

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NO HOSPITAL SÃO NICOLAU

RENATA WIRTHMANN G. FERREIRA

Resumo: O presente relato de experiência consiste na apresentação da proposta, descrição dos trabalhos realizados e avaliação dos resultados obtidos do projeto de extensão (CAC-850) que teve como objetivo principal propor e implementar o serviço de psicologia no Hospital São Nicolau na cidade de Catalão - GO. Para a realização de tal proposta, o Hospital foi, também, escolhido como campo de estágio e parte dos alunos participantes do projeto estavam matriculados na disciplina de Estágio Curricular Obrigatório em Processos Clínicos e Saúde I e II. Os alunos do curso de Psicologia de períodos anteriores participavam do projeto, porém não estavam autorizados a realizar atendimentos devido às especificidades éticas da profissão do psicólogo regulamentadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Todo trabalho teórico e prático foi supervisionado pela professora Dr.^a Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira.

Palavras-Chave: Psicologia hospitalar. Psicanálise. Atuação profissional

Abstract: This experience report is to present the proposal, description of the work and evaluation of the results of the extension project (CAC-850) which aimed to propose and implement the psychology service at Hospital São Nicolau in the city of Catalão – GO. For the realization of such a proposal the hospital was also chosen as a training field and part of the project participants were students enrolled in the course of Internship Required Clinical Processes and Health I and II. Students from previous periods psychology course participated in the project, but were not authorized to make calls because the ethical specificities psychologist profession regulated by the Federal Council of Psychology (CFP). All theoretical and practical work was supervised by Professor Dra. Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira.

Keywords: Hospital Psychology. Psychoanalysis. Professional performance

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a implementação e o funcionamento do serviço de psicologia no Hospital São Nicolau em Catalão/GO, realizado a partir do projeto de extensão denominado “INSTALAÇÃO no SERVIÇO de PSICOLOGIA HOSPITALAR no HOSPITAL SÃO NICOLAU em CATALÃO” (CAC-850) com a participação dos alunos matriculados no Estágio Obrigatório em Processos Clínicos e Saúde do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão.

O projeto teve início em fevereiro de 2013 sob responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Renata Wirthmann G. Ferreira. No início do projeto não havia, no hospital São Nicolau, nenhum psicólogo contratado. Ao final do primeiro ano, duas alunas formandas, participantes do projeto de extensão, foram contratadas: uma para o setor de hemodiálise e outra para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Embora tais contratações marquem um reconhecimento da instituição acerca da importância do trabalho de psicologia desenvolvido no hospital, podemos afirmar que há, ainda, um longo percurso para que tal serviço alcance a excelência dos objetivos almejados pela proposta apresentada pela Universidade ao Hospital, quando da implementação do serviço de psicologia.

O presente artigo apresentará, portanto, três perspectivas construídas e encontradas ao longo desses três anos de trabalho: 1. O projeto apresentado ao hospital como proposta de como o serviço de psicologia poderia ser implementado segundo a investigação feita da estrutura da instituição, da demanda de atendimento e das possibilidades dos trabalhos de psicologia a serem realizados pelos estagiários do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão. 2. Após o início das atividades, os desafios e limites encontrados para a execução da proposta. 3. O novo projeto, reduzido a um terço da proposta inicial que delimitou o serviço de psicologia no último ano, de 2015.

A INSTITUIÇÃO

O projeto de extensão foi supervisionado pela Prof.^a Dr.^a Renata Wirthmann Gonçalves Ferreira e realizado no Hospital São Nicolau, situado na Rua Nilo Margon, nº 63, Bairro Centro, na Cidade de Catalão – GO. Esse Hospital

é uma empresa de natureza e esfera administrativa privada que apresenta serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde, Planos de Saúde e atendimentos particulares. É classificado, quanto ao tipo de unidade, como Hospital Geral.

Tal instituição presta serviços de atendimento ambulatorial, internação, SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) e urgência. A instituição conta com leitos de diversas modalidades de serviços particulares, convênios com o SUS e atende à população catalana e cidades vizinhas. As áreas que demandam atendimento psicológico no hospital envolvem os pacientes nos casos da cirurgia bariátrica, o trabalho com os pacientes na Hemodinâmica, o auxílio às famílias que possuem pacientes internados na UTI, apoio às crianças que se submetem a tratamento médico em diferentes ênfases, treinamento da equipe multiprofissional, humanização da dor, saúde da mulher – gravidez, parto e puerpério – e atuações em urgência e emergência.

No primeiro ano, em 2013, a instituição contava com 64 leitos particulares, e 32 do SUS. Esses leitos eram de diversas modalidades de serviços, os de ordem cirúrgica estavam distribuídos em serviços de Buco-maxilo-facial (um para o particular /um para o SUS), Cardiologia (1/0), Cirurgia Geral (5/3), Endocrinologia (1/1), Gastroenterologia (2/1), Ginecologia (2,1), Nefrologiaurologia (2/1), Neurocirurgia (1/1), Oftalmologia (1/0), Oncologia (1/1), Otorrinolaringologia (1/0), Plástica (2/1) e Torácica (1/1). Os leitos de ordem clínica estavam distribuídos nos serviços de Cardiologia (5/2), Clínica Geral (7/3), Dermatologia (1/0), Nefrourologia (4/3), Neonatologia (4/0), Neurologia (2/1), Oncologia (1/1) e Pneumologia (1/1). Os leitos complementares amparavam os serviços de Unidade de isolamento (1/0), UTI Adulto – Tipo II (9 /8). A obstetrícia continha três leitos na cirurgia e um na clínica, todos eram serviços particulares. A ala pediátrica clínica tinha um leito particular e um no SUS. A Pneumologia Sanitária e a Reabilitação continham um leito cada, todos pelo plano particular.

No que se refere aos equipamentos disponíveis, o Hospital São Nicolau dispunha de 8 diagnósticos por imagem (Raios x e ultra sons); um grupo de geradores como infraestrutura; 75 para manutenção da vida (berços aquecidos, bombas de infusão, monitores de pressão arterial etc.); 4 por métodos gráficos e 3 por métodos ópticos; 30 para hemodiálise; um aparelho de diatermia por ultra som/ondas curtas; um equipamento de circulação extracorpórea; um forno de bier e todos os aparatos necessários para a coleta seletiva dos resíduos e rejeitos.

Das instalações físicas para assistência, o hospital contava com um consultório médico, uma sala para cada tipo de serviço: atendimento a paciente crítico/grave com dois leitos equipados; atendimento indiferenciado; gesso; higienização; repouso/observação feminina e repouso/observação masculina com 4 e 3 leitos, respectivamente, para as áreas de urgência e emergência; curetagem; e uma sala com 5 leitos de alojamento conjunto; 2 clínicas básicas e 19 especializadas e outros 3 consultórios não médicos para a área ambulatorial; 6 salas de cirurgia, de recuperação, com 4 leitos, sala com 5 leitos de RN normal e outra com leito de RN patológico.

