabeth Menzies; Wilfred R. Bion*

<sup>1</sup> Original publicado em: Readí, R. (2020). Cuidados defensivos: defensas sociales em instituciones de salud. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 35(1-2), 120-139.

<sup>2</sup> Psicólogo. Psicanalista. Membro da Asociación Psicoanalítica Chilena (APCh)/International Psychoanalytical Association (IPA).

Ricardo Readi G.

---

*“Família californiana furiosa após hospital usar robô para dizer ao avô que ele está morrendo” (The Guardian, 2019, s/p.)*

A notícia constante na manchete do jornal conta-nos a experiência vivida por um ancião ao ser visitado por uma máquina que transmitia o vídeo de um médico, o qual tinha sido encarregado de lhe dar essa dolorosa notícia. As racionalizações feitas pelos responsáveis do hospital sobre os motivos para a utilização desse procedimento não conseguem dar conta da complexidade do fenômeno. Dentro da reportagem, chama a atenção o comentário de um especialista em medicina paliativa, que diz que nem toda conversa presencial tem empatia e compaixão, justificando o uso do robô. Também chama a atenção a declaração da neta, que estava presente no momento do ocorrido. Ela insiste em salientar como o seu avô era bom e que ele não merecia isso.

No presente trabalho, faremos uma reflexão psicanaliticamente informada sobre a dinâmica inconsciente presente em uma instituição de saúde. O objetivo é desenvolver em profundidade o modelo de defesas sociais elaborado a partir da tradição britânica de relações objetais, com ênfase no contato e intercâmbio entre mentes. A manchete citada é um exemplo representativo de situações que ocorrem com frequência nas instituições de saúde, em que os envolvidos experimentam estados mentais de retraimento, culpa e/ou perseguição, afastando-os do contexto no qual se encontram, degradando o sentido que esse tipo de relação tem.

Um eixo condutor para este trabalho e para os desenvolvimentos teóricos aqui expostos será a obra de Bion vinculada a suas *experiências em grupos*. Sua capacidade para perceber e descrever a força da grupalidade tem sido uma inspiração para todos nós que pensamos e trabalhamos com tal nível da experiência humana. A partir dessa perspectiva, irá se trabalhar as decisivas contribuições de Elliot Jaques e Isabel Menzies na criação e aplicação do conceito de defesas sociais. Posteriormente, serão incluídos alguns exemplos que servirão para ilustrar essas ideias e propiciar uma reflexão nos comentários finais.

## **Bion e as dinâmicas grupais**

Um resultado interessante da crescente familiaridade com o dilema do indivíduo é a demonstração de que não há como o indivíduo, em grupo, ‘fazer qualquer coisa’ – nem mesmo fazendo qualquer coisa. Assim teríamos

voltado mais uma vez, embora de um ângulo diferente, à nossa suspeita de que todos os membros de um grupo são responsáveis pelo comportamento do grupo. (Bion, 1961/2014, p. 188)

Dessa forma, Bion faz uma declaração contundente sobre a relação entre o grupo e seus membros. O efeito de fazer parte de um grupo vai ser decisivo para o que acontece com o indivíduo, e o funcionamento do grupo está baseado no que um determinado indivíduo chega a representar para ele.

Em outras palavras, as expressões e a participação geral de um membro do grupo dependem de qual aspecto do grupo ele está encarregado, do que ele esteja apoiando para o grupo, na relação com os demais aspectos representados pelos outros membros. O grupo recria uma situação em que a sobrevivência é experimentada inconscientemente como um objetivo, e o companheirismo como identificação: o grupo só pode sobreviver como um todo, pois seus membros são partes de um mesmo *self* ampliado.

Essa mentalidade grupal tem um caráter muito primitivo, sendo essencial para a natureza humana. É parte de um cenário constitucional, baseando-se na necessidade de sobrevivência. Também é importante considerar a tensão entre nossas tendências gregárias e nossos esforços de individuação. Haveria uma predisposição pessoal para ocupar um determinado papel ou para representar determinada constelação de conflitos na relação com os outros. Bion introduziu o conceito de Valência refletindo sobre as individualidades dentro do grupo:

Refiro-me, mediante seu uso, à preparação do indivíduo para entrar em combinação com o grupo... se sua capacidade para esse combinação é grande, eu falarei de uma grande Valência, se é pequena, de baixa Valência; nós poderíamos não ter Valência nenhuma, em minha opinião, somente ao deixar de ser humanos, no que diz respeito ao funcionamento mental. (Bion, 1961/2014, p. 187)

A participação em um grupo implica um estado mental particular. Há um considerável senso de unidade e *conspiração* inconscientes, que só podem ser alcançados mediante a renúncia de certas fronteiras entre os *Eu* das pessoas presentes. Para que isso seja possível, deve existir uma regressão suficiente, que caracteristicamente implica o uso de certos mecanismos defensivos, fazendo com que também deixem de ser claros os limites entre o mundo interno e a realidade externa.

Ricardo Readi G.

