



O Lugar do Psicólogo e do Soúde no Hospital Gerol¹

Ademir Pacelli Ferreira*

Introdução

Apesar de ter tido uma passagem menos longa pelo hospital geral, a experiência de três anos no Souza Aguiar (HMSA), quando ainda recém formado, foi suficiente para eu entender a importância do trabalho da psicologia no hospital. Mais ainda: foi decisivo para erguermos a bandeira da residência como modalidade de especialização também para os psicólogos. Esta proposta teve uma gestação demorada em nossa unidade, mas, em 1993, foi possível a aprovação e o início de nosso programa. O projeto está ligado ao Departamento de Psicologia Clínica, que oferece o corpo técnico – docente – e ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), que oferece as bolsas, o regimento interno e a administração através do CDA. A partir de 2000, o projeto foi aprovado pela SR2 como curso de Especialização em Psicologia Clínico-Institucional. Esta transformação vem trazer o respaldo e o reconhecimento da universidade para que esta especialização, que goza de grande prestígio como modalidade de formação técnica, tenha seu diploma reconhecido.

Portanto, inicialmente, vou expor algumas reflexões sobre a instituição hospitalar, sobre a importância desta na formação do psicólogo e sobre a contribuição do psicólogo ao hospital. Para expor a relevância de nosso programa de residência, que integra muito bem o binômio ensino-assistência, lançamos mão de elementos da experiência concreta do residente no programa. Apesar de não ser freqüente, o caso escolhido inclui importantes elementos da clínica hospitalar, tais como a surpresa, o inesperado e a singularidade.

Resumo

Este texto tem como objetivo analisar a contribuição da psicologia e do psicólogo no hospital geral, ao mesmo tempo em que procura enfatizar a importância desta instituição na formação do profissional de saúde, em geral, e do psicólogo, em particular. Inicialmente, apresentam-se alguns dados do projeto de residência em psicologia e da realidade hospitalar, seguidos da análise de uma situação clínica que permite apontar a singularidade deste ambiente e seus vários momentos de impacto.

Palavras-chave: hospital, residência, psicologia, saúde

O Hospital: lugar de experiências extremas

A entrada do psicólogo no hospital geralmente se justifica pela idéia de humanização da assistência em saúde. Neste sentido, parto do pressuposto de que, tanto o hospital, quanto a prática clínica, são por demais humanas, à medida que o hospital reúne uma enorme diversidade de experiências, muitas vezes extremas. Trata-se de um lugar onde nos defrontamos com a fragilidade da manutenção da vida, com a complexidade do funcionamento corporal, com a dor e com os sentimentos profundos frente às ameaças de morte e às perdas.

* Professor Adjunto do Instituto de Psicologia/UERJ, coordenador de projetos de Extensão na UDA de Psiquiatria/HUPE/UERJ e da Residência em Psicologia.

Os três termos que aparecem justificando a prática ou a missão do psicólogo no hospital merecem uma consideração etimológica: **humanizar** quer dizer tornar humano, ou seja, ganhar a qualidade de humano, de humanidade, que significa **clêmência, compaixão** – isto é, uma prática **humanitária** que **visa o bem-estar**, o amor ao semelhante. Por **assistência**, encontramos o latim *ad-sistere* – estar presente, amparar, auxiliar, acompanhar. Para o termo **saúde** (*salute*), temos salvação, conservação da vida, que pode desdobrar-se em redimir ou livrar-se do sofrimento.

Humanizar a assistência em saúde, no sentido definido acima, aproxima-se da prática clínica no sentido grego, ou seja, que frente ao *pathos*, ao sofrimento, devemos estar presentes e visar o bem-estar e o auxílio do sujeito para que este possa se livrar dos seus males.

Portanto, a experiência hospitalar com o adoecimento e com a internação, com a doença e com a saúde, envolve algo de submissão e de redenção. A possibilidade de superar a posição de desamparo, de redução ao corpo e ao vazio da palavra, frente ao desconhecido da ameaça de morte, é uma experiência profunda que pode trazer momentos importantes e gratificantes, tanto para quem assiste, quanto para quem é assistido.

Como esta experiência é por demais humana, penso que a psicologia pode nos ajudar a entender e lidar, de forma mais consciente, com nossas implicações ou envolvimento e reações no dia-a-dia da prática hospitalar. Frente ao desamparo da pessoa reduzida ao corpo no leito, somos tocados em nosso fundamento comum, que é nossa fragilidade, incompletude e finitude. Sendo assim, o temor é inevitável quando nos deparamos com o sentimento da impotência.