O TRABALHO PROPOSTO ORIGINALMENTE

Para a elaboração do projeto de implementação do serviço de psicologia, foi necessária a realização de uma análise institucional do Hospital em questão a fim de conhecer melhor sua estrutura e realidade de funcionamento. De início, a proposta englobava a possibilidade de implementação em diversos setores da instituição, como: hemodiálise, urgência e emergência, ambulatório, internação, unidade de terapia intensiva (UTI), realização de campanhas de prevenção da saúde do homem e da mulher e treinamento da equipe multiprofissional.

Seguem as descrições e fundamentações dos serviços propostos:

O psicólogo hospitalar e a cirurgia bariátrica

A obesidade é um problema de saúde pública de grande relevância devido ao seu crescente aumento e suas consequências adversas. Trata-se de um fenômeno multifatorial que envolve componentes genéticos, comportamentais, psicológicos, sociais, metabólicos e endócrinos (BJÖRNTORP, 2003).

O serviço de Psicologia proposto para o Hospital São Nicolau, no que se refere à cirurgia bariátrica, teria o objetivo de preparar e acompanhar o paciente durante todo o processo. Partindo do fato de que o acompanhamento psicológico para tal procedimento cirúrgico é obrigatório, a proposta seria a de viabilizar, em um mesmo ambiente, todos os recursos necessários, sem necessidade de deslocamento para outra instituição, otimizando o serviço e a qualidade de atendimento, economizando tempo e recursos financeiros.

O trabalho do psicólogo neste serviço abrange a avaliação do indivíduo quanto a estar apto emocionalmente para o procedimento e auxiliá-lo quanto

à compreensão de todos os aspectos decorrentes do pré e pós-cirúrgico, contribuindo para a avaliação e diagnóstico e colaborando para a ampla compreensão do mesmo (MOLINER E RABUSKE, 2008). A metáfora utilizada por Moliner e Rabuske (2008) é de que a obesidade funciona como uma armadura protetora ante os eventos estressores, ao mesmo tempo em que expressa estagnação psíquica do sujeito diante dos desafios no desenvolvimento nas diferentes etapas do ciclo vital. Como sintoma, ela tem a função de demarcar vivências traumáticas, paradoxalmente expondo o corpo e mantendo a sexualidade distanciada.

No processo de psicodiagnóstico e preparação psicológica para a cirurgia, é importante considerar o significado da alimentação e da obesidade para a família e para a pessoa, seus recursos para manejar limites e sentimentos de desconforto e frustrações. Também devem ser abordados os fatores relacionados à decisão do paciente em se submeter à cirurgia bariátrica e as suas expectativas com relação ao pós-cirúrgico (MOLINER; RABUSKE, 2008).

Hemodinâmica: Psicologia e Hemodiálise

Na área da Hemodinâmica, dentre outros transtornos envolvidos, destaca-se o tratamento para os pacientes portadores de insuficiência renal crônica e a submissão a programas de hemodiálise recorrentes. A rotina da hemodiálise é uma prática que tem várias implicações que vão além da doença e incluem, para o paciente, questões emocionais, sociais, econômicas e familiares. A presença do psicólogo, junto à equipe, pode incentivar nos indivíduos o desenvolvimento de suas capacidades, propiciando uma maior interação, e incentivar uma nova visão sobre a própria enfermidade, além de promover mais qualidade de vida (FREITAS; COSMO, 2010).

O psicólogo hospitalar ajudará na promoção de saúde do paciente portador de insuficiência renal, ouvindo-o e auxiliando-o a compreender seus potenciais fora do hospital, uma vez que o mesmo acaba se tornando um ambiente restrito e estressor.

O psicólogo no serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Segundo Soares (2007), o cuidado com os familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTI). No contexto de um paciente terminal, ou com perspectivas de recuperação muito improváveis, esta face do trabalho assume uma

importância ainda maior, pois, na maioria das vezes, o paciente não estará desperto. Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI, e que muitas vezes persistem após a morte do seu ente querido. A avaliação cuidadosa dessas necessidades fornece subsídios importantes para a melhoria da compreensão, da satisfação e da capacidade para participar nas decisões relacionadas ao tratamento de alguém, que na maioria das vezes não poderá decidir por si próprio.

O processo de comunicação é a pedra angular no serviço de atendimento aos familiares. Uma das tarefas mais importantes é fornecer, de modo apropriado, informações claras e realistas, mas também compassivas e solidárias realizadas a partir de um conjunto de estratégias e intervenções testadas e fundamentadas cientificamente que devem fazer parte do processo de formação de todo profissional de saúde da UTI (SOARES, 2007).

A importância do trabalho do psicólogo na UTI justifica-se pela visão ampla que esse profissional tem dos aspectos emocionais que podem vir a alterar e comprometer significativamente o estado de saúde geral do paciente.

Assim, o profissional de psicologia tem sua atuação na UTI a partir da tríade paciente, família e a própria equipe de saúde e, para a realização do seu trabalho, se responsabiliza diariamente dos seguintes tópicos:

- Orientar e informar rotinas da UTI, como horário de visita e cuidados;
- Informar ao paciente acerca dos acontecimentos que ocorrem fora da UTI, mesmo o paciente estando em coma (inconsciente);
- Estimular o contato do paciente com a família e equipe, visando à facilitação da comunicação;
- Avaliar a adequada compreensão do quadro clínico e prognóstico por familiares e paciente;
- Verificar qual membro da família tem mais condições emocionais e intelectuais para o contato com a equipe;
- Disponibilizar horários e intervir para atendimentos individuais aos familiares, quando necessário ou solicitado pelo familiar.

Psicologia e pediatria

Estudos indicam que a hospitalização pode afetar o desenvolvimento da criança, interferindo na qualidade de vida. Para lidar com essa situação, o brincar tem funcionado como estratégia lúdica de enfrentamento e luta contra

o sofrimento. Uma brinquedoteca é um ambiente importante para um melhor trabalho com as crianças em internação (MOTTA; ENUMO, 2004).

De acordo com a Lei Nº 11.104, de 21 de março de 2005, é obrigatória a presença de brinquedoteca em hospitais que atendem crianças em regime de internação. Partindo dessa premissa, planeja-se o desenvolvimento de um espaço lúdico para as crianças, que ajudará na qualidade de atendimento, com foco no aspecto psicológico do paciente.

Outro importante trabalho oferecido pela psicologia com crianças é o trabalho de estimulação precoce que pode ser implantado nesse ambiente. O objetivo desse trabalho é fazer um acompanhamento clínico-ambulatorial de bebês e crianças que possuam algum tipo de alto risco ou de patologia orgânica, possibilitando uma intervenção junto com a família. Desse modo, fatores como maturação, estruturação psíquica e cognitiva, linguagem, cognição, brincar, psicomotricidade, aprendizagem, início da autonomia e socialização podem se articular a fim de promover à criança o melhor desenvolvimento possível (ALVES, 2007).