---

Gostaria de mostrar que, em seu contato com as complexidades da vida em grupo, o adulto recorre, no que poderia ser uma regressão massiva, aos mecanismos descritos por Melanie Klein (1931, 1946) como típicos nas primeiras fases da vida mental. O adulto deve estabelecer contato com a vida emocional do grupo em que vive; essa tarefa parece ser tão formidável para o adulto quanto a relação com o seio é para a criança... A crença de que o grupo existe, diferenciado de uma soma de indivíduos, é parte essencial dessa egressão, como também são as características atribuídas pelo indivíduo a esse suposto grupo. (Bion, 1961/2014, p. 207)

Sobre essa mentalidade de grupo, Bion (1961/2014) explica que existem certos pressupostos inconscientes compartilhados por todos os membros do grupo em um dado momento, determinando temporariamente o seu funcionamento. Ele descreveu três *Pressupostos Básicos*:

a) Dependência – A dependência é em relação ao líder, de quem se espera que proporcione a satisfação de todas as necessidades dos membros do grupo. As capacidades do líder são exageradas, assim como a passividade dos outros membros.

b) Ataque e fuga – Aqui o pressuposto é a necessidade de atacar e/ou fugir de um inimigo externo. As ansiedades persecutórias dão a ilusão de um sentido de união centrado em conflitos com algo estranho; o foco está longe do cumprimento da tarefa em si, ao passo que as motivações se sustentam pelo medo e hostilidade.

c) Pareamento – Leva à crença de que um evento futuro resolverá os problemas atuais do grupo. O *pareamento* ocorre entre dois membros do grupo ou entre o líder e alguma pessoa estranha, na esperança de que essa atividade resulte no *nascimento* de algum evento futuro favorável.

A mentalidade dos pressupostos básicos é inevitável, pois sempre acompanhará implicitamente o funcionamento do grupo. Um deles estará ativo enquanto os outros se manterão à espera, de forma latente, até serem expressos. O inconsciente do grupo não desaparece, mas a sua capacidade de obter resultados bem-sucedidos dependerá da habilidade para reconhecer os aspectos que estão distraíndo o funcionamento de seus objetivos. As diferenças no funcionamento do grupo vão depender da capacidade de manter contato suficiente com a realidade e com a tarefa que justifica essa reunião. Bion usou o nome Grupo de Trabalho para se referir ao estado mental do grupo quando este é capaz de se concentrar nas demandas da realidade e realizar ações apropriadas que resolverão, ou começarão a resolver, um problema contingente. Os grupos alternariam entre esses estados, entre a mentalidade de pressupostos básicos e a mentalidade de grupo de trabalho – esta

última sendo uma posição superior em termos evolutivos, em que as capacidades estão disponíveis para responder à tarefa conscientemente definida e aceita.

Existem três ideias gerais, interdependentes entre si, que derivam do trabalho de Bion sobre grupos, indispensáveis para o desenvolvimento posterior deste trabalho: o grupo-como-um-todo, em que seus membros representam aspectos de uma coerência integrada mais ampla; a Valência, considerada a disponibilidade do indivíduo para se relacionar com os motivos conscientes e inconscientes do grupo; por fim, a noção de um funcionamento inconsciente do grupo, conhecida como mentalidade dos pressupostos básicos, na qual todos os membros estão envolvidos em uma operação defensiva centrada em evitar a dimensão emocional da tarefa, implicando uma forma de evitação da realidade. Esta contribuição é o ponto de partida para explorar a dinâmica presente nos tratamentos realizados por grupos de profissionais.

## **Desenvolvimentos psicanalíticos sobre instituições e organizações**

O trabalho de Bion sobre grupos promoveu o desenvolvimento da abordagem psicanalítica dos fenômenos sociais e grupais. Ele fez parte de um grupo de analistas pioneiros que, no contexto do pós-guerra, decidiu assumir a necessidade de intervir socialmente em diferentes níveis (psicoterapia de grupo, comunidade terapêutica e estudos organizacionais). A grande demanda e a escassez de recursos, assim como a reflexão sobre a complexidade humana revelada pela guerra e suas consequências, facilitaram um contexto fértil para o intercâmbio entre diferentes disciplinas e a psicanálise. A sociologia, a antropologia e uma próspera escola sistêmica enriqueceram a Clínica Tavistock como uma das principais atuantes da rede pública de saúde, fortalecendo ao mesmo tempo sua identidade psicanalítica. Com a influência de Klein e posteriormente também de Winnicott, consolidou-se aquela unidade da Clínica, que tinha entre seus fundadores analistas como Rickman, Main, Foulkes, Bridger, Bowlby e Sutherland, junto com Bion, Jaques e Menzies. Desde então, é mantida na Tavistock a tradição de formar e convocar psicanalistas que, além de estarem comprometidos com a especificidade do método psicanalítico, também se comprometem com a reflexão e intervenção psicanalítica em outros contextos.

A ideia de que a vida emocional de um grupo pode ser entendida como estados regressivos baseados em mecanismos psicóticos tem servido de fundamento para uma compreensão mais profunda dos encontros multipessoais. Seguindo essa linha de pensamento, e extrapolando as ideias de Bion para as instituições, Jaques

Ricardo Readi G.

