



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Uma experiência de psicologia da saúde na Cirurgia
Vascular de um hospital público do município do Rio de
Janeiro**

**Vitor Fukakusa Abramovitz
Orientadora: Prof^a Issa Leal Damous**

2017

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**Uma experiência de psicologia da saúde na Cirurgia
Vascular de um hospital público do município do Rio de
Janeiro**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia da PUC-
Rio como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista
em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a Issa Leal
Damous

Vitor Fukakusa Abramovitz
Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2017.

Agradecimentos

Ao Cosmos, à vida.

Aos meus pais, avós e filhos. Aos meus familiares, irmãos, amigos, colegas e padrinhos, que nunca me deixam sozinho.

Aos meus professores, supervisores e mestres. Todos eles.

À minha orientadora de pesquisa, pela paciência e atenção aos detalhes.

À toda a equipe de Saúde Mental do hospital, que me aceitou como um dos seus. Uma escola e tanto.

À equipe médica e de enfermagem (e suas respectivas chefias) da Clínica de Cirurgia Vascular do hospital em que fiz o estágio, por toda a capacitação que me foi dada.

A todos os pacientes que nos ensinam pela simples presença. Ouvir um pouco a história de cada um, é sempre uma honra.

A todos os colaboradores do hospital, sem exceção. Somos todos SUS.

A todos os colaboradores que trabalham pela saúde, no Brasil e no exterior.

À ciência. À consciência humana.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma reflexão sobre o espaço da psicologia da saúde dentro do contexto hospitalar. A partir da experiência do psicólogo que atua na Clínica de Cirurgia Vascular de um hospital público, questões surgidas no seu cotidiano são levantadas. O Sistema único de Saúde (SUS) é abordado e o processo histórico que antecede a sua criação é apresentado. A instituição hospitalar é analisada e os princípios que norteiam as políticas públicas voltadas para a área da saúde são estudadas: os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.

Palavras-chave: Psicologia da saúde - Psicologia hospitalar - Políticas públicas
- Trabalho em rede - SUS

Sumário

| | |
|---|--------|
| Introdução | pag. 6 |
| | |
| Capítulo 1 - Mapeando uma experiência na Cirurgia Vascul ar | pag.11 |
| 1.1 - Apresentando o setor | pag.11 |
| 1.2 - O hospital como um contexto de tensões | pag.17 |
| 1.3 - A psicologia na clínica da Cirurgia Vascular | pag.20 |
| 1.4 - A atuação do psicólogo em um caso clínico | pag.29 |
| | |
| Capítulo 2 - A política e o hospital | pag.31 |
| 2.1 - A instituição hospitalar | pag.31 |
| 2.2 - O hospital no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil: o SUS | pag.37 |
| | |
| Capítulo 3 - Um paciente em sofrimento psíquico com suspeita de trombose | pag.46 |
| 3.1 - O caso Beto | pag.46 |
| 3.2 - Construindo rede e conduzindo o caso nos parâmetros das políticas públicas de saúde | pag.51 |
| | |
| Conclusão | pag.54 |
| | |
| Referências bibliográficas | pag.56 |

Introdução

O curso de Especialização em Psicologia da Saúde PUC-Rio, além da presença obrigatória nas salas de aula, exigiu dos seus alunos a participação em um estágio curricular na área da saúde.

Desde o início do curso, manifestei o desejo de atuar no campo da saúde pública, pois buscava passar por experiências que me tornariam mais sensível e mais perceptível em relação à condição humana. Uma pergunta inicial poderia já ser feita: *As pessoas, ao se depararem com o constante sofrimento humano, se tornam cada vez mais sensíveis ou mais embrutecidos, indiferentes às situações alheias?* Esta questão se apresentou durante a minha escolha para o estágio, na qual também pesou um senso de dever que eu tenho para com a sociedade. Se, de alguma forma, me considero feliz por ter tido oportunidades de crescer em um lar seguro, de ter ido à escola e à universidade, é justo que eu possa tentar corresponder à sociedade ao buscar estágio e trabalho no campo da saúde pública, em prol de um bem coletivo. Até porque o estágio não é remunerado, mas acredita-se que ele é importante e valioso para o aprendizado do aluno. Foi pesada na balança essa escolha.

Nesse sentido, um questionamento se apresentava: *O que é justiça social e como contribuir visando esse fim?* Se pudesse conhecer mais profundamente a realidade da saúde pública brasileira, talvez eu conseguiria encontrar melhores respostas para algumas perguntas: *O que é o Sistema Único de Saúde? O que pretende o SUS? O que é saúde?* Estar dentro do SUS, como agente de saúde, me possibilitaria enxergar melhor a saúde pública e o trabalho das pessoas que se dedicam a ela, e conhecer novos referenciais.

A hipótese que se fez (e também a aposta, já que deveria me envolver) é que estar no SUS iria aumentar a minha capacidade de refletir, sobre novas e velhas questões, sobretudo daquelas que remetem a sociedade como um todo, e também, poderia me facilitar o rompimento dos meus próprios preconceitos que tinha acerca da saúde pública: *O que é o hospital público? Ele funciona? Quem chega no hospital recebe um atendimento digno? Pode-se confiar no tal Sistema Único de*

Saúde? Para quem ele serve? Por que as pessoas que não costumam ser usuárias do SUS falam mal da Saúde? Baseadas em que?

Motivado por encontrar respostas, busquei e fui selecionado para participar do programa de estágio curricular direcionado a pós-graduandos em psicologia da saúde, em um hospital público de emergência de grande porte (de alta complexidade), na cidade do Rio de Janeiro (RJ), pela psicóloga e chefe do Setor de Saúde Mental desse hospital. Esta instituição se enquadra no nível terciário de atenção à saúde, o que quer dizer que está habilitada a intervir em situações de emergência, nas quais a vida dos seus usuários corre risco. Assinei um contrato de estágio com o Centro de Estudos do hospital e com o departamento de psicologia da universidade, para cumprir uma rotina de aproximadamente seis horas diárias, três vezes por semana por um determinado período, que poderia se estender. Cumpri o estágio nesse hospital por um período total de um ano e cinco meses.

Atualmente, neste hospital há um setor de Saúde Mental, que é composto por um grupo de psicólogos e por um médico psiquiatra. Todos eles, profissionais concursados, são comprometidos na tarefa de atender os pacientes internados, nas mais diferentes clínicas cirúrgicas e não-cirúrgicas deste hospital. Mesmo possuindo algumas centenas de leitos destinados a internação, este hospital funciona quase sempre com a sua capacidade de atendimento próxima ao seu limite, devido a uma alta demanda da população por serviços de saúde especializados. Esta demanda parece aumentar a cada dia, já que a região metropolitana não para de crescer.

Neste cenário, o número de psicólogos que lá trabalham, que é menos que uma dezena, é considerado baixo, tanto por eles, quanto por outros profissionais de saúde. Os psicólogos se organizam de forma em que cada um vem a se responsabilizar por fazer atendimentos clínicos em uma ou duas clínicas específicas (setores), e o psiquiatra, sendo apenas um, faz atendimento em todos os setores, de acordo com as solicitações de atendimento, vindas através de pareceres médicos. Logo, quando se apresentam psicólogos-estagiários da pós-graduação, estes são bem-vindos pela equipe de Saúde Mental.

Sendo assim, acredito que muito do que experimentei neste hospital como psicólogo da saúde possa se relacionar ao que se vive em outros hospitais públicos

Brasil afora, pois problemas que são vistos em um lugar específico podem se assemelhar a problemas de outros lugares.

Por exemplo, quando se vê a emergência do hospital lotada e os profissionais de saúde trabalhando sob um nível alto de estresse, percebemos que este tipo de situação acaba por se tornar um fenômeno comum, se relacionarmos a outros hospitais públicos. Pode-se observar que o hospital funciona como um grande organismo vivo, onde cada um depende do outro para realizar as suas ações, cujo propósito é a busca de uma harmonia, no sentido onde cada um, ao cumprir o seu papel, pode ajudar a resguardar todas as vidas ali presentes.

Apesar deste hospital atender e servir à população de um determinado território (no caso, situado dentro da cidade do Rio de Janeiro) ele acaba, também, por atender usuários residentes de outras localidades, e inclusive, de outros municípios. Como o atendimento é universal, ou seja, para todos, é proibido discriminar quaisquer pessoas que precisem de atendimento. Por isso mesmo, todo usuário do sistema deve ser acolhido e atendido com dignidade. Este é um dos pontos mais valorizados no SUS.

Ainda que a proposta de atendimento seja universal, foi observado que a maioria dos usuários que busca o SUS provém das classes econômicas médias e baixas. Dados apontam (Porto, Ugá e Moreira, 2011) para a confirmação de uma percepção do senso comum que, proporcionalmente, pessoas com maior poder aquisitivo optam por utilizar mais a rede privada de saúde (rede complementar), e utilizam menos o SUS. De outro modo, as parcelas da população que apresentam menor poder aquisitivo, utilizam menos o serviço privado e mais o serviço público, serviço que não vem a ser, necessariamente, de baixa qualidade. Há uma falsa percepção geral (aqui no Brasil) de que somente quando se paga diretamente por um determinado tipo de serviço é que se pode exigir boa qualidade. Contudo, a prestação de serviço público com eficiência é um dever por parte do agente público e um direito do cidadão, e é assegurada por lei (Constituição Federal, 1988, artigo 37).