Humanização da dor e do sofrimento

Pessini (2002) descreve que, em um hospital, há a presença das mais variadas fases da vida, do nascimento até a morte. O principal ponto que une todas essas fases é a presença da dor e do sofrimento. A dor é o motivo pelo qual 75% a 80% das pessoas procuram um hospital, sendo ela aguda ou crônica, obrigando o paciente a submeter-se a algum tipo de tratamento.

A dor consiste em uma perturbação física afetada por fatores sociais, psíquicos e biológicos. No que diz respeito ao sofrimento, em situação de doença, é caracterizado pela presença vulnerabilidade, desesperança, enfrentamento da ideia da morte, alteração de humor, impotência sobre si mesmo e ameaça à integridade do eu.

Muitos pacientes têm dificuldade em descrever ou comunicar a dor, o que pode vir a dificultar aos médicos a clara identificação do devido tratamento para o alívio da mesma.

O psicólogo, nesse contexto amplo, que é o da dor, possui os aparatos teóricos para lidar com o sofrimento. Contribui para o diálogo e a humanização do tratamento, ouvindo o paciente, cuidando de seus anseios, dando manutenção à qualidade de relacionamentos, bem como contribuindo efetivamente para o

tratamento da dor de forma global, fazendo com que o paciente se sinta acolhido e compreendido em seu sofrimento.

Psicologia e saúde da mulher: gravidez, parto e puerpério

É fundamental para a humanização do parto o adequado preparo da gestante para o momento do nascimento – preparo que deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isso requer um esforço muito grande, mas plenamente viável, no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes. Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, a preparação para o parto envolve, também, uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, atenção física e psíquica, idealmente uma visita à maternidade para conhecer suas instalações, o pessoal e os procedimentos rotineiros, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Durante o pré-natal, a gestante deve receber orientações em relação aos seguintes temas: processo gestacional, mudanças corporais e emocionais durante a gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido e amamentação. Tais conteúdos devem incluir orientações sobre anatomia e fisiologia maternas, os tipos de parto, as condutas que facilitam a participação ativa no nascimento, sexualidade e outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Essas orientações, juntamente com a atuação do psicólogo, também surtem efeitos na prevenção da depressão pós-parto, que atualmente acomete em torno de 15% das mulheres e tem sido um importante problema que afeta a população feminina e importante campo de trabalho do psicólogo. (HIGUTI; CAPOCCI, 2003).

Em seguida, o acompanhamento continuará sendo feito no período conhecido como puerpério, que é o pós-nascimento. As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo. A mulher, nesse momento, como em todos os outros, deve ser vista como um ser integral, não excluindo seu componente psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Dessa forma, os cuidados e atenção às puérperas devem ser adequados por parte dos profissionais de saúde para

então promover uma melhor e mais precoce identificação e intervenção para o tratamento (HIGUTI; CAPOCCI, 2003).

É comum que nesse momento a mãe experimente sentimentos contraditórios e sintam-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Pelo exposto, fica clara a importância do acompanhamento psicológico da gestante e mulheres em puerpério, já que se trata de um momento de mudanças intensas e que afetam diretamente o estado tanto físico quanto psíquico.

O psicólogo no serviço de urgência e emergência

A psicologia no pronto-socorro, onde ocorrem os serviços de urgência e emergência, visa o atendimento à manifestação psicopatológica específica e não à mudança psíquica estrutural. Dessa forma, o psicólogo hospitalar ajudará o paciente a encontrar mecanismos de adaptação e enfrentamento através da psicoterapia breve. Sabe-se que esses pacientes têm sua rotina de vida interrompida subitamente, além da dor física, a dor psíquica pode estar presente. O ambiente hospitalar, na maioria das vezes, é estressor para o paciente e o deixa em uma situação de impotência e vulnerabilidade. Algumas crenças com relação à doença, como tristeza, insegurança, ansiedade, dentre outros, são frequentes nesses pacientes e precisam ser levadas em consideração (VIEIRA, 2010).

Esses apontamentos demonstram a necessidade de atendimento psicológico no atendimento de urgência e emergência, tendo em vista a presença de significativas alterações psicológicas. O serviço de saúde integrado, incluindo o serviço de psicologia, é de suma importância para um tratamento adequado, humanizado e de qualidade.

O TRABALHO REALIZADO

Embora a proposta original da instalação do serviço de psicologia no hospital São Nicolau tenha pretendido abranger vários setores, como hemodiálise, unidade de terapia intensiva, pediatria, realização de campanha de prevenção da saúde do homem e da mulher e treinamento da equipe multiprofissional; nossa prática esteve restrita à hemodiálise e Unidade de Terapia Intensiva conforme abertura que nos foi dada pelo hospital. As justificativas do hospital

para tal impossibilidade, ao longo desses três anos de trabalho, foram: reforma e ampliação da estrutura predial do hospital e processo de mudança da administração do hospital.

Assim, o trabalho de psicologia no hospital foi realizado, ao longo de três anos, com atendimentos prevalentemente individuais no setor de hemodiálise e UTI, realizados, conforme exigência do Conselho Federal de Psicologia, pelos estagiários matriculados no Estágio Curricular Obrigatório – Processos Clínicos e Saúde – do curso de Psicologia da UFG/CAC. Foram asseguradas a todos os sujeitos atendidos a privacidade e a confidencialidade de suas identidades e conteúdos privativos que pudessem identificá-los. Concomitante ao trabalho desenvolvido no hospital, foram realizadas supervisões semanais e estudo dos casos atendidos. Importante ressaltar que, conforme regulamentação do Conselho Federal de Psicologia, todos os relatórios, laudos, entrevistas e demais dados coletados serão guardados por pelo menos 5 anos e, se descartados, deverão ser, primeiramente, fragmentados (destruídos).

A abordagem teórica que fundamentou os acompanhamentos e a supervisão do trabalho foi a psicanalítica, que tem como premissa voltar as intervenções na direção do próprio sujeito atendido com o objetivo de que ele possa vir a se repositonar e se responsabilizar frente à sua queixa. A postura adotada pelos estagiários, portanto, foi a de se colocar à disposição de escutar ao discurso do paciente, permitindo que ele falasse e, a partir dessa fala, reconstruísse um sentido do que está vivendo. O trabalho realizado tinha, também, a intenção de desmistificar o olhar dos demais profissionais de saúde acerca do trabalho do psicólogo dentro do contexto hospitalar, ressaltando importância de tal prática em instituições hospitalares públicas e privadas.