---

(1955) vai ainda mais longe ao afirmar que é verdade que fazer parte do grupo induz a angústias psicóticas, mas, ao mesmo tempo, o indivíduo precisa do grupo para se defender contra as angústias mobilizadas por essa pertença:

A hipótese específica que devo considerar é a de elementos primários coesivos vinculando indivíduos em associação humana institucionalizada, como defesa contra ansiedades psicóticas. Nesse sentido, os indivíduos podem ser considerados como exteriorizando aqueles impulsos e objetos internos que de outra forma dariam origem a ansiedades psicóticas, e estendendo-os na vida das instituições sociais nas quais eles se associam. Isso não quer dizer que as instituições usadas dessa maneira se tornem ‘psicóticas’, embora implique que esperaríamos encontrar nas relações grupais manifestações de irrealidade, cisão, hostilidade, suspeita e outras formas de comportamento desadaptativo. (Jaques, 1955, p. 479)

Jaques (1955) enfatiza a necessidade do indivíduo de exteriorizar impulsos e objetos para se aliviar. Assim, essas dinâmicas institucionais poderiam conter o indivíduo, desde que este consiga uma administração suficientemente boa dos estados mentais primitivos com os quais teria que conviver. O indivíduo teria, então, uma regressão ao fazer parte do grupo, e nesse estado ele não pode lidar sozinho com as angústias geradas pelo grupo. Vai necessitar dele para poder *descomprimir* esse mundo interno alvoroçado pela grupalidade. Nesse aspecto, Jaques (1955) pensa com Freud (1921) sobre a importância das identificações na psicologia grupal, enfatizando o uso de mecanismos projetivos e introjetivos, seguindo Klein (1955/2017).

Os indivíduos podem colocar seus conflitos internos em pessoas do mundo externo, podem seguir inconscientemente o curso do conflito através da identificação projetiva, e podem reinternalizar o curso e o resultado do conflito percebido externamente através da identificação introjetiva. (Jaques, 1955, p. 21)

A partir dessas observações e interpretações, Jaques (1955) desenvolve o conceito de Sistema de Defesa Social, com que procura sistematizar a relação existente entre a mentalidade individual recentemente descrita e a institucional. Ele propõe que as instituições são usadas por seus membros para fortalecer os próprios mecanismos de defesa contra as angústias de tipo paranoide e depressivo. As defesas sociais levam a uma relação recíproca entre as *defesas institucionais* e os

mecanismos de defesa individuais. Quando os objetos externos são compartilhados em seu uso como alvos de projeção, então relações sociais fantasiadas podem ser estabelecidas através da identificação projetiva com esse objeto comum. Essas relações fantasiosas com o grupo continuam sendo elaboradas internamente de forma constante via introjeção e projeção. Assim, as “formas e conteúdos sociais fantasiados de uma instituição” (Jaques, 1955, p. 482) implicam o terreno comum de fantasias individuais compartilhadas pelos membros da instituição, que definitivamente vão determinar o contato com funções institucionais conscientemente acordadas e aceitas.

Assim como Jaques, outros autores psicanalíticos (Menzies, 1988; 1989; Kernberg, 1998; Obholzer & Roberts, 2006) desenvolveram seus trabalhos na observação e compreensão de sistemas sociais estruturados, tanto de instituições quanto de organizações. Nesses grupos organizados, a participação do indivíduo está regulada por expectativas sobre o seu papel no sistema e pela interdependência entre tal papel e o de outras pessoas. Ocupar um determinado papel implica o cumprimento de determinados objetivos que, por sua vez, são parte de um quadro mais amplo de metas reunidas para um único fim: a tarefa primária. As instituições também têm a qualidade particular de transcender no tempo, não sendo necessariamente dependentes da presença contínua de seus membros. Com o tempo, as pessoas envolvidas vão mudando, e novos membros podem se encarregar do papel vacante, garantindo que a tarefa primária continue sendo cumprida. Esta estabilidade permite que uma organização seja capaz de definir a si mesma, de reconhecer uma certa identidade, em um nível consciente (Hinshelwood & Skogstad, 2000; Obholzer & Roberts, 2006).

De acordo com as ideias expostas anteriormente, podemos entender que mesmo nas organizações em que a interação dentro do grupo é explicitamente regulada, a dimensão inconsciente não pode ser evitada. Sempre existiria uma presença significativa de angústias primitivas capazes de afetar o desempenho do grupo em seus esforços para realizar a tarefa primária. Pode ser que a tarefa principal não esteja em risco; poderia ser alcançada de maneira suficiente para justificar a sobrevivência da organização, embora com um importante senso de insatisfação que gerará sentimentos ambivalentes em seus membros. Esses conflitos acarretam angústias inerentes à participação na organização, o que, por sua vez, implica a necessidade de se defender delas para conseguir tolerar tal experiência. As defesas estariam encarregadas de facilitar o cumprimento da tarefa primária, mediante o controle das angústias envolvidas no trabalho.

As características patológicas das defesas estão relacionadas com a vulnerabilidade da organização, determinada pelas características da tarefa

Ricardo Readi G.

---

primária e de seus membros. Com o tempo, esses padrões são adotados de forma inquestionável e implícita, estabelecendo-se como o funcionamento inconsciente da organização. Esses padrões vão deixar de depender da contribuição de membros individuais, e os recém-chegados precisarão se adaptar a eles.