Das defesas que construímos para enfrentar essas dificuldades, a indiferença é a mais terrível, pois, geralmente, é desenvolvida em série, numa instituição que se burocratiza e que, ao invés da instigação frente ao novo e do impulso para a criatividade, transforma a prática clínica em atos administrativos. A indiferença reduz o outro à coisa, ao destruir o principal desejo humano, que é o desejo de reconhecimento. A dor física está inscrita na ordem subjetiva e pode ser investida de um intenso clamor por socorro e reconhecimento, ultrapassando, portanto, a sua redução ao órgão. Conseqüentemente, torna-se

necessário aceitar o afetamento do sofrimento do outro e lutar contra a tendência das forças destrutivas e seus corolários, que são o abandono, a humilhação e o desprezo.

A indiferença pode ser entendida como não-humana. Primo Levi (1989) – um dos poucos que sobreviveu aos campos de extermínio nazistas e que escreveu uma das narrativas mais profundas sobre o horror a que pode chegar uma sociedade ao submeter-se aos domínios do terror – afirma que não é humana a experiência de quem viveu dias nos quais o homem foi apenas uma coisa ante os olhos de outro homem. Estes horrores foram muito bem retratados nos recentes filmes *Sunshine*, de Iszvan Szabó, e *O Pianista*, de Polanski.

Por outro lado, é bastante humana a experiência de frustração e irritação do profissional que está fazendo todo esforço para manter e resgatar a vida de alguém através de procedimentos extremos – como manter os tubos, os cateteres, o equipo endovenoso – sabendo que, para o paciente, tudo isso invade o espaço de seu eu corporal e ele pode reagir, arrancar tudo. Muitas vezes está querendo morrer. Acredito que o mais importante nesses momentos é o trabalho de equipe, o apoio de cada um nessa tarefa árdua para a qual ninguém está preparado, e que não é possível enfrentar sozinho. Como afirma Levi (1989), uma parte da nossa existência está nas almas de quem se aproxima de nós. Portanto, o estar presente, o testemunhar a experiência de forma coletiva, cria uma rede de suporte para a situação de sofrimento do paciente e da equipe. Frente ao corpo em sofrimento e às forças destrutivas, cria-se um espaço de proteção e de amparo à vida.

Portanto, espera-se que a psicologia no hospital possa estar a serviço da mobilização das forças da vida, o que implica em rever a repetição e a burocratização administrativa dos atos de cuidado; romper com a divisão de espaços de doença e espaços de vida. A vida brota a todo tempo dentro do hospital – para os pacientes e para os técnicos, e é isso que suporta nossa saúde psíquica para continuarmos trabalhando. Nos sentimos um pouco artistas ao perceber a singularidade de cada pessoa que cuidamos, pois esta percepção nos toca em nossa própria singularidade e isso vai burilando a matéria bruta em nós.

Somos artífices e artefatos desta prática tão humana que é a prática clínica. O profissional de saúde é, ele mesmo, o principal instrumento de seu trabalho. Como dizia Balint (1975), o terapeuta ainda é a “droga mais importante”. A formação especializada, a perícia técnica, são de grande importância no desempenho profissional, mas é fundamental que isto esteja burilado no *ethos* próprio do terapeuta.

É importante entendermos que saúde e doença, como afirma Minayo (1992, p.16):

(...) são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimentam, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas (...) importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário.

Ao reduzir o sujeito doente a um corpo biológico, reificando-o e desconsiderando a sua subjetividade e o seu lugar de sujeito frente às ameaças, ao sofrimento e à dor, perde-se muito da compreensão e das possibilidades terapêuticas, já que tudo isto torna-se invisível ante o olhar frio do diagnosticador (cf. Ferreira, 2001).

A inclusão do psicológico na prática médica é ainda difícil, tanto para o médico, quanto para aquele que busca no médico um sentido para seu sofrimento. Observamos com frequência um fenômeno ou resposta que traduz o sentimento de falta de reconhecimento nesta busca: trata-se do paciente que procura o médico com queixas intensas no corpo, mas que, depois da realização dos exames exigidos, não se encontra comprovação orgânica de seus males. A partir desses resultados negativos, o médico diz para o paciente que ele não tem nada, que seu problema é psicológico. Ora, ele buscou um testemunho para seu sofrimento, ao dizer que não tem nada, sente que este não foi reconhecido e, para acrescentar, o médico diz que seu problema é psicológico. Se o psicológico é frequentemente assimilado ao imaginário, logo, seu problema é imaginário. Como este também é assimilável ao ilusório, o paciente entende que o médico está dizendo que sua queixa é ilusória. Ou seja, sua demanda não era verdadeira e foi refutada. A reação de frustração do paciente é muito intensa e, quando chega ao psicólogo recomendado, apresenta-se bastante resistente e contrariado.