Contudo, considerando que o instrumento de trabalho do psicólogo é a fala, como podemos avaliar os resultados de suas intervenções? Palma et al. (2011) propõem uma técnica de avaliação orientada pelos princípios do método psicanalítico, visando a abordar os efeitos terapêuticos e analíticos desses procedimentos clínicos sobre a subjetividade a partir da descrição e avaliação dos casos clínicos atendidos.

RESULTADOS OBTIDOS OU ESTUDO DE CASOS

Seja na hemodiálise ou na UTI, a demanda que chega é sempre de ordem orgânica. O próprio espaço hospitalar retira do sujeito sua história, afastando-o do cotidiano e de seus familiares para ingressar em um lugar desconhecido que o reduz à sua doença, acarretando ao sofrimento. Nessa esfera, a equipe não tem a preocupação com a história do sujeito para além dos sintomas que ele descreve, a singularidade é desconsiderada e ele passa a ser reconhecido como número, leito, ou pelo diagnóstico realizado, o que configura uma forma de violência institucional ao sujeito.

O trabalho do psicólogo no hospital não pode ser feito dessa maneira, sobretudo se este for de abordagem psicanalítica. Logo, precisa se orientar pela dimensão clínica, ou seja, pelos fundamentos da psicanálise. Ele precisa ocupar seu espaço sem deixar que os fundamentos da instituição interfiram em sua técnica. Assim, a psicanálise não pode se submeter ao saber institucional, e a teoria não pode ser distorcida.

Ao longo dos três anos de projeto, foram atendidos aproximadamente 150 pacientes de hemodiálise e 10 pacientes por semana na UTI (devido à grande rotatividade de pacientes e alta mortalidade, o número total é impreciso). Seguindo a proposta de atendimento do projeto de implementação, podemos afirmar que o melhor modo de demonstrar o trabalho realizado é a partir de fragmentos dos atendimentos.

Um caso atendido no setor de hemodiálise demonstra o desafio do atendimento psicológico: em um dos casos atendidos, o sujeito sempre relatava ao estagiário, frente a pergunta, “Como está?”, que estava “Tudo bem” e que não existia nada de ruim acontecendo. Entretanto, após alguns atendimentos, que sempre se iniciavam do mesmo modo, foi possível perceber que a frase “Está tudo bem” remetia a um “apesar de”, ou seja, “Está tudo bem, apesar da hemodiálise”, uma vez que o tratamento renal levou o sujeito a se ver paralisado frente às questões do seu cotidiano após o início das sessões de hemodiálise. Nesse caso, o trabalho do estagiário foi de apontar para a possibilidade do sujeito de vir a ressignificar esse “Tudo bem”. No final do trabalho com este sujeito, já era possível observar em seu discurso questões que apontassem para um movimento de sua vida, em um determinado momento ele aponta que iria abrir seu próprio negócio, estava tentando tirar carteira de motorista, dentre outros aspectos que apontavam não mais a uma posição de paralisia,

mas de movimento, frente a uma vida que a hemodiálise o permite viver e não o contrário.

A importância do trabalho psicanalítico se dá quando levamos em conta a interferência do psiquismo nas patologias orgânicas e a uma escuta sem julgamento, ou seja, que consegue notar elementos por trás do que é enunciado que, para qualquer outro profissional, passa despercebido.

[...] Consiste apenas em não querer notar nada em especial, e oferecer a tudo o que se ouve a mesma “atenção flutuante”, segundo a expressão que usei. [...] Pois, ao intensificar deliberadamente a atenção, começamos também a selecionar em meio ao material que se apresenta; fixamos com particular agudeza um ponto, eliminando assim outro, e nessa escolha seguimos nossas expectativas ou inclinações. Justamente isso não podemos fazer; seguindo nossas expectativas, corremos o perigo de nunca achar senão o que já sabemos; seguindo nossas inclinações, com certeza falsearemos o que é possível perceber. Não devemos esquecer que em geral escutamos coisas cujo significado será conhecido apenas posteriormente. (FREUD, 1912, p. 149 e 150)

Outro atendimento que nos permite compreender o trabalho realizado pelo estagiário de psicologia no contexto hospitalar foi no espaço da UTI. Uma paciente deu entrada na Unidade de Terapia Intensiva após passar mal, relatando sentir fortes dores no peito durante o procedimento de hemodiálise, ao qual ela estava sendo submetida há apenas dois meses. Os médicos avaliaram de todas as formas técnicas que disponibilizavam, mas não encontraram nenhuma disfunção orgânica que explicasse o que levava a paciente a sentir tais dores e a ter sua pressão descontrolada a ponto de haver a necessidade de mantê-la na UTI. Quando o saber médico se mostra impossibilitado de lidar com as questões de um sujeito singular, o psicólogo é chamado para intervir naquilo que não pode ser apreendido pelo discurso médico.

No atendimento psicológico, a paciente relatou que há seis anos havia perdido um filho em um acidente de carro, e que, no dia em que se sentiu mal, estava completando mais um ano que o filho dela havia falecido. Continuou sua fala dizendo que o mês de maio é muito difícil para ela, porque é o mês de aniversário de nascimento e de morte de seu filho e também o mês em que se comemora o dia das mães. Segundo ela, esse ano foi ainda mais difícil por estar necessitando de hemodiálise, pois, como ela ainda estava com a fístula no pescoço, tinha que evitar locais que aumentassem o risco de contaminação, sendo assim, não pôde ir ao cemitério visitar o túmulo do filho como fazia

sempre. Diz que quando passou mal estava pensando muito nessa impossibilidade de “visitar o filho”, mas que não falava sobre isso para não deixar o marido e a neta preocupados.

Constatamos que seu sofrimento psíquico elevado se manifestou através do adoecimento de seu corpo, pois esse não encontrou outra via de expressão, já que falar sobre sua dor emocional em casa era difícil para ela, pois não queria causar angústia no marido e na neta órfã de pai. A paciente foi, então, orientada a falar livremente sobre qualquer assunto com os estagiários de psicologia, para que, através da fala, do processo de transferência e das interpretações devolvidas a ela, pudesse encontrar novas vias de elaboração de seu sofrimento e amenizar suas angústias que não o adoecimento do corpo. Após o atendimento, a pressão arterial, batimento cardíaco e dor no peito normalizaram e ela pôde terminar a sessão de hemodiálise e voltar para casa. O acompanhamento a esta paciente prosseguiu semanalmente no setor de hemodiálise com o estagiário que havia acompanhado durante sua passagem pela UTI.