Em suma, as defesas sociais são os mecanismos psicológicos pelos quais os indivíduos usam o sistema social para se defenderem das próprias angústias. Dessa forma, o indivíduo dá um jeito de fundir suas ansiedades e defensividade com as características do sistema, fazendo com que suas defesas sejam institucionalizadas. O efeito é que os indivíduos são capazes de manejar as angústias e conflitos por serem parte da organização, em especial as que são consequência da tarefa primária.

### **Defensividade (*defensiveness*) no atendimento na saúde**

Os sistemas de defesa social têm uma presença particularmente significativa nas instituições responsáveis pelo atendimento na área da saúde. Isso ocorre tanto pelo paradoxo de que possa existir uma instituição doente responsável pela saúde das pessoas quanto por esse ser o contexto em que mais se justifica um sistema defensivo. As angústias despertadas pela tarefa de atender pessoas com graus variados de sofrimento são suficientes para ativar um sistema defensivo que promova a ilusão de que o trabalho está sendo feito satisfatoriamente. Conforme desenvolvido antes, todo sistema social usa defesas para lidar com as angústias inerentes à vida social. Nesse sentido, as instituições de saúde não são uma exceção, e também devem lidar com o equilíbrio entre a realização da sua tarefa primária e o manejo daqueles estados mentais. Seja qual for o meio pelo qual a tarefa de cuidar seja realizada (a cura de uma doença, o alívio da dor, a facilitação do desenvolvimento ou da sobrevivência), é sempre um trabalho emocionalmente comprometedor, em que as demandas explícitas ou implícitas do paciente não são necessariamente maiores do que o profissional exige de si mesmo.

O trabalho de Isabel Menzies (1988) sobre esse tema é considerado o ponto de partida para a psicanálise aplicada em instituições. Valendo-se das orientações teóricas desenvolvidas por Jaques, e provavelmente de sua análise com Bion, essa analista infantil, com função docente na British Society, dedicou parte de sua carreira a pensar e aplicar tais ideias, intervindo ativamente em diversas instituições de serviço social. Seu estudo sobre as técnicas defensivas utilizadas por enfermeiras em um hospital (Menzies, 1988) é considerado um clássico; reconhecido e influente na reflexão sobre todos os tipos de organizações, esse trabalho trata dos conflitos inconscientes que afetam os atendimentos na saúde. Menzies (1988) descreveu

alguns mecanismos através dos quais o mundo interno se vê mergulhado em um estado regressivo, quando não está clara a distinção com a realidade externa. Sua hipótese era que a natureza da tarefa poderia estar relacionada com os mecanismos típicos do funcionamento mental precoce, os quais se mantêm *ativamente-latentes* na vida inconsciente do adulto. As características específicas da enfermagem e o cuidado com os outros podem estar relacionados com tendências reparatórias resultantes da integração saudável alcançada através da posição depressiva. Antes de chegar a essa realização, o estado mental predominante dependia da polarização de aspectos da realidade e de ataques fantasiados sobre a *maldade*, o que sempre foi experimentado como vindo de fora. O vínculo básico entre angústias persecutórias e mecanismos projetivos é progressivamente abandonado por meio do reconhecimento de que a *bondade* e a *maldade* externas são aspectos do mesmo objeto ou experiência emocional. Essa revelação leva a um poderoso sentimento de culpa pelo dano fantasiado (sendo considerado como real, no que diz respeito à onipotência do pensamento em um nível inconsciente), passando a ser o motivo para os desejos reparadores de todo objeto afetado por aquelas expressões de raiva e violência. A experiência de amar e cuidar dos demais está diretamente relacionada com uma autoestima crescente e com a capacidade madura de se sentir responsável pelo próprio bem-estar. Esse é um processo básico para a perspectiva kleiniana (Klein, 1957/2017) acerca do desenvolvimento através dos estados mentais. O mundo interno é povoado pelo registro de objetos danificados ou mortos que lembram ao *self* as suas capacidades destrutivas. A reparação é motivada a partir desse reconhecimento e do desejo de *consertar as coisas* para merecer o amor dos outros e o próprio. Esse panorama inconsciente estaria na base de toda relação madura, e é particularmente decisivo para as relações estabelecidas pelos trabalhadores da saúde.

No trabalho citado, Menzies (1988) argumenta que as características especiais da enfermagem tornam-na particularmente vulnerável a situações frustrantes:

As situações que podem causar estresse nas enfermeiras são familiares. As enfermeiras estão em contato constante com pessoas que estão fisicamente doentes ou feridas, muitas vezes seriamente. A recuperação dos pacientes não é certa e nem sempre vai ser completa. Cuidar de pacientes com doenças incuráveis é uma das tarefas mais perturbadoras para uma enfermeira. As enfermeiras enfrentam a ameaça e a realidade do sofrimento e da morte de uma forma que poucas pessoas comuns o fazem. Seu trabalho envolve tarefas que, pelos padrões comuns, são de mau gosto, nojentas e assustadoras.

Ricardo Readi G.

---

O contato físico íntimo com pacientes desperta fortes desejos e impulsos libidinais e eróticos que podem ser difíceis de controlar. A situação do trabalho desperta sentimentos muito fortes nas enfermeiras: pena, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento com pacientes que despertam esses sentimentos fortes; inveja do cuidado prestado ao paciente.