Infelizmente, uma grande parcela da população brasileira não tem acesso ainda a serviços públicos de qualidade, como os de educação e seguridade social (assistência social, saúde pública e previdência social), e também, a dispositivos

adequados de cultura e de desporto (e lazer). O acesso universal a todos esses serviços, como se sabe, é garantido por lei (Constituição Federal, 1988, artigos 194 a 217).

Contudo, é necessário questionar se há vontade política suficiente para melhorar as condições gerais de acesso e de atendimento na rede pública. Apesar de todo o avanço constatado nas últimas décadas, a área da saúde tem muito a melhorar. Se por um lado, o poder público (governos) não investe adequadamente no SUS, por outro lado, os cidadãos e diversos movimentos sociais, de maneira geral, precisam se organizar melhor politicamente para pressionar este poder, de tal maneira que se garanta as condições de saúde presentes, e para que possa haver melhorias significativas e não retrocesso.

A sociedade precisa estar atenta a todas as mudanças sociais e políticas, sejam positivas ou negativas e, certamente, há muitas lutas a travar em nome das garantias dos direitos conquistados. Atualmente, vemos muitas reformas que não visam beneficiar a todas as pessoas, o que pode, a princípio, dar a ideia de que essas lutas são muito difíceis, tamanha seja a força necessária para se fazer valer os nossos direitos. No entanto, as conquistas de um povo acabam por refletir o seu poder de resistência, de determinação e de transformação.

Neste presente trabalho será discutido e percorrido sobre a estrutura hospitalar, a sua história e o seu cotidiano, que é peculiar, assim como a atuação da psicologia da saúde neste contexto. A partir daí, há um certo tipo de questionamento inicial: *Porque percebemos, durante a prática clínica, que muitos pacientes internados se sentem, de alguma forma, silenciados, angustiados e com dificuldades para exprimir as suas dores, suas sensações e seus sentimentos, ainda, hoje em dia? Qual pode ser o papel do psicólogo no processo da experiência do adoecimento, tanto para o paciente, quanto para a sua família e equipe de saúde, que estão igualmente envolvidos?* A narrativa se dá sob a perspectiva do dia a dia hospitalar, vinda do olhar do psicólogo que observa e atua, que busca alinhar teorias com a prática clínica, nesse local específico, que tem uma cultura própria.

Sendo assim, no primeiro capítulo, após traçar um panorama da instituição, é contextualizada a inserção da psicologia na clínica vascular assim como é apresentado o trabalho propriamente de um psicólogo da saúde nesse setor. É

demonstrado que o referencial teórico-clínico existencialista pode ser utilizado na atuação do psicólogo da saúde, aliado com as diretrizes das políticas públicas do SUS.

No segundo capítulo, observa-se que a disciplina e a ordem são valorizadas no contexto hospitalar. Vai-se ao pensamento de Foucault, que visa demonstrar que o hospital pode ser visto como um aparelho disciplinar. Esta lógica está entranhada desde a época em que este lugar passou a ter como finalidade a cura do enfermo, em meados do século XVIII. A disciplinarização do espaço favorece o registro e o acúmulo do saber, permitindo o isolamento de cada indivíduo a fim de se tornar objeto da prática e do saber médico. Com a tecnologia hospitalar em desenvolvimento, a medicina se torna cada vez mais essencial para o desenvolvimento urbano, principalmente a partir do século XIX. No Brasil, esse movimento alcança a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 com base em três princípios doutrinários, finalísticos e norteadores que visam a sua organização e operacionalização: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Finalmente, no terceiro capítulo, é feita uma apresentação de um caso clínico que acompanhei como psicólogo da saúde no hospital. O caso é relevante para entender como pode ser necessário dar prosseguimento ao tratamento após alta hospitalar através da construção de uma rede que garanta a continuidade de tratamento.

Capítulo 1 – Mapeando a experiência na Cirurgia Vascular

1.1 - Apresentando o setor

Um hospital de emergência funciona, de forma resumida, da seguinte maneira: Todas as pessoas que chegam à procura de atendimento são acolhidas, primeiramente, por uma equipe multiprofissional composta por técnicos recepcionistas, enfermeiros e médicos. Há protocolos a serem seguidos, como “a classificação de risco, onde a prioridade no atendimento é definida por critérios combinados de ordem de chegada, urgência e gravidade” (Portal Pense SUS/equidade).

O primeiro andar do hospital é onde fica o setor de emergência. Há ambulatórios nos quais o paciente pode ser dirigido para um pronto atendimento específico. Um médico especialista faz um primeiro atendimento, e se sentir necessário, pode pedir que o paciente aguarde mais tempo no hospital, pedindo a sua internação provisória. O paciente, geralmente é conduzido a um leito na chamada Sala Amarela, que é uma grande enfermaria coletiva com acompanhamento ininterrupto por enfermeiros e por médicos plantonistas. Quando necessária uma internação prolongada para um tratamento específico, o paciente é encaminhado a outro setor do hospital, podendo ir para alguma das clínicas cirúrgicas ou não cirúrgicas que compõe este hospital.

Pacientes que apresentam um quadro com elevado risco de morte podem ser conduzidos diretamente a chamada Sala Vermelha, que são enfermarias com leitos especializados UTI's (Unidades de Tratamento Intensivas). Eles recebem atendimento especializado e são também monitorados por aparelhos de alta tecnologia, que se conectam aos seus corpos, com a finalidade de manter os sinais vitais. Estes pacientes também podem ser levados imediatamente para o centro cirúrgico, se for necessário que passem por cirurgias de emergência.

Para melhor compreensão das questões que envolvem o cotidiano do hospital e, especificamente, da Clínica de Cirurgia Vascular, é oportuno ilustrá-la por meio de sua arquitetura e por seu fluxo de pessoas: um largo corredor central, suas salas, seus pacientes e seus profissionais compõem o setor propriamente dito.

Mais ou menos no centro desse largo corredor há uma sala aberta, com um balcão, o chamado balcão de enfermagem. Desse lugar os enfermeiros supervisionam o setor. Atrás dessa sala há duas outras: a sala de enfermagem, onde os técnicos e enfermeiros se reúnem e também podem descansar quando não estão em serviço, e há também, ao lado, uma sala onde são guardados os materiais utilizados em curativos e em outros procedimentos feitos por essa equipe.

Ao longo desse largo corredor central há também outras salas. Entre elas, há a sala dos médicos que, assim como a sala de enfermagem, é o local onde os médicos se reúnem e discutem os casos, além de, eventualmente, descansarem. Este é um local apropriado para as interconsultas e para estudar e escrever nos prontuários a evolução do caso clínico de cada paciente. Há, também, neste setor, duas salas distintas: uma da chefia médica, e outra, da chefia de enfermagem. Há ainda uma outra, bem menor, onde fica o expurgo, que é onde se descartam através de uma pia e de uma lixeira os materiais utilizados pelos profissionais da saúde e pela equipe de limpeza.

Por fim, ao longo desse corredor central, há outras salas maiores, as chamadas enfermarias coletivas: cada uma dispõe de um banheiro e de cinco ou seis leitos onde se acomodam os pacientes internados. Durante todo o meu período de estágio, essas enfermarias coletivas funcionaram em sua capacidade máxima, inclusive, muitos pacientes internados pela clínica de Cirurgia Vascular tiveram que ser alocados em enfermarias de outras clínicas do hospital, por falta de vagas neste setor.

Logo, levo a crer que a procura por leitos para internação neste setor seja maior do que o número de leitos oferecidos pela rede pública. Se a rede, ao longo de um vasto território, é deficitária ou insuficiente, os poucos hospitais que oferecem esse tipo de serviço acabam por ficar sobrecarregados. Mesmo que o hospital aqui citado seja de gestão municipal, ele não pode negar atendimento de pacientes oriundos de outros municípios (conforme o princípio da universalidade). Estes pacientes, por sua vez, muitas vezes não obtiveram êxito ao buscar atendimento especializado nas cidades onde residem, ou, já sabendo de antemão das eventuais dificuldades que poderiam percorrer, buscam logo o pronto atendimento em hospitais da capital.

Em consequência disso, vê-se a todo instante que o setor de Cirurgia Vasculardeste hospital trabalha em ritmo acelerado. Todos os dias do ano, neste hospital, ao menos uma sala cirúrgica é disponibilizada à equipe de cirurgias vasculares, que então realizam incontáveis cirurgias.

No setor de Cirurgia Vasculard, são realizados, duas vezes por semana, na parte da manhã, os chamados *rounds*, pela equipe médica. O *round* consiste em visitar, leito a leito, todos os pacientes internados pelo setor, de forma sistemática. Um cirurgião experiente, geralmente o chefe e preceptor, lidera as consultas clínicas que realizam, e com ele, seguem os cirurgias residentes (e outros cirurgias, eventualmente) que atendem os seus pacientes, os informando sobre os seus diagnósticos e prognósticos, tais como a programação das cirurgias, ou sobre o momento posterior, o pós-cirúrgico de cada um deles. Este é um momento importante para os profissionais de saúde envolvidos, assim como para os pacientes e seus familiares, que são também convocados a participar da reunião. Também é de praxe acompanhar o *round* sempre um ou dois enfermeiros. O psicólogo da saúde também pode acompanhar, se quiser.