A partir desses dois fragmentos de atendimentos, podemos apontar a impossibilidade de padronização da prática do atendimento psicológico fundamentado pela teoria psicanalítica, uma vez que o tratamento visa a singularidade que só pode ser acessada através da fala, que revela a realidade psíquica do sujeito. Pretende-se, então, conhecer a experiência subjetiva, interpretando-a para o paciente, com o objetivo de causar nele um reposicionamento frente suas queixas, responsabilizando e implicando-o no seu modo de sofrer e amar. Ou seja, essa escuta especializada e singular do analista busca fazer com que o sujeito encontre “outra forma de haver com o real da incompletude”, que não o da via da compulsão à repetição, que o paralisa frente ao seu sofrimento, favorecendo, assim, a reinvenção da subjetividade (PALMA et al., 2011, p. 119).

Para compreender como funciona o processo de intervenção e interpretação, podemos apresentar uma interpretação em um fragmento de um outro caso atendido por um dos estagiários no setor de hemodiálise. Uma paciente atendida inicia seu relato com lembranças de infância:

Eu sou uma mulher muito sofrida, quando eu era criança eu sofri muito, era magrinha, doentinha. Minha mãe foi embora de casa quando eu tinha 03 anos, o engraçado é que eu lembro dessas coisas e não era pra lembrar né! Porque eu era muito pequena. Eu lembro

de ficar sentada lá de fora com meu pai, eu ficava chorando por causa da minha mãe, nós ficamos com meu pai porque ele era pastor evangélico e ficou com a gente. Aí tinha uma família que queria me pegar, aí meu pai falava que era minha mãe que sabia e minha mãe dizia que era meu pai que sabia e ficava nisso. (Caso Clínico, 2015).

Em outro momento, a paciente relata ter a síndrome das pernas inquietas e alergia que a impossibilitam de caminhar confortavelmente, causando-lhe profunda irritação. Frente ao exposto pela fala da paciente e frente às consequências advindas das manifestações somáticas, pudemos interpretar esse quadro como uma atualização de sua história de abandono e de impotência frente ao abandono da mãe na infância. O fato de sempre ter sido uma pessoa “doentinha” e “magrinha” também pode estar correlacionado com esse afeto de rejeição que a acompanha durante toda a vida, pois o estar doente demanda que alguém cuide dela, mesmo que esse alguém seja o médico. Isso fica evidente quando, durante todas as sessões, ela solicita atendimento do médico ou da enfermeira ininterruptamente para queixar-se de algo no corpo. A postura do analista foi de reconstruir a fala da paciente demonstrando a ela que seu adoecimento é uma forma de repetir sua história de abandono.

Alguns casos atendidos pelos estagiários foram encaminhados por serem um grande desafio a equipe do hospital e foram, também, um grande desafio para os estagiários de psicologia. Um desses desafios foi o caso de uma senhora que além da insuficiência renal, era deficiente visual e um de seus pés estava com infecção grave devido ao diabetes. Ela precisava se submeter a uma cirurgia de amputação desse pé, porém por muito tempo ela se recusou a esse procedimento. A equipe médica respeitou sua decisão, no entanto mostrou-se impotente diante dessa recusa. O médico explicou a ela que a infecção estava se agravando e, sem amputar esse membro, a morte seria inevitável.

A paciente relutante sempre comparecia às sessões de hemodiálise e durante a sessão sentia muita dor. Os profissionais ali presentes, angustiados diante dessa recusa, a tratavam de maneira hostil, e, quando esta se queixava, eles não davam atenção ou diziam de maneira agressiva que isso era por causa da sua recusa à cirurgia.

Ao ser atendida por um dos estagiários de psicologia, este notou que ela estava debilitada e em precárias condições higiênicas. A paciente mostrou-se receptiva, mas angustiada porque não entendiam sua decisão. Procurou-se nesse atendimento adotar uma postura não diretiva, sem a intenção de

convencer a paciente a realizar a cirurgia, assim, mudou-se o foco da questão e procurou-se conhecer um pouco de sua história. Mas pela pouca escuta, devemos considerar uma paciente que parece angustiada com relação aos filhos, que não a recebiam em suas casas, e principalmente com a cirurgia de amputação de mais um membro, já que por conta da diabetes ela também já perdera a visão.

Essa senhora explicita os limites da medicina diante de determinados casos. A perturbação dos profissionais ali presente era evidente e não foi possível conhecer melhor sua história pessoal e saber os reais motivos da recusa desse tratamento e suas condições sociais, mas esse exemplo mostra claramente a necessidade de um olhar para o sujeito do desejo que, com frequência, é desconsiderado, pois, na situação citada, a paciente foi vista como uma pessoa transgressora que se recusava a cumprir a indicação médica que, embora não se deixasse de ser, havia ali também sujeito desejante que parece não ter sido compreendido pelos profissionais de saúde. O acompanhamento dessa paciente não foi possível, pois, na semana seguinte, após a recusa da cirurgia, ela faleceu.

O desejo do analista deve se pautar no desejo de que o sujeito fale, que ele apresente seu próprio discurso e que consiga falar para além da doença. Um dos pacientes atendidos na hemodiálise, nos momentos iniciais da entrevista, apresentava um discurso voltado, a todo o momento, para a doença, inclusive com uma fala técnica como a dos demais profissionais. Assim, a psicanálise não pode se submeter a esse enquadramento, pois senão o paciente passa de sujeito a ser tratado como objeto.

No decorrer dos atendimentos com este paciente foi preciso intervir no sentido dele conseguir produzir seu próprio discurso, distanciar o atendimento psicológico dos demais, no sentido de permitir que ele fale, considerando sua singularidade, por exemplo, quando ele fala: “Não adianta ficar reclamando mesmo, não tem jeito, os médicos já explicaram”. Ao invés de aceitar essa posição de mestre que o ambiente hospitalar convoca o tempo todo, o analista tem que escutar o que está por trás disso.

Ao desenvolver esse trabalho, o analista se vê diante de uma grande responsabilidade que é fazer com que a subjetividade daqueles que estão envolvidos tenha como norte a ética do desejo. Além da dificuldade que é passar pelo processo de adoecimento, ainda se tem que lidar com outro processo que é a hospitalização, muitas vezes não garante ao paciente a oportunidade de emitir

as suas opiniões sobre o seu próprio tratamento, desconsiderando, então, muitos de seus aspectos subjetivos.

A experiência deste projeto de extensão no hospital permitiu perceber a dificuldade no estabelecimento dos laços sociais e assim, com frequência, observamos certo estranhamento nas relações entre os pacientes, os familiares e os próprios profissionais que ali trabalham. Às vezes em detrimento do bom funcionamento e do seguimento das normas institucionais, os sujeitos não são escutados nas suas angústias.

Por esse motivo, cabe ao analista transitar pelos discursos de forma com que faça valer a subjetividade do sujeito, que pode estar sendo descartada. Diante dos desafios impostos no contexto hospitalar, vale ressaltar a importância da análise pessoal para o exercício da profissão. Considerando que na clínica privada o analista disponibiliza a sua escuta e assim permite que algo se revele para o sujeito, ele aposta no conteúdo desse sujeito independentemente do que seja. Trata-se de se colocar em uma posição em que o sujeito saiba que existe alguém ali disposto a lhe ouvir, não sustentando qualquer posição de maestria, mas convidando o sujeito a falar.

CONCLUSÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA

Miller (1997, p. 223) diz que “aquele que nos procura, como analista, não é um sujeito, mas alguém que quer ser um paciente”, um “candidato” e “o primeiro pedido, na experiência analítica, é a demanda para ser admitido como paciente”, portanto, “é ele [o sujeito] quem primeiro avalia seu sintoma”. Apesar do campo de atendimento aqui relatado ser o oposto – ou seja, não é o analista que é procurado, primeiramente, mas ele é quem vai até o paciente –, isso não se demonstrou como um problema insolúvel e definitivo, pois muitos dos pacientes optavam por dar continuidade ao atendimento e tinham como demanda serem admitidos como pacientes, pois queriam ser ouvidos.

Um grande empecilho encontrado no decorrer do trabalho no contexto hospitalar está no fato de que não existe demanda formulada, a priori, pelo sujeito, visto que ele se encontra no hospital por motivos orgânicos, que não exclui a necessidade de psicoterapia. E, apesar da diferença de oferta e demanda entre a psicanálise dentro e a psicanálise fora do hospital, isso não inviabiliza a possibilidade de se fazer análise nesse ambiente. É possível fazer análise dentro do hospital, claro que não a análise convencional aos moldes clínicos,

impraticável pela grande rotatividade que é o hospital, mas é possível se fazer uma escuta especializada, com intervenções pontuais, destacando o sujeito, realçando sua singularidade e, possivelmente, possibilitando uma retificação subjetiva do sujeito.

Após procurarmos o paciente e este aceitar atendimento psicológico, partimos para as entrevistas preliminares. Miller (1997, p. 224) diz que “as entrevistas preliminares são consequência direta de precisarmos estruturar as boas-vindas” e que não existe tempo definido para serem feitas. Podem durar semanas ou anos. E, em um lugar como a sala de hemodiálise, repleta de sujeitos com suas singularidades, este tempo pode variar muito. No entanto, isso não vale para a UTI. Nesse ambiente não se tem tempo para entrevistas preliminares e a coleta de informações sobre o paciente deve ser mais precisa e rápida, e intervenções devem ser pontuais e concisas, pois não haverá oportunidade de fazê-las novamente. Não se tem tempo suficiente para isso.

Miller (1997) diz que é a partir das entrevistas preliminares que podemos fazer uma avaliação clínica, ou diagnóstico diferencial, tentando identificar a estrutura clínica do sujeito, necessário para se saber como prosseguir com os atendimentos, afinal, não se atende um neurótico da mesma forma que se atende um psicótico, haja vista a diferença de estruturas entre os dois. Identificar a estrutura do sujeito na instituição hospitalar pode se tornar um pouco mais difícil, não retirando a importância de identificá-las, pois é por meio delas que conseguimos traçar intervenções consistentes.

Muitas vezes, o sujeito que está na diálise quer apenas falar, ser escutado por alguém, que vai ouvir o que ele tem a dizer sem desconfianças, nos seus pormenores. E, como analistas, devemos ficar atentos ao que o sujeito tem a nos dizer, com uma atenção flutuante porque o conteúdo que devemos tratar com devida importância não está no óbvio, mas nas entrelinhas do discurso do paciente. Miller (1997, p. 234) complementa ao dizer que “está aí o sentido do sujeito na clínica, um sujeito que se estabelece quanto ao direito [de falar e ser ouvido] e não quanto ao fato, por isso observar o sujeito, buscá-lo na objetividade, é não querer encontrá-lo”.

E ouvi-lo envolve também não separar suas falas entre o que é verdade ou mentira. Independentemente de ser uma mentira, o fato é que, para o sujeito, o que ele relata é sua verdade subjetiva. Um exemplo observado na hemodiálise foi de um homem que afirmava ter visto anjos o salvando, e que na semana posterior ele não estaria mais no processo de hemodiálise, pois receberia a

cura divina, o que não se concretizou na semana seguinte. Diante do fato de que não seria curado, passou a ter contínuos episódios de insônia. Esse exemplo mostra o que foi discutido anteriormente, que essa era uma verdade para ele, e que quando essa sua verdade não se concretizou, emergiram sintomas de uma crise de angústia já instalada pela não aceitação de sua doença renal.

Outro exemplo de verdade subjetiva pôde ser visto em um homem atendido na hemodiálise que reafirma a todo o momento o quão é importante na história da política do estado e o quão grato muitos políticos, governadores e deputados são a ele. Sempre enfatizando o quão ele é importante para alguém. Nesse caso, nosso papel não é questionar, mas ouvir o sujeito, permitir que ele minta, sem julgamentos para assim acessar seu inconsciente.

O problema é sério: o paciente pensar que o outro percebe tudo e o vê com transparência. Para permitir que o próprio desejo se desenvolva, é necessário um lugar obscuro, e deixar-se pensar que há algo que o outro não pode perceber. Temos que permitir ao sujeito algumas trapaças, e não ir buscar imediatamente, o sujeito no fundo, dizendo logo que não é verdade, que há uma contradição. Ao contrário, é preciso permitir, sobretudo nas entrevistas preliminares, que ele minta, para perceber alguma antinomia na lógica própria de seus ditos. E isso, de fato, já começa a introduzir o sujeito no inconsciente através da localização subjetiva (MILLER, 1997, p. 237).

Um segundo passo essencial é localizar a posição subjetiva do paciente. Mas para isso é preciso “questionar a posição tomada por quem fala quanto aos próprios ditos, e a partir dos ditos localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação [...] lugar em que está o enunciante frente ao enunciado” (MILLER, 1997, p. 236).

Foi feito um atendimento com uma mulher que perdera o marido há quatorze anos e, desde então, sua vida havia parado, evidenciando isso em fatos como não sair de casa, somente para fazer sessões de hemodiálise. Afirmava gostar de estar lá para se distrair, não tinha amigos, não iniciava nenhum relacionamento e sua vida se baseava em cuidar das irmãs surdas e dos filhos e netos, não fazia nada para além disso. Durante as três sessões em que ela foi atendida, demonstrou muita resistência, principalmente em falar do passado, afirmando que “o que está no passado é pra esquecer, e não lembrar nem falar”. Diante disso, percebida sua posição paralisante, a intervenção tomada foi de destituí-la de algumas fantasias de “não posso reclamar, deixa pra lá”, “o passado é pra ser esquecido”, “não quero falar do meu passado pra você”,

para que esta percebesse o lugar em que se coloca, para produzir fala nela. No entanto, a resistência foi maior e ela não quis prosseguir com os atendimentos.