A situação objetiva que é imposta à enfermeira tem uma notável semelhança com as situações fantasiadas que existem em todo indivíduo nos níveis mais profundos e primitivos de sua mente. (p. 46)

A semelhança entre os aspectos concretos do trabalho e as fantasias inconscientes funciona como uma equação simbólica (Segal, 1957/1986) em que as realidades interna e externa perdem distância. Essa situação angustiante pode surgir devido a aspectos da interação ou de imagens bem explícitas de objetos danificados ou parciais (por exemplo: pacientes psicóticos ou amputados). Isso pode ser ainda mais difícil de tolerar quando o paciente insiste em ir contra as orientações médicas e não cuida de si mesmo. Emoções e angústias intensas não são apenas o resultado da relação com pacientes vulneráveis, mas também com colegas vulneráveis que passam pelo mesmo processo e que se veem afetados em graus variados.

Menzies descobriu que, para realizar a tarefa primária, as enfermeiras tinham a necessidade inconsciente de usar um sistema social de defesa. Isso lhes permitia manter uma distância emocional suficiente dos pacientes, embora cumprissem as responsabilidades atribuídas ao seu papel. Em outras palavras, existiria uma tendência de evitar a difícil experiência de se vincular realmente com os pacientes, afetando a forma como o trabalho é feito. Ela descreveu algumas técnicas defensivas em particular, as quais mediarão o exercício da tarefa primária e distorceriam seu significado original (Menzies, 1988). Além disso, os indivíduos deviam usar essas técnicas defensivas, que são ao mesmo tempo facilitadas e exigidas pela própria instituição: “elas se refletem em atitudes defensivas compartilhadas e socialmente exigidas, e em formas particulares de realizar o trabalho” (Hinshelwood & Skogstad, 2000, p. 4). As defesas sociais são inevitáveis, mas a patologia está em sua rigidez e exacerbação, bloqueando o contato com a realidade. Isso ocorre quando o *Grupo de Trabalho* deixa de funcionar e o significado da tarefa primária é distorcido.

Como era esperado, o efeito desses motivos inconscientes é notavelmente prejudicial para a relação entre paciente e trabalhador. Tal fato, portanto, vai ter um efeito significativo tanto sobre a capacidade de prestar cuidados quanto na atitude do paciente ao recebê-los. A tarefa primária vai continuar sendo cumprida,

mas reduzida a tal especificidade técnica e administrativa que o essencial desta tarefa poderia se perder pela atenção excessiva e às vezes desnecessária a essas questões, em vez de atender à pessoa *total*. O contato com o paciente acaba sendo alterado, impedindo que a relação com ele contribua para a eficácia do tratamento.

Voltando ao conceito de Valência de Bion, é muito significativa a disposição inconsciente com que um trabalhador se junta a uma instituição de saúde. Cada pessoa tem uma particular facilidade para se associar às defesas sociais presentes, mas não apenas de acordo com as capacidades de estar em sintonia com a atmosfera emocional do grupo. Nos trabalhadores da saúde, há uma característica distintiva relacionada ao fato concreto de cuidar de outra pessoa. Como já examinado, essa característica é uma reedição das tendências reparatórias originais resultantes do progresso no desenvolvimento. Nesse sentido, trabalhar em saúde poderia estar relacionado com a intenção de se tornar responsável por alguém mais, assim como com sentimentos de agressão e culpa.

A dificuldade em desempenhar esse papel com motivação subjetiva tão intensa está relacionada à vulnerabilidade que Roberts (2006) chama de *tarefa impossível autoatribuída*. Essa ideia faz referência às pessoas que se sentem frustradas em suas intenções de cuidar dos outros. Há sempre a possibilidade de se frustrar nesse sentido, quando o paciente não melhora ou quando não reconhece o esforço e as boas intenções de seu *cuidador*. Diante da incapacidade de realizar a tarefa com sucesso ou por essa falta de reconhecimento, o trabalhador da saúde poderia sentir a ineficácia de suas habilidades para reparar. Essa ameaça gera uma exacerbação da culpa que estava na base do potencial reparatório, a qual passaria a ter tons persecutórios. Nessas situações, a culpa tende a ser avassaladora, ao passo que a reparação estaria concentrada principalmente em como evitar essa culpa, em vez de compensar o objeto com demonstrações amorosas genuínas. Uma reparação do tipo maniaco é consequência da incapacidade de neutralizar a percepção da própria agressão com esforços reparatórios bem-sucedidos.

Voltando à contribuição de Menzies, ela se fixa na influência da tarefa primária para o desenvolvimento das defesas sociais. No seu trabalho, o significado desta tarefa é constantemente revisado e, por conseguinte, o mesmo ocorre com os objetivos que estão na identidade de uma instituição, na forma como ela define a si mesma. Com esse exercício, a autora consegue mostrar quais seriam as estratégias defensivas que distorcem o sentido da instituição, distanciando o trabalho de seus participantes daquele objetivo essencial. O que Menzies busca revelar é que esse tipo de funcionamento tem consequências concretas nos resultados do trabalho da instituição. As defesas sociais, com suas estratégias específicas, criam a ilusão de que as coisas estão sendo feitas de maneira ótima, ao cumprir

Ricardo Readi G.