A clínica da Cirurgia Vasculard tem as suas particularidades. O paciente internado nesta clínica é o que apresenta doença do sistema circulatório e que precisa, a princípio, ser operado. Quando se resolve que não há indicação cirúrgica, o paciente pode receber alta e tem prescrição para fazer tratamento conservador, onde retornará periodicamente ao ambulatório, no próprio hospital, para consultas e exames clínicos. O tratamento conservador significa tratamento não operatório, que consiste na responsabilização do paciente em tomar medicações prescritas em casa e em mudar os hábitos não saudáveis, para ganho de qualidade de vida.

O típico paciente internado pela Vasculard (como os profissionais chamam o setor) tem um perfil que pode ser descrito como o de uma pessoa em faixa etária que varia da meia-idade à terceira idade. Este paciente possui uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas ao sistema cardiovascular. Também é muito frequente o paciente possuir diabetes do tipo 2, ou hipertensão arterial, ou os dois. Se pesquisarmos mais a fundo, o típico paciente da Vasculard apresenta não só doenças crônicas, como fatores de risco, tais como obesidade ou sobrepeso, tabagismo, estresse, alimentação inadequada, sedentarismo etc. No

entanto, a internação se dá a partir das manifestações de suas doenças crônicas na forma aguda, e muitas vezes, o paciente sequer fazia algum tipo de tratamento.

As doenças crônicas são um grande problema para a saúde pública em todo o mundo, e elas correspondem à maioria das causas de morte na atualidade, em torno de 75 %. No Brasil, no ano de 2009, as doenças do aparelho circulatório representaram 29% do total de mortalidade. Ainda que sejam responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo, a aderência aos tratamentos nos países em desenvolvimento chega a ser apenas de 20% (Brasil,2003, p.6).

“Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011d) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) estimou que o excesso de peso é responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto 7 e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países. Diabetes melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011d). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à dialise no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro (OPAS, 2010) ” (Brasil, 2013, p.6 e 7).

Em decorrência dos altos índices de mortalidade, internações, morbidades, amputações, perdas de mobilidade, de funções neurológicas, e de qualidade de vida causados pelas doenças crônicas e, visto que o cenário de desigualdade social causa impacto no índice de prevalência dessas doenças e em seus agravos, além de gerar um alto custo econômico para o país (não somente por causa dos gastos por meio

do SUS, mas também pelas despesas geradas pelo absenteísmo, aposentadoria e morte da população economicamente ativa) foi elaborado, em 2011, o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).” Este plano tem como objetivo: “promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco” (Brasil, 2013, p.7). Neste sentido, em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propõe a construção da “Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS”, que resulta em um documento final que dá as diretrizes e alinha ações e serviços que já existem no cotidiano das equipes de saúde, e tem como intento o próprio reconhecimento da rede de cuidados às pessoas com doenças crônicas. Essa proposta tem como objetivo geral:

“Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção integral às pessoas com doenças crônicas e ampliando as estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações” (Minuta da portaria 4279/2010, de 2012).

Há outros documentos, escritos anteriormente, embora recentes, que também visam orientar as redes de atenção à saúde (RAS) das pessoas com doenças crônicas, como as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias” (Brasil, 2003), e “Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS” (Portaria 4279/2010), e o “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” (2011).

Todavia, como o hospital no qual estamos nos referindo é de atendimento de emergência, o típico paciente internado pelo setor de Cirurgia Vascular apresenta, na agudização da sua doença, os sintomas graves que, na maioria das vezes, se apresentam nos pés e nas pernas. Estes pacientes vêm ao hospital com dores terríveis, fraqueza e câimbras. Apresentam, desde claudicação intermitente a lesões e úlceras mais graves. Um paciente pode chegar com severas infecções,

apresentando, inclusive, gangrena. A gangrena de tecidos do corpo significa a morte dos próprios, e só há um modo indicado de conduta para livrar o paciente de uma infecção generalizada (sepse): a retirada dos tecidos afetados e mortos. É indicado fazer o desbridamento (raspagem) desses tecidos, ou então, se for o caso, amputar o membro infectado. As amputações que precisam retirar um ou mais dedos do pé, ou que precisam retirar todos de uma vez, não chegam a deixar o paciente sem poder andar, visto que o calcanhar do pé nesses casos é preservado.

Contudo, se a infecção ocorre de tal maneira que mais da metade do pé esteja comprometida, o pé inteiro deve ser amputado, e, logo, a amputação deve ser feita com o corte em nível pouco abaixo do joelho ou, então, acima dele, na altura da coxa. O paciente então, quando estiver em fase de reabilitação, poderá buscar usar uma prótese. É menos comum a amputação de uma mão ou braço, ou da perna inteira. Este último tipo de amputação, causa a desarticulação da coxa, na altura do quadril, e o paciente não poderá mais se sentar e terá que ficar deitado o tempo inteiro pelo resto da sua vida.

Outras cirurgias bem recorrentes são as que ocorrem por processos endovasculares: uma pequena incisão é feita no corpo para que um cateter seja direcionado para desentupir uma artéria ou veia que está acometida por um ateroma ou trombo. Ainda que essas cirurgias salvem a vida dos pacientes, estes precisam continuar atentos aos seus estados clínicos.

Como as doenças vasculares são crônicas, “elas têm prognósticos incertos, com longa ou indefinida duração” (Brasil, 2013, p.5). É necessário que os pacientes acometidos por elas sejam responsáveis ativos pela mudança de postura em relação aos velhos hábitos. A alimentação e os cuidados com o corpo são fundamentais para um bom êxito na evolução dos quadros clínicos. Infelizmente, a maioria dos pacientes que se internam pela Vascular possuem hábitos e estilo de vida diferentes do que se gostaria que eles tivessem. Eles vêm com um histórico clínico de pouca adesão a tratamentos anteriores e acabam por escapar às ações de saúde promovidas pela rede de atenção básica e trazem em suas falas muitas histórias de descuido em relação à saúde em geral.

Se por um lado, o paciente é responsável direto pela sua saúde, por outro, convém repensar que muitas das cirurgias de amputação que ocorrem nos hospitais

públicos brasileiros poderiam ser evitadas se os pacientes fossem mais bem cuidados, orientados e investidos, ao longo de tratamentos anteriores, como os que acontecem na atenção básica. Cirurgiões vasculares já me afirmaram que estarão sempre *enxugando gelo*, se novas políticas públicas não forem implementadas de fato e colocadas à prova no dia-a-dia da rede. Para estes cirurgiões, o enxugar gelo significa que há um trabalho praticamente interminável, exaustivo e doloroso, e que tem um custo alto para toda a sociedade.

Em vista disso, há uma visão pessimista em relação ao futuro, pois muitos profissionais da saúde acham que do modo como as políticas públicas no nosso país são enfrentadas, sem o devido e real comprometimento com a transformação social pelas quais elas têm como finalidade, a saúde pública não terá uma melhora significativa.

De todo modo, após a cirurgia, o paciente precisa continuar internado por mais alguns dias até que haja uma devida cicatrização do coto, ou ferida operatória, se tudo ocorrer como o esperado. Porém, pode ocorrer a não devida cicatrização e a ferida infeccionar, muito pelo fator da não circulação sanguínea no local, na extremidade do membro. E pode ser que ao paciente seja indicada novamente uma cirurgia. Em alguns casos, o sofrimento do paciente se estende de tal forma que é necessário se fazer uma série de cirurgias de amputação, que, paulatinamente, vai subindo de nível, até o momento em que ocorrerá uma cicatrização sem infecção. O prolongamento da internação é sofrido para todos e, em especial, para o paciente que fica abalado, física e emocionalmente, vindo a criar demanda para o trabalho psicoterapêutico no hospital.

1.2 - O hospital como um contexto de tensões

No momento em que uma pessoa se torna um paciente internado, ela é enquadrada e confrontada por uma nova realidade que impera sobre ela. Há, portanto, uma nova configuração que passa a se estabelecer, desde então. Primeiramente, observa-se que o seu estado psíquico fica abalado. Acomete-se pela ideia de que a sua saúde se encontra debilitada, ou em deterioração, pois, de outra

forma, não estaria no hospital. Estando ela na condição de doente, o seu corpo precisa de cuidados. Para que seja reestabilizada a sua saúde física, o médico acaba por pedir que fique em repouso, no leito. O que quer dizer: para o corpo técnico do hospital, é necessário que o paciente se submeta às ordens dadas, como contrapartida para o êxito da recuperação de sua saúde.

Se por um lado, o hospital “reúne o que há de mais avançado na medicina (...) por outro lado, o hospital anula a individualidade do sujeito adoentado, transformando-o no doente sobre o qual a ciência médica exacerba seu positivismo” (Simonetti, 2004, p.97). O doente tende a perder o seu lugar de sujeito e é transformado em um objeto da prática médico-hospitalar, já que, de certa maneira, é reduzido a um caso clínico. “Sua vontade é aplacada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida, seu trabalho proscrito, seu mundo de relações rompido” (Ribeiro, 1993, apud Simonetti, 2004, p.98).