A Residência em Psicologia Clínico-Institucional

A modalidade de especialização, através da residência hospitalar, integra muito bem o binômio ensino-assistência, ao ser baseada numa prática intensiva supervisionada, além de aulas e estudos dirigidos. A extensão realiza, assim, seu projeto de interação universidade/comunidade de forma competente. Os residentes da área de saúde – jovens profissionais – encontram então a chance de prestar excelente atendimento à população e de aprofundar a sua formação profissional. Trata-se de um programa de especialização, com duração de dois anos, incluindo holsa para o aluno e dedicação intensiva.

Nosso programa de residência em psicologia do IP/HUPE/UERJ, criado em 1993, procura inserir o residente nas experiências cotidianas da instituição hospitalar, que envolvem uma multiplicidade de ações e instigações. No primeiro ano, o residente atua em três setores, no primeiro semestre, e mais três, no segundo, o que significa um desdobramento enriquecedor. Já no segundo ano, o residente opta por uma ou duas áreas.

Oferecemos oito áreas de atuação: Unidade de Psiquiatria com trabalho na enfermagem, psicodiagnóstico diferencial e terapia de família; pediatria, pré-natal e maternidade; cirurgia cardíaca, clínica do adolescente, clínica do idoso e universidade da terceira idade. Uma prática diversificada e muito rica, mas que proporciona surpresas e desafios constantemente².

A construção de casos clínicos possui grande importância na direção do trabalho terapêutico, inclusive para a equipe (cf. Ferreira, 2004). Por isso, para ilustrar essas experiências muitas vezes chocantes, escolhemos elementos de um caso clínico relatado por uma ex-residente (Machado, 2001, pp.73-83), por entender que este é paradigmático para nossos objetivos acima definidos. Não se trata de um caso recorrente, mas que veio surpreender a equipe hospitalar.

Trata-se de uma criança de dez anos, encaminhada ao tratamento psicológico pela geneticista, em virtude de M (nome fictício escolhido para demarcar o feminino) apresentar uma síndrome genética que tem, como uma de suas características, a ambigüidade da genitália externa, fato que dificulta a diferenciação sexual.

Na verdade, quando ela chegou ao psicólogo aos dez anos, o seu drama já contava com vários capítulos. Os dados seguintes foram relatados à terapeuta pela mãe (Macliado, *idem*), que, ao nosso ver, mantinha uma grande cumplicidade com a filha. Afirmou que logo ao nascer, ela teve dificuldades de reconhecer a diferença sexual do bebê devido à má-formação de sua genitália externa. Buscou o médico, que teria afirmado que M “era menina, e que a genitália do bebê estava apenas inchada e brevemente retornaria ao estado normal” (Machado, 2001, p. 74).

Apesar de dizer que mais tarde os testículos e o pênis cresceram, o registro como menina foi mantido. Isto significa que uma escolha havia sido feita, um desejo que estava em jogo. Desta forma, foi criada como menina, e sua diferença mantida em segredo dentro da família. Sua mãe revela para a terapeuta a sua enorme angústia, pois deveria estar sempre vigilante para que ninguém visse “o seu segredo”. Logo, M desenvolve grande sentimento de vergonha, como descreve Machado (*idem*, p.74):

A vergonha sempre acompanhou a menina. Vergonha de ser olhada por outros, vergonha de ter o seu segredo descoberto. Aos três, quatro anos de idade, não permitiu mais que a mãe cuidasse de sua higiene e não deixava mais ninguém ver seu corpo. Havia, portanto, conscientizado-se de sua diferença.

A terapeuta observa que a dissonância entre o corpo físico e a identidade sexual oferecida mostrava-se na própria ambigüidade das vestimentas utilizadas para ir à escola, pois M foi apresentada à sociedade como uma menina. Ia de saia para o colégio, mas embaixo da saia, usava um short jeans para esconder melhor sua genitália.

Somente aos seis anos de idade M foi examinada por um pediatra e este orientou para que buscassem tratamento adequado. Na discussão com o marido, este defendia a procura de ajuda médica, mas a mãe decidiu aguardar mais tempo “para que ela tivesse mais condição de entender a sua má-formação” (*idem*, p.76).