---

com sucesso todos os requisitos administrativos e técnicos (a *superfície auditável* em Cummins, 2002; Halton, 2015), mas sem que tal fato se reflita no estado de saúde dos pacientes. A instituição e o sistema ampliado tendem a enganar a si mesmos, e isso é algo que tem sérias consequências para a vida mental das pessoas envolvidas. Os estados defensivos coletivos que, segundo esses autores, surgem da necessidade de se aliviar de angústias extremamente perturbadoras, acarretam como consequência um grave ataque ao significado que a instituição tem como um todo, prejudicando a confiança em suas capacidades. Com o passar do tempo, o trabalhador da saúde tende à desesperança, reforça a própria defensividade em seu trabalho – o que provavelmente também terá repercussões em sua vida pessoal – e participa ativamente no apoio às defesas coletivas. A perda de entusiasmo e de convicção na tarefa não só impede o necessário redirecionamento dos esforços para uma aproximação mais eficaz, como também leva a uma “(...) crônica e severa drenagem daquele ingrediente vital para qualquer vida terapêutica, a confiança/otimismo (moral)” (Bell, 1996, p. 54). Em termos coloquiais, pode-se dizer que os trabalhadores se queimam; do ponto de vista do presente trabalho, a gente poderia dizer que os trabalhadores esfriam, ou então apagam.

## Experiências de defesas sociais

A seguir, apresentarei duas situações que servem para ilustrar o funcionamento das defesas sociais dentro das instituições de saúde.

Caso 1: Material de trabalho com equipe de um centro público de saúde mental.

*A equipe de um centro de saúde mental ficou preocupada ao notar a tendência de alguns dos pacientes mais graves saírem agitados-descompensados depois da sessão com um psiquiatra. Em uma oportunidade, um paciente saiu do box onde estava sendo atendido, correu para a cozinha do centro e pegou uma faca com a intenção de se suicidar. Outro membro da equipe o conteve fisicamente, conseguiu tranquilizá-lo e o acompanhou até a chegada da ambulância que o levaria à emergência. Quando o paciente estava mais calmo, foi capaz de transmitir o que o tinha afetado tanto. Explicou que o médico não olhou para ele, perguntou as mesmas coisas de sempre sem deixá-lo falar mais nada e repetiu a receita. Disse que se sentia muito mal e que precisava de ajuda, sentia a necessidade de ser atendido por um profissional, e esperava mais interesse dele. Estes podiam ser comentários comuns vindos de alguns pacientes e/ou depois de certas intervenções, mas a equipe decidiu investigar a situação. Após comentários de outros pacientes e*

*de membros da equipe com quem o psiquiatra entrevistava em dupla, foi confirmado que ele realmente tinha a tendência de não olhar para os seus pacientes.*

O contexto do atendimento psiquiátrico nesse centro: os médicos precisam atender pacientes a cada 30 minutos e, geralmente, são solicitados a incluir mais pacientes em sua agenda, reduzindo assim o tempo de atendimento de cada um. Eles dizem que não têm descanso, e muitas vezes necessitam sair depois de seu horário. Somado a isso, por diversos motivos, acabam sendo os únicos a tratar da grande maioria dos pacientes, geralmente em estados muito graves, sobrecarregando ainda mais seus sentimentos de abatimento e responsabilidade.

Algo que tem relação direta com a teoria descrita é que esse psiquiatra recebia frequentes reconhecimentos: para a administração, ele era um exemplo a ser seguido, pois a qualidade do trabalho dependia do número de pacientes atendidos. Era uma referência para os seus colegas (com quem eram comparados), sendo extremamente *eficiente*. Ele estava fazendo o que era esperado e era avaliado de acordo com isso. A deterioração de seus pacientes e as licenças médicas que o mesmo médico parecia precisar não estavam dentro das considerações da administração. Uma mudança na administração, que buscava facilitar o trabalho em equipe, incluir a opinião dos pacientes e melhorar o acompanhamento dos tratamentos, pode ter influenciado na renúncia desse trabalhador.

Caso 2: Material de observação (método Bick) de um centro de diálise.

*Pancho (paciente jovem) segurava um pacote de bolachas com cobertura de chocolate e uma garrafa de água de dois litros, que ele prefere ao chá servido a todos os outros pacientes. Disse a Laura (técnica em enfermagem) que, na noite anterior, tinha tomado uns copos de vinho com alguns amigos, e que comeram muito queijo e chocolates; comenta que eles se divertiram muito e que faz isso habitualmente. Laura diz a ele que concorda que é uma coisa muito agradável para se fazer e diz que, embora não beba muito vinho, adora queijo. Pancho pergunta a Marta (enfermeira), que passou na sua frente, se ela gosta de vinho; a enfermeira responde que gosta de vinho branco. Ele diz a Marta que vinho tinto é melhor, e Laura o apoia. Pouco depois, Pancho pediu para Marta um analgésico, mas não queria morfina, pois não queria ter uma overdose e morrer como Michael Jackson.*

Parece existir uma negação da condição médica de Pancho e uma distorção do papel dos membros da equipe; é uma conversa característica de um contexto diferente de um tratamento como esse. Queijo, chocolate e vinho são itens que o paciente não pode consumir (sem contar as bolachas com cobertura de chocolate e a quantidade exagerada de água). Pancho é um paciente que não segue as orientações médicas, e sua deterioração já é evidente.