O médico passa a dar as ordens no hospital e é ele quem assume o papel de autoridade. A ele foi empregado o conhecimento das técnicas que se propõem a tratar e a curar as doenças, portanto, a ele lhe foi conferido um certo poder. À presença dele, é possível sentir esperança, mas também sentir algum temor. A relação médico-paciente é um tanto interessante, estabelecida por duas pessoas que têm, em princípio, um objetivo comum. Porém, uma relação como essa, tal como em qualquer outra relação humana, pode culminar com um distanciamento, a ponto de assumir um aspecto bastante vertical, que tende a se acirrar com as diferenças sociais.

Boltanski (1979, p.37) afirma que “a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico”. Frequentemente, as pessoas oriundas de classes sociais menos favorecidas não conseguem compreender com exatidão o que os médicos dizem a elas. Segundo o autor, se por um lado, a ansiedade em relação ao médico provém do fato dessas pessoas não possuírem critérios específicos que lhes permitiriam uma justa apreciação das qualidades profissionais do médico, por outro lado, o médico acaba por se embrutecer. E não tendo paciência com os pacientes, não gosta de explicar as coisas detalhadamente a eles, pois acha que não vale a pena *gastar o seu latim*:

“Se os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos ‘modos’ dos médicos e prontos a reparar em todas as nuances de sua atitude em relação a eles, de sua ‘familiaridade’, ou ‘amabilidade’ ao ‘orgulho’, ou ‘arrogância’, talvez seja também porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelo menos, de pressentir que a relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente, conforme a classe social do doente” (Boltanski, 1979, p.39).

De todo modo, dentro do hospital, de forma implícita e explícita, no que diz respeito a como essas relações sociais se dão, o paciente acaba por se conformar e passa a obedecer a autoridade e as suas regras. Estas concernem basicamente ao convívio social e a sua permanência neste local. Mesmo podendo não concordar com certos dizeres ou pedidos (que por hora ou outra, mais parecem ordens), a maioria dos pacientes os acatam. Um exemplo típico pode ser descrito através de uma situação em que um paciente é mandado de um serviço a outro e, se sentindo sozinho, acaba por esperar bastante tempo para realização de um exame (Strauss, 1967, apud Boltanski, 1979, p. 43). Por sua vez, se depara com um recém-chegado que lhe passa adiante na fila do exame, e ninguém lhe explica sobre o porquê do outro ter prioridade em relação a ele, contribuindo para que se sinta desconsiderado. Em uma situação corriqueira, pouco é feito para minimizar a ansiedade do paciente. E esta ansiedade não deixa de influenciar os seus sintomas.

De fato, a internação hospitalar gera no paciente mais ansiedade, mais solidão e angústia, entre outros tantos sentimentos e sensações que se afloram ainda mais, nesse momento. O ambiente hospitalar é um contexto de muitas tensões para as pessoas internadas, para as famílias que os acompanham e também para os mais variados profissionais, que obstinadamente, trabalham, dia após dia. De variadas formas, “a instituição hospitalar coloca um grande número de intermediários entre o médico, personagem considerado intocável e invisível, e o doente ou sua família” (Boltanski, 1979, p.43).

Pude observar, em muitas ocasiões que, durante as visitas médicas, o atendimento clínico, que se faz ao leito, apesar de serem de maneira muito atenciosa, acabam muitas vezes por se tornarem rápidas. O médico faz perguntas

ao paciente sobre o que acha pertinente saber, para o seu diagnóstico e tratamento, direcionando a consulta. O paciente, por sua vez, se atrapalha, fica nervoso, se esquece do que antes havia pensado em lhe dizer e perguntar. Um breve momento de silêncio acontece. O médico, que não tem tempo para o silêncio, pois já é muito atarefado, se despede e vai embora. E o paciente fica à mercê de um próximo atendimento.

Às vezes, ele pode conseguir fazer com que o médico volte para um esclarecimento de dúvidas, outras vezes não. O psicólogo, neste sentido, pode ser fundamental para promover uma articulação mais favorável para a relação médico-paciente. Quando dúvidas médicas eram direcionadas a mim, nos atendimentos psicológicos, eu incentivava os pacientes a escrevê-las em um papel, e mesmo que achassem bobas, que não as deixassem de perguntar ao seu médico. Visto que é um direito do paciente ser esclarecido quanto em relação ao seu estado de saúde.

1.3 - A Psicologia da Saúde na Cirurgia Vascular

O Programa de estágio curricular em Psicologia da Saúde, supervisionado pela equipe de Saúde Mental desse hospital, consiste em deixar o aluno, psicólogo em especialização, a trabalhar de tal modo que ele possa fazer os atendimentos psicológicos igualmente como os outros psicólogos da equipe. E isso fez uma enorme diferença na minha experiência profissional. Pude atuar, desde o início do estágio, no serviço de Cirurgia Vascular com bastante reconhecimento dos demais profissionais que trabalham no hospital, devido a história e o espaço conquistado por essa equipe de Saúde Mental, ao longo dos anos.

No primeiro período de experiência, a rotina como estagiário foi acompanhar, a cada dia, um dos psicólogos em seu dia de trabalho, como observador dos seus atendimentos clínicos. Pude perceber os diferentes estilos de atendimento, e também verificar algumas condutas frente aos pacientes, além de poder conhecer os vários setores do hospital, seus corredores e salas. O respeito que cada psicólogo tem por seus pacientes é considerável. No final do primeiro mês, fui

designado a iniciar um trabalho de atendimentos psicológicos no setor de Cirurgia Vascular.

A supervisão clínica é um excelente espaço para o aprendizado. O psicólogo compartilha entre os pares casos considerados difíceis, para que venha a se organizar melhor na condução dos tratamentos. Fala-se e escuta-se experiências de colegas, sendo sempre possível aprender com elas. O anonimato dos pacientes é assegurado através do sigilo e da ética profissional.

A rotina agora, era basicamente a seguinte: se apresentar na sala de Saúde Mental pela manhã (e, eventualmente, tirar dúvidas com um psicólogo ou o psiquiatra) e se encaminhar ao setor de Cirurgia Vascular para início dos atendimentos. É interessante chegar no setor um pouco antes do início do *round*, que acontece duas vezes por semana.

O *round* é um ótimo momento para conhecer todos os pacientes internados na clínica. Pode-se ver os aspectos emocionais de cada um, sem ter que assumir diretamente todos os casos para essa avaliação. Nestas consultas médicas e nas consultas conjuntas é possível extrair muito material de análise. Neste contexto, é possível observar o paciente e seus familiares, e perceber como se relacionam entre si. Além disso, pode-se observar como se relacionam com os médicos, e também como o paciente se relaciona consigo mesmo e com a doença que o acomete. O seu estado de saúde é verificado e os aspectos subjetivos também são levados em conta.

Às vezes, durante o *round*, o médico-chefe, observando o sofrimento em demasia de um paciente, lhe afirmava que o psicólogo iria conversar com ele depois, criando uma solicitação de atendimento psicológico. E em muitas ocasiões, durante o dia, me era solicitado atendimento a algum paciente, geralmente no ir e vir do corredor principal do setor, ou na sala dos médicos ou balcão de enfermagem, por algum médico ou por algum enfermeiro ou técnico, ou mesmo, por um familiar de algum paciente. Ou então, de maneira formal, um médico me fazia a solicitação de atendimento por meio de parecer, que chegava na sala da equipe de Saúde Mental. Estar presente nos corredores do hospital é se fazer visto e ser lembrado. É importante conhecer as pessoas e estreitar os laços de maneira profissional, com aqueles que lá trabalham. Após o *round*, eu geralmente fazia uma lista dos pacientes que, a meu ver, pudessem demandar atendimento psicológico.

Há uma diferença conceitual entre solicitação de atendimento psicológico e demanda de atendimento psicológico. Simonetti (2004, p.96) afirma que:

“A *solicitação* é um pedido para que o psicólogo hospitalar atenda alguém, e esse pedido pode ser feito pelo paciente, pelo médico, pela enfermagem ou pela família, A *demanda* é um estado psicológico caracterizado por um questionamento ou incômodo, da própria pessoa, em relação à maneira como está vivenciando seu adoecimento, implicando necessariamente a existência de um certo trabalho psíquico. A solicitação é uma ação, a demanda um estado, e por isso uma pessoa pode solicitar o atendimento em nome de outra, mas ninguém pode demandar em nome de outra. A demanda é própria, sempre”.

Logo, em situações nas quais há uma solicitação que não vem do paciente, o psicólogo deve ir com calma, se apresentar, ser acolhedor, e ouvir, mesmo que o paciente venha a achar estranha a sua presença. Cabe ao psicólogo facilitar o surgimento da demanda. Simonetti (2004, p.96) ressalva que quando há uma solicitação de atendimento “é interessante que o psicólogo verifique aonde está a demanda. Talvez em alguém da equipe, talvez no médico, ou na família, e até na instituição”. O incômodo da situação pode estar em quem fez a solicitação, e aí, o psicólogo pode se atentar a esse cuidado.

Para problematizar, ele descreve, ainda, uma situação em que o paciente solicita atendimento, apresenta demanda, mas no fim das contas parece mesmo não querer ser curado, pois pedir algo não é necessariamente igual a pedir aquilo o que se deseja. E cita Lacan (1996), afirmando que “o paciente muitas vezes vem ao médico para que este o autentique como enfermo, para que permita que ele continue sendo um doente bem instalado em sua doença” (Simonetti, 2004, p.97).