Seu drama se arrasta até os nove anos de idade, quando, então, é encaminhada pelo pediatra a um geneticista e este orienta a família a procurar um cirurgião. É neste último passo que ela sofre a cirurgia. Portanto, ao iniciar o atendi-

mento com a residente de psicologia, M já havia sido submetida à cirurgia. Nesta, teriam sido extraídos os testículos e o pênis. Para tentar reparar sua genitália, foi feita uma plástica externa, que buscou reproduzir os aspectos femininos.

Segundo Machado (2001), ao comentarem sobre a cirurgia na primeira entrevista, mãe e filha pareciam satisfeitas com os resultados desta. O que pode ser entendido como efeito de uma resposta definidora de algo que sempre produziu muita angústia, justamente pela indefinição. Mas são muitos os procedimentos previstos para tentar modelar sua genitália futuramente, além dos tratamentos hormonais e endócrinos, para dar ao corpo aspecto mais feminino, mas que não garantirão um funcionamento normal.

Espaço psicoterapêutica na hospital

Este caso demonstra a importância da oferta psicoterápica no hospital. Através desta oferta, M pode dramatizar sua situação e iniciar a elaboração de sua situação e de sua história cheia de segredos e de não-ditos.

Transcreveremos algumas passagens desta experiência, relatadas pela terapeuta (Machado, 2001), para ilustrar melhor a singularidade deste trabalho, que, insistimos, é uma aventura a dois, na qual nada está delimitado de antecedência. Apesar de parecer satisfeita com o resultado da cirurgia, a ambigüidade de M. em relação à sua identidade sexual começa a aparecer em suas atividades expressivas. Por exemplo, ao desenhar sua família, diz a terapeuta, que “todos pareciam ser do mesmo sexo, pois parecia que todos os membros da família estavam de saia (Machado, 2001, p.80)”. Mas, ao falar, e, pela presença de um testemunho, algo ocorre, ou seja, procura diferenciar o feminino do masculino através da transformação das saias do pai e do irmão em shorts.

No relato de outra sessão, aparece o seu desejo de brincar de boneca. Dá um nome masculino para o boneco, mas diz que ele “usava calcinhas, que fez uma cirurgia muito delicada, mas que agora está se sentindo muito feliz” (*idem*, p.80). Este jogo possibilitou-a falar de seu sofrimento de longos anos com o seu “probleminha” (*idem*).

No segundo desenho descrito pela terapeuta surge a estranheza diante do próprio corpo (aspectos de despersonalização). Um “asteróide an-

tropomorfizado” acompanhado da frase “eu sou da lua” (Machado, *idem*, p.80). Em outros desenhos descritos pela terapeuta, aparece o que chamamos de fruição obstruída, pois em paisagens bonitas, aparecem “pedras que impediam a passagem” (*idem*). Mas podemos acompanhar o processo elaborativo através das descrições seguintes: “paisagens mais harmoniosas: uma cachoeira, com uma grande pedra pontiaguda no centro, flores, sol e muitas cores”. Disse que “a água estava conseguindo passar pela pedra” (*idem*). A terapeuta perguntou que título poderiam dar ao desenho, e ela afirmou: “o riacho negro”. A terapeuta perguntou o porquê daquele título e ela comentou que “o riacho levava a um abismo” (*idem*). Demonstra portanto uma capacidade metafórica, por onde está tentando dar conta de seu futuro desconhecido e indefinido – deste feminino inconsciente.

Diante de algo que poderia ser angustiante, a clínica intersexo³, o pragmatismo médico tende a dar uma resposta objetiva, resolvendo o problema o mais rápido possível através da escolha de um sexo e a eliminação de qualquer ambigüidade. Mas esta ótica deixa de lado as questões subjetivas.

A situação aqui era mais drástica, pois uma castração literal havia sido feita. Seria possível elaborar tal perda? No momento, não foi observado pela terapeuta este sentimento, já que predominava a sua negação através do triunfo de ter sido resolvido o seu *probleminha*. Como se o seu destino identitário estivesse decidido – terá que ser mulher, mesmo sem os atributos biológicos deste sexo. A identidade é uma construção. É por não se ter a garantia de uma, que se busca sempre. Identificar e desidentificar é parte do processo de constituição subjetiva (cf. Mannoni, 1994; Ferreira, 1999). Este é um grande desafio para os profissionais, principalmente para os jovens, que estão iniciando a vida adulta e tendo que definir a sua própria identidade. Se a questão da sexualidade está sempre presente na clínica, nos casos de indefinição, ou de intersexo, o médico é chamado para operar no corpo esta definição, que geralmente é difícil. No caso citado, a terapeuta se depara com uma situação em que a transformação do corpo pela cirurgia definiu a pessoa como sendo do sexo feminino. Esta definição produziu alívio, já que a indefinição causava grande angústia, principalmente para mãe e fi-

lha. Mas, para além deste corpo e de seus caracteres físicos, há os ideais e os desejos, o que determina os desígnios do sujeito – a identificação é um processo e a identidade não garante a completude.