*Apesar de ser uma conversa bastante amistosa, Pancho de repente sente*

Ricardo Readi G.

---

*algum tipo de mal-estar, pede um analgésico e adormece imediatamente (em todas as observações anteriores, ele adormecia sem qualquer medicação). Talvez tenha se sentido desprotegido, inclusive com associações persecutórias: sua atividade maniaca habitual faz dele a estrela daquele grupo de pacientes, e deve se lembrar de que Michael Jackson supostamente foi assassinado por seus cuidadores médicos. A equipe entra em conflito com o reconhecimento de que ele é um paciente crônico e terminal. Pancho é o mais novo, e sua sociabilidade e bom humor tornam difícil associá-lo a pacientes idosos, cegos, amputados ou atingidos por outras deficiências. O estado mental de Pancho poderia ser funcional para o sistema de defesa, em que os membros da equipe concordam em negar sua situação. Mesmo que o procedimento seja executado de forma impecável, esse paciente não vai alcançar os objetivos essenciais do tratamento: sobrevivência e qualidade de vida. As angústias geradas pelo trabalho podem ser manejadas defensivamente, mas o mal-estar passa a ser evidente quando certos pacientes morrem e a equipe questiona qual sentido tem o seu trabalho.*

## Conclusões

O presente trabalho dedicou-se à abordagem do conceito de Defesas Sociais, a princípio descrevendo o percurso do seu desenvolvimento, para posteriormente centrar a sua aplicação no contexto das instituições de saúde. O conceito busca nomear a experiência que ocorre dentro de um grupo institucionalizado ao descrever o funcionamento de fantasias inconscientes compartilhadas, determinadas pela *tarefa primária*. Nesse terreno, são desenvolvidas as defesas sociais, aludindo à relação recíproca entre defesas institucionais e individuais. Quanto mais angustiante for o trabalho, mais decisivas serão essas defesas sociais e maior será o impacto na essência daqueles objetivos com que a instituição se identifica. Essas ideias são particularmente relevantes em instituições de saúde, onde o trabalho com o sofrimento humano tem uma ressonância pessoal e coletiva difícil de tolerar, desafiando a capacidade de pensar e reforçando estratégias para não sentir (Bion, 1962/2014). O trabalho com a loucura e a morte são exemplos disso.

O conceito de defesas sociais enfoca as angústias da equipe assistencial, não na relação com um paciente em particular, mas com o próprio trabalho, na sua *forma e conteúdo*. Os métodos derivados dessas ideias não visam instalar um tratamento psicanalítico, mas incentivar uma atitude psicanalítica em trabalhadores com diferentes papéis, profissões e/ou *teorias*. Estabelece-se um espaço de trabalho contínuo que leve a um processo, no qual é possível desenvolver um continente

satisfatório para que os trabalhadores explorem as formas em que se veem afetados por sua atividade. Trabalhadores melhor contidos se defenderão menos, contribuirão para a revisão das práticas institucionais questionando sua identificação com certas defesas sociais e poderão fazer melhor o que geralmente sabem fazer muito bem, a partir de seus lugares diferenciados. Não se busca formar/educar psicanaliticamente os trabalhadores, por implicar custos importantes e resistências compreensíveis, e que poderia inclusive degradar o sentido e a profundidade de nossas teorias. Parece ser mais realista, nos contextos institucionais em que a complexidade dos nossos pacientes exige a valorização da diversidade de diferentes disciplinas, trabalhar para resgatar aquela atitude essencial para todo o desenvolvimento humano. Bion lembra que essa atitude de disponibilidade e acolhimento sensível não é patrimônio apenas da psicanálise. Os autores revistos nesta monografia convidam-nos a refletir sobre a necessidade da participação do psicanalista na reabilitação dos recursos emocionais nas pessoas que trabalham em instituições de saúde.

Parece relevante destacar as diferenças entre a abordagem descrita neste trabalho e as importantes contribuições feitas pela tradição norte-americana em relação ao tratamento institucional (Gabbard, 2009; 2014; Kernberg 1987; 1998). Em termos gerais, estes últimos descrevem um trabalho institucional que mantém o foco no paciente, em sua interação com um grupo de cuidadores. Como mencionado antes, o presente trabalho descreve a importância de manter o foco na instituição e em seus trabalhadores. É de esperar que as diferenças, talvez complementares, entre tais propostas motivem futuras investigações capazes de ajudar a rever as nossas intervenções nesses contextos. □

## Abstract

### **Defensive care: social defense in health institutions**

The present work consists of an approach to the concept of Social Defense that consolidates a way of applying psychoanalytical thinking to human institutionalities. The author briefly describes the path taken by psychoanalytic theory to delimit this concept, subsequently emphasizing its implications for health institutions. It points out the importance of considering the ways in which individual defenses tend to collude with the unconscious mechanisms of the institutionalized group when certain conditions are decisive for the containment of primitive mental states. Emphasized here is the possibility of these dynamics having concrete effects on the health and competency of workers, on the treatment of their patients and, above

Ricardo Readi G.