Considero essencialmente importante, no dia-a-dia do hospital, a realização de interconsultas com médicos e enfermeiros, pois ao discutir um caso clínico, pode-se melhor ouvir e entender o seu contexto, pode-se pedir opinião e também emitir o seu parecer, para que haja uma melhor contribuição em prol da saúde dos envolvidos.

“Dessa forma, ao se constituir como uma modalidade de intervenção que permite considerar a demanda institucional que inclui a subjetividade nas relações da equipe e a assistência psicológica aos pacientes e seus familiares, a interconsulta psicológica é uma das formas mais visíveis da aplicação do conceito de interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade pode ser considerada como uma troca intensa de saberes profissionais em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade, mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada diante de um determinado caso” (Oliveira *et al.*, 2011 apud Gazotti e Prebianchi, 2014).

Em casos onde há a percepção de intenso sofrimento psíquico, pode ser necessária a realização de uma intervenção específica, cujo profissional indicado é o psicólogo da saúde. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar é de suma importância, visto que ele é o profissional que tem a sua formação acadêmica voltada especificamente para os cuidados com a saúde não-orgânica, a saúde psíquica (mental e emocional). A minha atuação como psicólogo da saúde nesta unidade hospitalar é então guiada pelas políticas públicas do SUS, compreendendo os princípios de universalidade, equidade e integralidade (conforme a Lei 8.080/1990), além de um referencial teórico-clínico existencialista.

Jean Paul Sartre e a sua filosofia existencialista considera todos os seres humanos livres. “Para ele, se toda a natureza é regida pelo determinismo, ao homem, e só a este, cabe o reino da liberdade” (Perdigão, 1995, p.86). Liberdade é a escolha de uma ação, é a tomada de decisão. Uma escolha é sempre um ato concreto. E mesmo quando o homem se abstém de escolher e se mantém em inatividade, há nesse caso, também, uma escolha concreta. Há ação e uma postura, logo, uma escolha livre e bem definida.

O homem está preso no mundo através do seu corpo, finito e individual. Situado no campo da facticidade, em uma realidade objetiva. É limitado por suas condições e pelas situações. “A liberdade precisa de um campo de resistência no mundo. Sem obstáculos não há liberdade” (Perdigão, 1995, p.87). Ainda que no mundo imaginário e nos sonhos o homem não precise de obstáculos nem de resistência, no mundo concreto são necessários esforços para mover o próprio corpo e trabalhar com a matéria para que o seu projeto seja concluído. (O conceito de

projeto, segundo Sartre, é a inerente propriedade que o ser humano tem de ser continuamente lançado ao futuro, que ultrapassa o próprio tempo presente).

Para Sartre, a liberdade não é poder fazer o que se quer (como na imaginação), mas querer fazer o que se pode. O que importa, no conceito sartreano de liberdade, não é o êxito ou fracasso de um projeto, mas a autonomia de escolha, a liberdade de eleição (Perdigão, 1995, p.89).

A saúde do indivíduo é, além de fatores culturais, o resultado presente de um livre investimento e cuidado dele consigo mesmo. Viver é correr riscos, e escolher como viver é assumi-los. Acidentes podem acontecer, e por tais possibilidades que venham a surgir, as pessoas podem tentar preveni-los, se tornando mais conscientes. Em um processo de tomada de consciência e reflexão das coisas que se pensa (a consciência reflexiva) o indivíduo assume responsabilidades e assim, passa a dar valor a coisas que antes não valorizava. Se agora ele deseja cuidar melhor de si, uma nova oportunidade se abre em seu caminho.

Além disso, há situações em que o homem se defronta diante do perigo, por exemplo, quando se depara com reais problemas de saúde. Dentro da filosofia existencialista, o presente é o que realmente importa, pois, o passado já está finalizado e não se pode mudar o que já houve. Portanto finito e definido. O futuro (projeto) de uma pessoa deve ser levado muito mais em consideração que o seu passado, pois o presente não existe sem o seu futuro: “O projeto humano é movido por uma intenção. E essa intenção se baseia por motivações” (Perdigão, 1995, p.93). Os motivos pelos quais uma ação é dada não estão no passado (já que o passado é feito de fatos irrefutáveis e das escolhas tomadas anteriormente). Mas os motivos pelos quais uma ação é dada estão baseadas na ideia de futuro, no projeto que o Para-Si faz. (Sartre chama o sujeito de Para-Si, que é, senão, a própria consciência, que é consciente de si.)

A realidade objetiva, o contexto e a situação (chamados de seres Em-Si, ou seja, todos os seres não conscientes de si) não têm significado algum por si só. Igualmente, as coisas que fizemos no passado (Em-Si, já acabado) não podem ser capazes de motivar os nossos atos. Nossos atos são motivados por nossos projetos, pelo o que esperamos do nosso futuro. “Pelo projeto, o Para-Sí vai ao futuro e esse

fim visado retrocede para iluminar a situação presente. Logo, é o Para-Si que atribui sentido às coisas e delas faz um ‘motivo’ para o seu ato” (Perdigão, 1995, p.94). O motivo de uma ação só aparece por causa da liberdade humana, por causa do valor que a pessoa atribui dentro do seu projeto de vida.

Neste sentido, sob o viés existencialista, as minhas abordagens psicoterapêuticas focam no presente de cada paciente internado, seja ele em estado pré ou pós-operatório. Se trabalha com os elementos da própria observância do seu estado de saúde geral e mental, buscando provocar reflexões a respeito não só do que ele espera da vida, mas do que a vida pode esperar dele.

É inegável que todo o paciente internado na Clínica de Cirurgia Vascular se prepara mentalmente para ser operado. É a chamada fase pré-operatória. Como em todo e qualquer processo cirúrgico, há um risco (possibilidade) de morte ou de que algum problema decorrente possa vir a acontecer e o paciente e seus familiares precisam assinar um termo de consentimento para que ocorra a cirurgia. Nele, o paciente e seus familiares reconhecem os riscos que corre, tanto no momento da cirurgia, quanto nas fases pós-cirúrgicas, que contemplam a recuperação e a reabilitação.

A amputação de um membro do corpo é um fenômeno radical. O corpo muda, há perda de funcionalidade e danos psicológicos podem ser acarretados. A amputação de membro inferior, de saída, impõe para o paciente a necessidade de reaprender a andar, ou de aprender a se locomover por cadeira de rodas. Nesses casos, o processo costuma ser lento e demorado. Diferentemente de qualquer outro tipo de cirurgia, seja para correção ou retirada de algum órgão interno, na amputação de um membro a falta é mais visível e aparente e a perda é sentida com pesar.

A ideia da perda de uma parte do corpo traz no imaginário representações e fantasias relacionadas aos sentimentos que estão dentro do espectro negativo do humor, tais como sentimentos e sensações de vergonha (perante os outros), frustrações, tristeza, raiva, autocomiseração etc. O paciente precisa de uma explicação plausível para o seu sofrimento e com ela se possibilita aplacar as angústias. Muitas vezes a explicação científica pode não lhe bastar e ele tenta se convencer por explicações aparentemente não coerentes, mas que dentro de sua

explicação buscam encontrar a lógica. Por exemplo, a explicação que ele encontra para se encontrar ali internado é de estar cumprindo um desígnio, missão ou provação espiritual e ser testado em sua fé, ou então, de estar pagando um castigo que ele mesmo mereceu por ter praticado um pecado no passado ou em outra vida passada (encarnação passada), ou mesmo pode acreditar que fora atacado por um tipo de magia e que terá agora a oportunidade de ser curado e livrado desses males.

Não cabe ao profissional da saúde tentar convencer um paciente de que a sua crença ou forma de ver o mundo é errada ou descabida. A explicação científica não desvalida necessariamente a explicação mágico-religiosa, elas podem ser suplementares. A maioria dos pacientes ficam assustados ao receber a informação de que precisará passar por uma cirurgia de amputação. Em certas situações, mesmo quando é evidente que a condição clínica de seu membro está estado lamentável, apresentando gangrena, mal odor e coloração preta, pacientes não reconhecem ou parecem não reconhecer que o seu pé ou a sua mão não vão mais ser recuperados nem revitalizados.

Muitos pacientes, quando recebem a notícia da indicação cirúrgica, ficam em estado de choque e se agarram a fé religiosa de tal maneira que a racionalização pode ficar um pouco comprometida. Tentam acreditar que o poder divino irá reverter o seu quadro clínico através da realização de um milagre, sem que a intervenção cirúrgica venha a acontecer (ilusão). O psicólogo da saúde acaba por se envolver nesses casos para intermediar os conflitos de interesses entre o paciente, equipe médica e família e buscar a conciliação. Aliás, o interesse último de todas as partes é a recuperação da saúde do paciente.