No caso relatado brevemente acima, a paciente insiste na ideia de que é calada, de que é tímida e esse é seu jeito, tentando mascarar a resistência, enganar ao terapeuta e a si mesma. Sobre isso, Miller (1997, p. 237) diz que “às vezes na análise o sujeito diz algo para verificar se o analista acredita nele e, em caso afirmativo, ele próprio passa a acreditar, ou acha que acabou de se certificar de que o analista é um tonto”.

Assim acontece com outros pacientes. Um deles, em todos os atendimentos, apresentava um discurso de ser sempre uma pessoa boa, valorosa, amada por todos, que nunca fez mal a ninguém. Para quebrar essa fantasia, foram-lhe colocadas frases que mostrassem que ele não precisava manter esse discurso de bom o tempo todo e que ele poderia dizer e ser o que quisesse durante o atendimento, sem julgamentos. As intervenções produziram fala nesse paciente, que ficou nervoso a princípio por ter sido colocada em xeque toda essa casca de castidade que ele se envolvia, mas depois de certo tempo relatou que já se desentendeu com pessoas do trabalho por motivos pequenos, que jogou um prato de jiló na cara de um amigo etc.

Diante desses sucintos exemplos, percebe-se que o que muda, na perspectiva analítica, é que o sujeito se utiliza da palavra para enganar-se a si mesmo (MILLER, 1997). Uma mulher descrita anteriormente, que diz não querer lembrar, mas sim esquecer de seu passado, está apenas afirmando que seu passado está presente e engana a si mesma, e mesmo ciente de que ainda se lembra desse passado de tal forma que se nega a esquecê-lo (que foi dito a ela). Isso não produziu fala nessa paciente, mas muita resistência, o que demonstra o quão difícil para ela é suportar a lembrança desse passado que não pode ser compartilhado com ninguém.

Ainda sobre a posição de sujeito, foi atendida na hemodiálise uma mulher que apesar de seus 57 anos de idade, aparentava ser uma pessoa simples, humilde, ingênua, se colocando abaixo de todos, tratando sempre a todos por senhor e senhora, independentemente da idade, tinha uma fala extremamente baixa e assumia uma posição de completo desamparo frente ao mundo. Além de que, em seu discurso, ela não aparecia como sujeito, ela vivia apenas para o filho e todas as pessoas que a ajudavam, ela se referia a essas com uma gratidão extrema e eterna, como se não fosse merecedora de ajuda. Com relação ao caso, Miller (1997, p. 253) diz que “nesse nível ele não existe, e é

responsabilidade do analista produzi-lo num outro, que lhe seja apropriado”. No entanto não foi possível fazer intervenções com esse objetivo pois a paciente foi transferida para a hemodiálise de outra cidade.

Sobre a localização subjetiva, um homem atendido, referido anteriormente, coloca-se como sendo independente e como ele é importante para outras pessoas. Mostra isso falando de sua carreira política, de que até hoje candidatos e políticos famosos o procuram e têm gratidão pelo que ele fez por eles. Sempre carrega esse discurso de se fazer importante para alguém, demonstrando uma estrutura frágil, que na verdade desvela uma pessoa que não é mais desejada como outrora, e que vive desse fantasma do passado para se afirmar como sujeito.

Quando se localiza o sujeito, o próximo passo é fazer emergi-lo do seu discurso, o que não é uma tarefa fácil em alguns casos, como, por exemplo, o caso de um paciente que fazia a diálise há apenas três meses, e sempre se armava durante os atendimentos de inúmeras falas religiosas e de pregações para não falar de si, chegando a profetizar coisas direcionadas à estagiária. Nesse caso, deve-se puxar o sujeito, tirá-lo desse discurso e resgatarmos sua singularidade, fazendo com que o discurso religioso seja colocado de lado, nunca questionando as crenças do paciente para não produzir mais resistência. Se ele fala a partir da perspectiva da religião, tenta-se saber sua opinião, puxá-lo para dentro de seu discurso, fazer com que se implicar no seu discurso, com intervenções simples, porém diretas colocando a religião de lado. Esse não tem sido um caminho fácil, mas lento, que resulta em pouca fala, devido em como o sujeito está imerso neste discurso de religiosidade.

Miller (1997) aponta que

Às vezes um paciente procura um analista para verificar se alguém pode entender o que ele diz. Contudo, não é possível convencer o paciente de nossa capacidade de entender, senão introduzindo sistematicamente o mal-entendido. Por exemplo, com a pergunta “que você quer dizer com isso?”. Esta é a única pergunta que dimensiona o sujeito-suposto-saber pois mostra ao paciente que não o entendemos apenas por simpatia, e que ele mesmo não se entende (MILLER, 1997, p. 246).

Daí a importância de colocarmos o sujeito no lugar de suposto saber, pois ninguém melhor que ele para saber sobre si e sobre a própria vida. Um paciente atendido no começo do projeto, relatava sobre si, e quase que instantaneamente, como uma resistência, voltava a pergunta à estagiária alegando não

saber o que falar sobre si. Para conseguir atendê-lo, foi necessário colocá-lo nesse lugar de suposto saber, para que assim falasse mais. Foi necessário também mostrar a ele que o estagiário estava ali não por simpatia a ele, mas para ouvir sua narrativa, o foco ali estava nele e só ele, entendedor de sua própria vida, poderia contar sobre.

Com outra paciente também funcionava dessa forma, diante da resistência dela, para conseguir que ela falasse, mesmo que pouco, era necessário instaurar nela o mal-entendido, colocando questões como “O que você quer dizer com isso?”, “Você pode me explicar melhor?”. Por breves momentos ela falava de si, mas não muito, por conta da resistência.

Com relação à queixa, às vezes quando oferecemos o atendimento, nos deparamos com esse problema, que, no hospital, o paciente não tem demanda, mas pode apresentar algumas queixas. Às vezes, o paciente entra no atendimento com uma queixa determinada que não deve ser atendida. E que demonstra uma posição subjetiva. Miller (1997) diz que é necessário rejeitar a formulação inicial, sem rejeitar o sujeito. No caso de um dos pacientes atendidos, sua queixa inicial era de como se sentia sozinho e queria que o estagiário estivesse ali apenas para conversar. Foi necessário estabelecer com ele que ali se tratava de um atendimento psicológico, mas que o estagiário estaria ali para ouvi-lo sem restrições, afinal o analista é o lugar vazio, onde o sujeito é convidado a falar. O que se apresentou subsequente foi o medo de se sentir sozinho e de morrer sozinho, por isso a necessidade que ele tinha de sempre chamar a atenção na hemodiálise e de tentar estabelecer vínculo com todos dali. Com o tempo, essa necessidade de chamar atenção se dissipou.

No que concerne à retificação subjetiva,

As entrevistas preliminares não são apenas uma investigação para localizar o sujeito, mas também a mudança efetiva de sua posição. Elas podem transformar a pessoa que está sendo entrevistada em alguém que se refere ao que disse guardando distância do dito. É esse o motivo delas se constituírem em uma retificação subjetiva (MILLER, 1997, p. 250).