---

all, on the loss of meaning that these individuals experience in their relations with the institution. Two vignettes are included to illustrate these dynamics.

Keywords: Social defenses; Health institutions; Elizabeth Menzies; Wilfred R. Bion

## Resumen

### Atención defensiva: la defensa social en las instituciones de salud

El presente trabajo consiste en un acercamiento al concepto de Defensa Social, que consolida una forma de aplicar el pensamiento psicoanalítico a las institucionalidades humanas. El autor describirá rápidamente el camino recorrido por la teoría psicoanalítica hasta delimitar este concepto, para luego enfatizar sus implicaciones para las instituciones de salud. Señala la importancia de considerar las formas en que las defensas individuales tienden a conspirar con los mecanismos inconscientes del grupo institucionalizado, cuando ciertas condiciones serán decisivas para la contención de los estados mentales primitivos. Se hará énfasis en la posibilidad de que estas dinámicas tengan efectos concretos en la capacidad y salud de los trabajadores, en el trato a sus pacientes y, sobre todo, en la pérdida de sentido que experimentan estas personas en su relación con esta institución. Se incluyen dos viñetas para tratar de ilustrar esta dinámica.

Palabras clave: Defensas sociales; Instituciones de salud; Elizabeth Menzies; Wilfred R. Bion

## Referências

- Bell, D. (1996). Primitive mind of state. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 45-57.
- Bion, W.R. (2014). Experiences in groups and other papers. In Mawson, C. (Ed.). *The complete works of W.R. Bion*, (Vol. 4). Londres: Karnac. (Trabalho original publicado em 1961)
- Bion W.R. (2014). Learning from experience. In Mawson, C. (Ed.). *The complete works of W.R. Bion*, (Vol. 4). Londres: Karnac. (Trabalho original publicado em 1962)
- Freud, S. (1921). Group psychology and the analysis of the Ego. In Freud, S. *Edição standard das obras completas de Sigmund Freud*, (Vol. 18). [S.l.:s.n.].
- Gabbard G. (2009). Tratamientos en psiquiatría dinámica: hospital informado dinámicamente y tratamiento en hospital de día. In *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, (3. ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Gabbard G. (2014). Treatments in dynamic psychiatry: multiple-treater settings. In

- Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, (5.ª ed.). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Halton W. (2015). Obsessional-punitive defences in care systems: Menzies Lyth revisited. In Armstrong, D. & Rustin, M. (Eds.). *Social defences against anxiety: explorations in a paradigm*. Londres: Karnac.
- Hinshelwood, R.D. & Skogstad, W. (2000). *Observing organisations: anxiety, defence and culture in health care*. Londres: Routledge.
- Jaques, E. (1955). Social systems as a defence against persecutory and depressive anxiety. In Klein, M., Heimann, P. & Money-Kyrle, R.E. *New directions in psychoanalysis*. Londres: Tavistock.
- Kernberg, O.F. (1987). Filosofías contrastantes del tratamiento hospitalário para la psicopatología grave. In *Trastornos graves de la personalidad. estrategias psicoterapeuticas*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, O.F. (1998). *Ideology, conflict and leadership in groups and organizations*. New Haven: Yale University Press.
- Klein, M. (2017). On identification. In *The collected works of Melanie Klein*, (Vol. 3). Londres: Karnac. (Trabalho original publicado em 1955)
- Klein, M. (2017). Envy and gratitude. In *The collected works of Melanie Klein*, (Vol. 3). Londres: Karnac. (Trabalho original publicado em 1957)
- Menzies, I. (1988). *Containing anxiety in institutions: Selected essays*, (Vol. 1). Londres: Free Association.
- Menzies, I. (1989). *The dynamics of the social: Selected essays*, (Vol. 2). Londres: Free Association.
- Obholzer, A. & Roberts, V.Z. (2006). *The unconscious at work. Individual and organizational stress in the human services. The members of the tavistock clinic consulting to institutions workshop*. Londres: Routledge.
- Roberts, V.Z. (2006). The self-assigned impossible task. In Obholzer, A. & Roberts, V.Z. *The Unconscious at Work*. Londres: Routledge.
- Segal, H. (1986). Notes on symbol formation. In *The work of Hanna Segal: a Kleinian approach to clinical practice*. Londres: Free Association. (Trabalho original publicado em 1957)
- The Guardian (2019). *California family furious after hospital uses robot to tell grandfather he's dying*. 9 Marzo 2019. <https://www.theguardian.com/us-news/2019/mar/09/california-robot-tells-grandfather-dying#img-1>

Recebido em 13/03/2023

Aceito em 26/04/2023

Tradução de **Ernani Ssó**

Revisão gramatical de **Gustavo Czekster**

Revisão técnica de **Magaly Wainstein**

Ricardo Readi G.

---

**Ricardo Readi**

Asociación Psicoanalítica Chilena

rreadig@gmail.com

© *Revista Chilena de Psicoanálisis*

Versão em Português da Revista de Psicanálise da SPPA