Todo mundo busca se manter vivo, até aqueles que dizem querer morrer. Já presenciei casos onde o paciente disse que *preferia a morte a ficar aleijado*. Pois bem, para este paciente, ficar aleijado seria a própria sentença de morte, pois como ficar vivo dando trabalho para a família? Justo ele, pai de família que sempre havia provido as necessidades dos demais. Para ele, a sua livre escolha era manter o desejo de ficar vivo na lembrança dos outros, como o pai forte, que andou o mundo com a sua sabedoria. E por isso, havia um sentido pelo qual valesse a pena viver, e ele ultrapassaria própria ideia da morte (Frankl, 2008). Esses tipos de confrontação são

especialmente interessantes no contexto hospitalar, e o psicólogo da saúde precisa estar ali, com presença no atendimento.

É importante, aliás, discutir o papel desse profissional na clínica cirúrgica, pois não se trata de conceber o psicólogo como aquele que vai convencer os pacientes a aceitar uma indicação de procedimento, seja cirúrgico ou não, como por ventura, possam considerar alguns médicos ou enfermeiros. Mas, como aquele que vai permitir ao paciente ter uma melhor reflexão, acerca de poder melhor visualizar o seu estado de saúde, a proposta médica e os nuances que envolvem o seu processo de hospitalização.

Na maioria dos casos em que a amputação de membro inferior é indicada pelos médicos, é necessário algum tempo para que o paciente venha a entender e elaborar o que está acontecendo dentro de si. Não é fácil aceitar a ideia de ter chegado ao hospital com os dois pés e ter que voltar para casa com apenas com um, por mais grave que seja o quadro para o qual a lesão tenha evoluído. As pessoas são contraditórias e mudam de opinião. Às vezes, esperam muito dos outros, e esperam que os outros venham a realizar ações, sendo que elas mesmas, muitas vezes não se responsabilizam pelas suas próprias (ou pela ausência delas). A uma pessoa que apresenta o pé necrosado, não há mais chances de mudar o prognóstico clínico. Ao tecido morto, não há a possibilidade de ressuscitá-lo. E às doenças crônicas como um todo, não há a possibilidade de cura rápida e instantânea.

Também é possível observar que pacientes com doenças vasculares e crônicas esperam e fantasiam sair do hospital curados, mesmo que sejam avisados (e todos eles são) que isto não é verdade. Há a continuidade do tratamento, que deve ser feito em ambulatório e na Clínica da Família. O fator chave para a melhoria de qualidade de vida é a chamada adesão ao tratamento. O paciente quando se responsabiliza pelos cuidados que precisa tomar e busca melhorar seus hábitos e estilo de vida passa ter um ganho de saúde real.

E em contramão dessas pessoas, há outras que se sabotam e que tentam delegar o rumo de suas vidas e o tratamento de saúde a outros, como por exemplo a familiares. Mentem para si mesmas, quase não conseguem decidir o que querem e tentam acreditar que não irão conseguir melhorar de vida, nem modificar os seus hábitos que lhes fazem mal e culpam agentes e condicionamentos externos por suas

ações. Estas pessoas ainda tentam justificar tais atos ao dizer que elas são assim mesmo, como se tivessem uma essência, como se fossem seres acabados e prontos (tais como são os seres Em-Si). E ficam a viver como se fossem exercer um papel que lhes cabe, definido e imutável.

Neste tipo de atitude onde há a tentativa de renunciar a própria liberdade, há também um ganho secundário: a diminuição da angústia causada pela própria liberdade. Esse tipo de fenômeno, que se passa na consciência e “só pode ser explicado na própria consciência, acontece então que eu sou consciente de me enganar e também consciente de ser enganado” (Perdigão, 1995, p.119) é o que Sartre chama de “Má-Fé”, não em relação aos outros, mas em relação a si.

No cotidiano do hospital público observa-se outro fenômeno, o da angústia existencial, que está presente em todos, ora em maior, ora em menor grau. É evidente a luta das pessoas pelo que é a sua única e inalienável propriedade, a vida que elas carregam. Pode-se tentar negar tudo, menos o fato de que a consciência existe, no mundo (*dasein, ser-no-mundo*):

“Não existe outro universo além do universo humano, o universo da subjetividade humana. É a esse vínculo entre a transcendência, como elemento constituído do homem (não no sentido em que Deus é transcendente, mas no sentido de superação), e a subjetividade (na medida em que o homem não está fechado em si mesmo, mas sempre presente num universo humano) que chamamos humanismo existencialista. Humanismo, porque recordamos ao homem que não existe outro legislador a não ser ele próprio e que é no desamparo que ele decidirá sobre si mesmo; e porque mostramos que não é voltando-se para si mesmo, mas procurando sempre uma meta fora de si – determinada libertação, determinada realização particular – que o homem se realizará precisamente como ser humano” (Sartre, 1987, p.21 e 22).

Para Sartre (1987, 1997, 2006) o que realmente importa e é existente para a consciência humana (Para-Si) é o aqui e agora, o tempo presente e a sua superação, na perspectiva de futuro e, isso, de certa forma, é tudo o que uma pessoa pode ser. Na hora em que tudo parece não importar mais, quando a vida fica por um fio, só existe uma certeza, a certeza de existir. De alguma forma, quem entra em um

hospital e observa o que está acontecendo, seja fora ou seja dentro, vivencia o dado presente, seja ela um visitante, um paciente, um familiar ou um profissional.

1.4 - A atuação do psicólogo em um caso clínico

Acompanhei um paciente, um senhor de sessenta anos que ficou bastante tempo internado, por aproximadamente três meses. No início da internação parecia tudo ocorrer bem. Todos os dias a sua esposa estava lá com ele, firme e forte, ao lado do seu leito, na enfermaria coletiva. Eles também tinham uma filha adulta, que trabalhava e quase não ia fazer visita, e que ajudava a cuidar dos negócios do pai. Ele era dono de um pequeno comércio, em um bairro do subúrbio. Este senhor, magro, gentil e bem-educado, veio ao hospital para tratar de uma lesão que apareceu em um dos pés e que não melhorava, muito em decorrência da diabetes não controlada. Ele teve que amputar uma parte do pé. O problema é que o coto não cicatrizava, e daí por diante começou o seu martírio. Teve que fazer uma nova cirurgia, e amputou a perna na altura da coxa.

Eu fui solicitado pela equipe médica a atendê-lo nesse momento porque, segundo ela, ele passou a ficar mais desanimado, cabisbaixo, sôfrego. Ainda que o desânimo, a falta de vontade, a depressão leve por motivo de saúde seja comum no contexto hospitalar, algo a mais foi notado pela equipe e por isso vieram a me fazer a solicitação. Este tipo de quadro sintomatológico é comum nesta clínica. Não deve ser nada fácil passar por um momento grave de saúde. É interessante que seja feita no primeiro atendimento a anamnese do paciente e se possível fazer logo após interconsultas com outros profissionais que o acompanham, a fim de fazer a devolução e coleta de mais material sobre o paciente, e até mesmo saber sobre o que possa estar a incomodar a equipe.

Passei a visitá-lo duas vezes por semana. Ouvi atentamente as suas lamentações, as suas histórias, e a sua ambiguidade de esperança e desesperança.

Ele teve que operar novamente, subindo o nível da amputação e, em outras ocasiões, ir para a sala cirúrgica para lavar o coto, que não cicatrizava. Era bastante alto o risco de a infecção aumentar e progredir. Isto o deixava abatido. Uma das

decisões mais difíceis foi aceitar uma amputação de desarticulação da coxa. Foi o último recurso para evitar uma infecção generalizada. Ele era forte, tinha a sua fé e sua esposa ao lado, todos os dias. Ela cuidava dele. Sempre arrumado, com a barba feita e o cabelo cortado, e o seu leito enfeitado com um edredom bonito. Às vezes a esposa tinha que se ausentar para tomar conta da casa e da loja, que, com o decorrer do tempo, passou a perder clientela.

Um dia eu fui chamado por uma enfermeira, que me disse que ele não estava comendo. Fui até ele e questionei o porquê de não estar almoçando. E me falou que a esposa havia ido para casa no dia anterior para descansar.

-Certo, e qual é o problema? -Indaguei. -É que ela me dá o almoço todos os dias, e hoje ela não está -retrucou. Me fiz de surpreso, e brinquei, com seriedade. -Olha, você não está aleijado das mãos. A sua esposa poder te dar comida na boca é ótimo, às vezes. Mas ela não estará todos os momentos do seu lado. Você é o homem dessa família e continua a liderá-la, você é o cérebro da sua família. Além de inteligente, você não está aleijado da cabeça, só da perna. Vamos lá, eu quero que você possa se ajudar e vencer na sua recuperação.

A partir desse dia sua postura mudou. Ele passou a viver com mais disposição, e a pensar com otimismo. Passou a se sentir alegre. Ultrapassou as expectativas médicas, pois o prognóstico nesse tipo de caso, quando há a desarticulação da coxa com a bacia, é de um risco muito alto de morte. Ele sobreviveu e mostrou que era possível vencer. Agradeceu à equipe quando teve alta. Soubemos muitos meses depois que ele foi internado em um outro hospital e morreu por um outro problema relacionado às doenças crônicas que tinha.