Pode-se dizer, então, que o início de uma análise acontece quando se chega a uma retificação subjetiva. Contudo, em âmbito hospitalar raramente se chega de fato à retificação subjetiva.

Freud (1913/2010, p. 137) diz que volta e meia pacientes “começam a terapia assegurando que nada lhes ocorre que pudessem relatar, embora tenham diante de si, intocada, toda a história de sua vida e de sua doença”. Isso ocorreu

com um paciente, que uma forte resistência passou a primeiro plano para defender sua neurose e este se reservou de dizer sobre si, e, quanto mais se tentava quebrar essa resistência, mais ela se fortificava chegando ao ponto de inviabilizar os atendimentos psicológicos.

Em relação à UTI, devido à característica do local de grande rotatividade, o trabalho a ser feito teve como características ser conciso, breve e que desse resultados, mesmo que pequenos e restritos, quase imediatos. Com os internos, geralmente o trabalho está em escutar suas angústias, caso o paciente esteja consciente, e verificar se suas funções cognitivas estão intactas.

Com os familiares pode ser feito um trabalho de escuta especializada também, além de que ninguém melhor que o psicólogo para passar informações importantes para os familiares e oferecer um suporte mínimo necessário. Um trabalho realizado na UTI envolve, antes do horário de visita, a conversa com os familiares sobre as regras gerais de funcionamento da UTI e informações sobre o paciente, sempre evitando falas técnicas e médicas excessivamente, pois estamos ali para dar um suporte. Além desse trabalho antes da entrada dos familiares para dar-lhes suporte psicológico, foram realizados trabalhos durante o horário de visitas, sendo este trabalho acompanhar e conversar com a família minimizando o sofrimento e recolhendo informações que podem ser relevantes a posteriori. Também foi oferecido um suporte, juntamente com a psicóloga responsável pela ala da UTI, de apoio psicológico quando um paciente vai a óbito.

Um impasse do trabalho neste ambiente rotativo está no fato de que não existe disponível uma sala individual para os atendimentos. A sala da UTI, que todos os profissionais desse ambiente compartilham, é disponibilizada para a psicologia em caso de morte, em que os familiares são chamados e acolhidos na mesma.

Outro problema visto está na impotência que a psicologia tem nesta instituição. Isso faz com que o profissional de psicologia, usando o jargão de promoção de saúde, utilize-se de práticas que não são suas para se adequar àquele ambiente. Assim, acredita estar fazendo seu trabalho e ao mesmo tempo dentro dos conformes institucionais. Tem-se exemplo disso com os psicólogos que atuam na instituição. O que foi perceptível foi que, cansados de tentar implementar opções de serviços psicológicos na instituição e descredenciados, os profissionais de psicologia acabam seguindo os moldes estabelecidos pela instituição, ou mesmo fazendo trabalhos que não são seus, mas de outros

profissionais, como por exemplo entregar aos familiares de pacientes internos na UTI um papel com os itens de higiene que estão faltando para o paciente. E, quando se percebe que o serviço de psicologia tenta se reerguer, sugerindo opções de mudanças na rotina da UTI, por exemplo, instituindo uma variação no horário de visitas, sempre visando o bem-estar do interno, este é barrado, por resistência à mudança para uma nova rotina.

Nesse ambiente, podemos encontrar muitos problemas relacionados ao suporte dado ao paciente que se encontra na UTI. Muitas vezes percebemos que os pacientes se encontram angustiados, e ficam ainda mais pela ociosidade do lugar, pela falta de algo que os distraia, ou alguém que queira ouvi-los, já que quando pedem algo não são respondidos ou são repreendidos. Nesses casos, pode-se pensar que é uma prática banal, mas é muito importante dar atenção a esses pedidos dos internos, e, se possível, tentar resolvê-los. Por exemplo, um paciente que pede o tempo todo para ir ao banheiro ou para ter seu corpo coberto, no contexto da UTI, costuma ser regularmente ignorado. A atuação do psicólogo, nesse contexto, ocorre nesses pequenos, porém importantes, detalhes, pois visa restituir ao indivíduo um lugar de sujeito e não de objeto, o que leva a uma diminuição, quase imediata, da angústia.

Assim como outros do hospital, nesse ambiente existem problemas com relação à equipe, que, pelo que se percebe, é despreparada para lidar com o paciente por completo. Desconhecem que não existe separação entre mente e corpo e, assim, focam o tratamento apenas no cuidar do corpo, esquecendo-se das singularidades do sujeito. Um trabalho que poderia ser feito nesse local, que certamente teria muita resistência, era a psicóloga ou estagiários reunirem a equipe e fazer grupo com o intuito não de mudar a dinâmica daquele lugar, mas de que os profissionais pensem mais sua prática em prol do sujeito que está ali.

Em suma, são muitos os desafios que temos que enfrentar nessa instituição que é o hospital e em muitas outras, visto que nossa profissão ainda não está sendo requisitada como deveria. No entanto, faz-se mister que nós procuremos, por meio de nossas atuações, que ela seja requisitada, e isso se faz mostrando nossa importância nesses ambientes, por meio de atuações dignas de nossa profissão.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher, parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ ministério da saúde, secretaria de políticas de saúde, área técnica da mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso: 17 maio 2013.
- FREITAS, P. P. W; COSMO, m. Atuação do psicólogo em hemodiálise. *Revista sbph.*, vol.13, n.1, jun. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1516-08582010000100003>. Acesso em: 22 mar. 2015.
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1912. v. XII.
- _____. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: _____. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1913. v. XII.
- HIGUTI; CAPOCCI. Depressão pós-parto. *Revista de Enfermagem da UNISA*, 4, p. 46-50, 2003.
- MILLER, J. A. Lacan Elucidado. *Palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
- MOLINER; RABUSKE. *Fatores biopsicossociais envolvidos na decisão de realização da cirurgia bariátrica*. In: *Psicologia: Teoria e Prática* – 2008, 10(2):44-60.
- Motta; Enumo. Brincar No Hospital: Estratégia De Enfrentamento Da Hospitalização Infantil1. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 19-28, 2004.
- PALMA, Claudia Maria de Sousa; JARDIM, Luciane Loss; OLIVEIRA, Iza Maria de. Como abordar os efeitos de um tratamento ofertado em um serviço de psicanálise no âmbito público. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 113-127, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 16 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982011000100008>.
- PESSINI, Leo. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética* 2002 – Vol. 10 – Nº 2.
- SOARES. Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, vol. 19 N. 4, Outubro-Dezembro, 2007.
- VIEIRA, M, C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Revbrasclin med*. São paulo, 2010 nov-dez;8(6):513-9.