O corpo para-implicou no decorrer da dissociação entre o cultural e o biológico, do questionamento da noção de feminino e masculino e da complexidade da constituição da identidade sexual, que é sempre ameaçada pela castração (cf. Machado, 2001).

Considerações finais

Concluímos, então, que o hospital nos ajuda a criar a capacidade de circular entre o impacto da dor e da alegria (cf. Lispector, 1975), desde que elaborem os afetos que nos atingem. Se há sofrimento, há também alegria, o que torna possível suportar nossa existência e manter o funcionamento de nosso psiquismo para enfrentar as adversidades. É importante saber, como afirma Decat (2000, p.14), que a palavra pode ajudar o ser humano a suportar a sua condição de existência humana.

Nesses vários anos de experiência hospitalar como terapeuta, supervisor e no acompanhamento do programa de residência em psicologia, vê-se o quanto é importante pensar a doença em sua relação com a saúde. Entendemos que é fundamental compreender as formas singulares de responder ao adoecimento, além de saber escutar, analisar e lidar com as variadas demandas da equipe (cf. Coelho, 1998): do enfermeiro, que em geral fica mais tempo com o enfermo; do médico, em sua tensão de responder prontamente com o diagnóstico e com a intervenção adequada; e dos familiares, ansiosos por uma palavra de esclarecimento e de apoio.

Através do exemplo escolhido, podemos pensar nas situações limites de nosso trabalho. O limite aqui foi dado por uma escolha de definição do gênero sexual antes da consulta ao psicólogo e de um processo terapêutico. Em outras situações, pode ser a morte iminente. Portanto, trabalhamos nesta tensão de vida e morte, de possibilidades e limites, de determinação e vicissitudes. O desdobramento do destino de M exige a renúncia de um lugar sexuado definido em termos reprodutivos, mas que não implica em perda do investimento da libido. Só é possível viver inves-

tido pelo desejo da vida e pela aceitação dos limites. Neste sentido, M não estará fora dos desígnios da existência humana.

Natas

¹ Primeira versão apresentada na I Jornada de Psicologia nas Instituições de Saúde – Universidade Estácio de Sá – como parte da mesa: Psicossomática, Psicologia Médica e Psicologia Hospitalar.

² Para conhecer melhor a idéia e a modalidade de residência hospitalar na formação profissional, ver também Ferreira (2001).

³ Para melhor conhecimento deste assunto, além do texto de Machado (2001), acessar o portal seguinte e as referências aí encontradas: <http://www.healthplace.com/communities/gender/intersexuals/articles.htm> *American Academy of Pediatrics Report; A Native American Perspective on the Theory of Gender Continuum; Genital Surgery on Intersexed Children Intersexuality; Multi-Dimensionality of Gender; The Medical Management of Intersexed Children; The True Story of John/Joan Treatment of Newborns With Genital Abnormalities; Syndromes of Abnormal Sex Differentiation*; Intersex states de Carol A. Turkington; The Five Sexes, Revisited de Anne Fausto-Sterling (Machado, 2001:83)

Bibliografia

BALINT, Michael. O médico seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

COELHO, A. Psicologia hospitalar: realidade atual e vicissitudes. Vertentes: São João Del-Rei, n. 11, 1998.

FERREIRA, Ademir Pacelli. A Residência Hospitalar como Modalidade de Especialização em Psicologia Clínica. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, CFP, ano 21, no. 2, 2001.

_____, _____. O migrante na rede do outro. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

_____, _____. A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o tratamento. Rev. Latinoam. de Psicopat. Fund. No. 3, 2004 (no prelo).

MACHADO, Mariana de Abreu. Sexualidade Roubada. Práxis e Formação – anais, VI Fórum da Residência em Psicologia, IP/NAPE/UERJ, 2001.

MANNONI, Octavio. As Identificações. Rio de Janeiro: J-Z-E, 1994.

MOURA, Marisa Decat (org.). Psicanálise e hospital, 2a. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

Abstract

The objective of this text is to analyse the contribution of the psychology and the psychologists for the general hospital practice. At the same time, to demonstrate the importance of this institution for the health professional formation. At first, we present some issues of the psychology residence project and of the hospital reality. Following, the analysis of a clinical case is presented to demonstrate the clinic uniqueness and its impact moments.