2 - A política e o hospital

2.1 - A instituição hospitalar

No contexto hospitalar é muito comum que profissionais de diferentes formações façam um certo tipo de pedido aos pacientes, (no qual mais se assemelha a ordens expressas) no sentido que estes devam ficar quietos e que venham a se comportar de acordo com as regras preestabelecidas. Um bom paciente, é, para esse tipo de profissional, aquele que responde justamente o que lhe é pedido, sem fazer maiores questionamentos. Um bom paciente deve obedecer às regras do convívio social e, de preferência, dentro do possível, sofrer o seu adoecer de forma silenciosa, a evitar causar comoção nos outros. Uma espécie de código de conduta se busca estabelecer com os pacientes, tal como uma condição para receber um bom atendimento (e merecer a cura), fosse necessário em contrapartida, a apresentação de um bom comportamento moral.

O hospital pode ser percebido, tal como Foucault demonstra em *Vigiar e Punir* (2012), como um aparelho disciplinar. A lógica da disciplina e da docilização dos corpos é aplicada, mesmo que involuntariamente pelos seus agentes. Primeiramente, os doentes (pacientes) podem ser reduzidos a ideia de corpos, que são distribuídos de maneira regular e sistemática. Aliás, quase tudo é feito de maneira regular e sistemática. A disposição dos leitos em enfermarias coletivas, e todo o cumprimento dos horários: de alimentação, da administração de medicamentos, das visitas médicas (*rounds*), de visitas familiares, do sono, enfim, todas as atividades seguem dentro de um período programado, para que, no fim, tudo possa ficar sob o necessário controle. A devida penetração do tempo nos corpos faz com que prevaleçam os efeitos de poder:

“Seja pela eficiência, rapidez e utilidade dadas pelos corpos disciplinados; seja na articulação corpo-objeto, no que se refere à manipulação do corpo ao objeto e na engrenagem de um e outro; seja, por fim, pela utilização exaustiva, que importa extrair do tempo sempre

mais tempos disponíveis e dessa forma tornar cada instante mais forças úteis” (Ferreirinha e Raitz, 2010).

Em seu livro “Microfísica do poder” (1979), Foucault analisa a instituição hospitalar e narra a história do “Nascimento do hospital”. O hospital tal como conhecemos, como instrumento terapêutico é uma invenção recente, datada do final do século XVIII. Desde a idade média, os hospitais eram considerados instituições asilares, de assistência aos pobres, cuja função social que detinham era acolher os que estavam morrendo, os moribundos. Este lugar tinha como finalidade essencial, a salvação das almas das pessoas, tanto dos doentes, quanto daqueles que lá estavam praticando a caridade. No século XVII, passaram a ser segregadas também, aquelas que representavam perigo à sociedade, tais como os doentes, loucos, devassos, prostitutas etc. Essas pessoas, de alguma forma, perturbavam o restante da população com as suas doenças e devassidões, e por isso eram recolhidas ao hospital geral.

A reforma dos hospitais começou a ser moldada em meados do século XVIII e se deu, primeiramente, para purificá-los das desordens econômicas que eles acarretavam. Muitos viajantes, que traficavam mercadorias, objetos preciosos e materiais raros se faziam de doentes e eram levados aos hospitais no momento do desembarque. A partir de protestos de autoridades financeiras que controlavam a alfândega, surgiram os primeiros regulamentos hospitalares a fim de inspecionar os cofres que detinham os marinheiros, médicos e boticários. Eram punidos aqueles que fossem descobertos com posse de mercadorias destinadas a contrabando. A quarentena também se tornou necessária na medida em que cada vez mais pessoas desembarcavam nos portos, trazendo as populações locais o temor das doenças endêmicas. Tentava-se, então, impedir que as desordens econômica e médica se estabelecessem.

Seguindo o pensamento de Foucault (1979), nesta época, com o advento de novas tecnologias, a sociedade passa a ser mais complexa e as pessoas precisam ser capacitadas a fim de que executem melhor os seus trabalhos. Isso demanda tempo e treinamento, o que envolve um custo monetário. Por exemplo, o exército, que passa a usar o fuzil como arma, precisa treinar os seus soldados. Para manusear um fuzil é necessário que o soldado aprenda a usá-lo e se habilite, através de

treinamento, adestramento e manobras táticas. Além do custo da mão-de-obra de um exército, há um custo adicional para a sua capacitação por quem o financia. Logo, não mais se pode perder soldados, e o hospital militar se reorganiza com novos propósitos:

“1º) Era preciso vigiar os homens no hospital militar para que não desertassem, na medida em que tinham sido formados de modo bastante custoso. 2º) Era preciso curá-los, evitando que morressem de doença. 3º) Era preciso evitar que quando curados eles fingissem ainda estar doentes e permanecessem de cama etc. Surge, portanto, uma reorganização administrativa e política, um novo esquadrinhamento do poder no espaço do hospital militar. O mesmo acontece com o hospital marítimo (...)” (Foucault, 1979, p.104).

A reorganização hospitalar não aconteceu primeiramente por uma técnica médica, mas segundo o autor, a partir de uma tecnologia política, que ele a chama de disciplina. O poder disciplinar foi aperfeiçoado como técnica para “gerir homens, controlar as suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (Foucault, 1979, p.105).

As sociedades modernas europeias, ainda vivendo sob o conjunto de práticas mercantilistas, se tornam cada vez mais urbanas. A alfabetização se torna popular e as técnicas de poder passam a percorrer as oficinas, os exércitos e as escolas. Através da disciplina, os espaços são concebidos para se tornarem cada vez mais individualizados. As pessoas são postas, organizadas e combinadas de maneira a serem melhor controladas. A disciplina visa observar não só os resultados das ações que elas venham a executar, mas todo o seu processo. Todos os gestos são observados, para que sejam escolhidos os mais eficazes, os mais ajustados para uma determinada tarefa. Devidamente controlados, haverá uma melhor produtividade, seja ela qual for. Portanto, as atividades humanas são cada vez mais vigiadas. A disciplina é uma tecnologia que produz uma vigilância constante e perpétua, que permite o registro de tudo o que acontece:

“A disciplina implica um registro contínuo. A anotação do indivíduo e transferência de informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber. (...). É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los, e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder” (Foucault, 1979, p.106 e 107).

Em *Vigiar e Punir*, publicado originalmente em 1975, Foucault (2012) ressalta o poder do exame, cujas técnicas eram desenvolvidas a fim de vigiar e normalizar. Transformou-se a formação do saber em um exercício de poder. “É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através dos quais eles são diferenciados e sancionados” (Foucault, 2012, p.177). Os sujeitos que ficam sob vigilância dos dispositivos de disciplina, acabam por se sujeitar ao processo de objetivação. O exame faz também a individualidade entrar em um campo documentário, pois no campo da vigilância, os prontuários e documentos escritos podem captar, classificar, qualificar, quantificar e fixar os resultados desenvolvidos, seja no exército, na escola ou, como no caso deste trabalho, no hospital.

Os métodos tradicionais de documentação administrativa demonstram bem essa perspectiva:

“Umás se referem aos métodos de identificação, de assimilação ou descrição. (...) Era esse o problema dos hospitais, onde era preciso reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos de epidemias” (Foucault, 2012, p.157,158).

Os hospitais do século XVIII foram grandes laboratórios para os métodos escriturários e documentários. O paciente, reduzido a um caso clínico, tem seus dados escritos a partir de análises individuais, que são adicionadas em um sistema cumulativo de saber. Seus dados contribuem para um sistema comparativo que

permite medir especificidades de coletivos, grupos e populações. Há, portanto, um nascimento das ciências clínicas.

“E essa nova descritibilidade é ainda mais marcada, porquanto é escrito o enquadramento disciplinar: a criança, o doente, o louco, o condenado se tornarão, cada vez mais facilmente a partir do século XVIII, e segundo uma via que é a dos mecanismos de disciplina, objeto de descrições individuais e de relatos biográficos” (Foucault, 2012, p.159).

Com a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital, os médicos vão ganhando poder, e o processo de medicalização desse espaço se realiza. “As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar que estão submetidos nos hospitais ” (Foucault, 1979, p.107). Se por um lado se desenvolve uma medicina hospitalar devido a disciplinarização do hospital, por outro, o próprio saber da medicina e as práticas médicas se transformam no século XVIII, fora dos hospitais, podendo abarcar uma medicina social. A lógica se dava da seguinte forma:

“O indivíduo sadio, quando submetido a certas ações do meio, é o suporte da doença, fenômeno limite da natureza. A água, o ar, a alimentação, o regime geral, constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doença. De modo que a cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc. E uma medicina do meio, que passa a se constituir, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural, obedecendo a leis naturais” (Foucault, 1979, p.107).

A medicina passa a trabalhar, nesse período, na transformação das condições do meio. Por um lado, a preocupação se torna social e sanitária, buscando a melhoria dos aspectos de vida das cidades, do ar, da água, da temperatura, e de outras condições. Se fosse possível evitar que mais pessoas não ficassem doentes, o contágio das doenças se tornaria menor e as epidemias seriam evitadas. Por outro

lado, há um viés disciplinar do espaço hospitalar. Os doentes passam a ser distribuídos em espaços individuais, pensados em termos de número de leitos por cômodos, onde serão vigiados de forma permanente e seus registros anotados de forma sistemática.

Também, dentro das cidades, o hospital passa a se localizar dentro de um local específico, não mais em uma zona sombria, e ajustado com o seu esquadramento sanitário. Ao contrário do que ocorrem com os cemitérios, que serão postos cada vez mais para as periferias dos centros urbanos. A arquitetura do hospital agora é melhor pensada e trabalhada, de modo pelos quais os meios (ventilação, água, alimentação etc.) possam ser manipulados e melhor controlados, enquanto que os pacientes possam ter um tratamento mais individualizado. “A arquitetura do hospital deve ser fator e instrumento de cura” (Foucault, 1979, p.108 e 109).

Há uma verdadeira transformação nos hospitais, que agora são concebidos como instrumentos de cura. O médico passa a organizar os espaços e a controlar os meios pelos quais os doentes possam ser curados. O ritmo das visitas aos pacientes aumenta de maneira em que a sua presença se torne cada vez mais aparente. Novos regulamentos aparecem, e, gradativamente, o médico tem que passar mais tempo em contato com os pacientes, até que um médico passa a ter que residir no hospital, para que, na possibilidade de ser chamado, estivesse pronto para observar o doente. E, finalmente, as ordens religiosas que outrora geriam os hospitais, passaram o controle econômico aos médicos. Portanto, “o grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII” (Foucault, 1979, p.110).

O hospital toma a forma moderna, tal como a conhecemos, com o médico tomando para si o poder administrativo da instituição. Para Foucault (1979), esse poder pode ser visto no ritual da visita, leito a leito, do médico com os seus assistentes e alunos lhe seguindo. Além do lugar de cura, a hospital se torna o lugar de formação de médicos. A clínica se torna o espaço essencial de formação e transmissão de saber. A disciplinarização do espaço favorece o registro e o acúmulo do saber, permitindo o isolamento de cada indivíduo a fim de se tornar objeto da

prática e do saber médico. Através de uma medicina individualizante pode ser prescrito ao paciente um tratamento a fim de obter a cura de sua enfermidade.

Indivíduo e população se tornam objetos de saber e alvos das práticas médicas. Para o autor, a medicina, que era e ainda é voltada para o indivíduo, se torna também uma medicina da população, e isso graças a nova tecnologia hospitalar, que nasce no século XVIII e se redistribui somente no século XIX.

2.2 - O hospital no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil: o SUS.

Para compreender melhor os conceitos de universalidade, equidade e integralidade, que são considerados os três princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), é preciso considerar as articulações entre saúde e estrutura social e o processo histórico no qual as sociedades ocidentais vieram a estabelecer os seus sistemas de proteção social e as suas políticas sanitárias.

O sanitarismo surgiu como uma política pública nas sociedades capitalistas liberais no século XIX, e defendia a intervenção do Estado nos problemas sociais onde a iniciativa privada não era capaz de resolver. “Os reformadores sociais propunham uma legislação sanitária e ações para o enfrentamento de epidemias, constituindo as bases do que se reconhece como Saúde Pública” (Paim e Silva, 2010).

Em paralelo, alguns países europeus desenvolveram um tipo de sistema de proteção social baseado na assistência aos pobres, que tinham que provar a sua situação de carência. Paim e Silva o chamam de proteção social residual, que corresponde a uma ideia de cidadania invertida. Na Alemanha, no final do século XIX, surgiu o seguro social, “no qual trabalhadores, empresários e o Estado contribuiriam para a proteção dos indivíduos em casos de morte, aposentadorias, acidentes e doenças” (Paim e Silva, 2010). Por depender exclusivamente da contribuição prévia do cidadão, esse sistema de proteção acaba por ter uma conotação meritocrática e não universal.

A partir do século XX, surge um terceiro tipo de sistema de proteção social, conhecido como Seguridade Social, implementado nos países que aderiam a concepção de Estados de Bem-Estar Social, ou *Welfare States*, sobretudo na Europa. A Seguridade Social passa a ter um caráter institucional onde a universalidade é contemplada, ou seja, os seus benefícios se destinam a todos os cidadãos de um determinado país ou território. A ideia de justiça social e posteriormente, de equidade é norteadora para implantação dessas políticas públicas. O financiamento da Seguridade Social se dava através do recolhimento de impostos.

No Brasil, durante o século XX e antes da criação do SUS (1990), a assistência à saúde era vinculada aos institutos de previdência social, que eram específicos para cada categoria de trabalhadores. “O caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários” (Brasil, 2003, p.14). E a sociedade se dividia entre cidadãos de primeira classe, que estavam inseridos na economia formal, contribuía com a previdência e tinham amplo acesso a uma rede de serviços de saúde; e os cidadãos de segunda classe, os não-previdenciários, que tinham acesso limitado aos serviços de saúde, restritos às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de entidades assistenciais, como as Santas Casas de Misericórdia.

Em 1966 foi criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) como forma de unificar os institutos previdenciários e em 1974 foi criado o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), autarquia responsável pela saúde Brasil. O acesso a saúde no Brasil ainda não tinha caráter universal. Os que não contribuía com a Previdência não tinham visibilidade social (Brasil, 2003, p.14 e 15):

“O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de beneficiários existente e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (Postos de Assistência Médica e Hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços”

Apesar do INAMPS dispor de estabelecimentos próprios, a maior parte dos atendimentos realizados eram feitos pela iniciativa privada, e os convênios eram remunerados de acordo com o número de procedimentos realizados, o que consolidava a lógica de cuidar da doença e não da saúde. Seguindo esta lógica de estruturação e financiamento das atividades de saúde, que era discriminativa, enquanto o INAMPS se responsabilizava pela saúde do trabalhador, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam, principalmente, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. Eram bem poucos os hospitais públicos dirigidos à população não previdenciária.

Esta situação em que os serviços de saúde não atendiam plenamente e davam prejuízo a população, passou a gerar insatisfação entre a comunidade dos profissionais de saúde, os sanitaristas e a sociedade brasileira como um todo, e surge, então:

“Um movimento na direção de uma reforma sanitária e de uma transformação dos paradigmas do sistema de saúde. Dentro deste processo e como prenúncio das profundas mudanças que estavam por vir, o INAMPS adotou uma série de medidas que aproximam sua ação de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública.

Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais” (Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003, p.15).

No ano de 1988, é promulgada a Constituição Federal (*a Constituição Cidadã*), que concebe novas linhas para a Seguridade Social no Brasil, composta pela saúde pública, previdência social e assistência social, e que, através de princípios e diretrizes, permitiu a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos anos seguintes. Teixeira (2011) afirma que o SUS pode ser entendido como uma *Política de Estado*, já que a Constituição Federal (1988), considera a

saúde como um “direito à cidadania e um dever do Estado”, pelo artigo 196. Este artigo deu a base jurídica para a política de saúde no Brasil:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Para atingir o objetivo do artigo 196 da Constituição Federal (1988) foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulado sob a lei 8.080/1990, “de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e equidade firmados na própria constituição” (Portal do Conselho Nacional de Saúde).

É preciso ressaltar que o SUS é fruto das conquistas das lutas populares, que tiveram força com a Reforma Sanitária, nas décadas de 1970 e 1980. Estas conquistas culminaram com o Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), onde foi dado os subsídios para a criação do artigo 196 da Constituição Federal (1988), que considera a saúde como um direito universal. Cabe ao Estado garantir esse direito, por meio de políticas públicas:

“Direito a saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.4, tema 1).

O Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, além de se alinhar ideologicamente às propostas de políticas públicas de caráter universal, se alinha também, às propostas da Declaração de Alma Ata (1976). Esta declaração “reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais” (Mendes, 2004). E foi escrita após o

término da 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Cazaquistão.

Esta declaração conclama os diferentes atores internacionais (governos, entidades, organizações etc.) a agir responsabilmente e em cooperação, na busca pelo objetivo comum: a promoção de saúde, e a reivindicação da atenção primária como fator de viabilidade para uma universalização dos cuidados, mediante a abrangência e a melhoria social que possibilitam, integrando governo com todos os setores da sociedade, em prol da igualdade social:

“Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (Declaração de Alma-Ata, ponto III, 1976).

O SUS foi criado em 1990, e ainda hoje é necessário ampliar, cada vez mais, a extensão da cobertura dos seus serviços, a fim de garantir a toda a população o seu acesso (e fazer valer o princípio da universalidade). Teixeira (2011) fala da necessidade de eliminar “as barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõe entre a população e os serviços”.

A primeira barreira, a jurídica, foi eliminada, pela Constituição Federal (1988), quando foi universalizado o direito à saúde. A barreira econômica aparece, de um lado, quando uma determinada parcela da população ainda não dispõe de condições mínimas de acesso aos serviços. (Por exemplo, quando um usuário não tem como pagar pelo transporte para se chegar até a unidade de saúde). Por outro lado, o “Estado precisa dispor de um volume de recursos financeiros capaz de ser investido na ampliação do sistema” (Teixeira, 2011).

As barreiras socioculturais que se interpõem entre o sistema e o usuário também devem ser consideradas. Para a autora, a principal delas está na linguagem.

O x da questão é a dificuldade de comunicação entre os prestadores de serviços e os usuários. Se por um lado, “grande parte da população não dispõe de condições educacionais e culturais que facilitem o diálogo com os profissionais e trabalhadores da saúde” (Teixeira, 2011), por outro, cabe a esses profissionais se esforçarem para melhorar as condições de comunicação com os usuários locais, buscando aprimorar o seu modo de interação com eles. Que os profissionais possam adaptar o seu vocabulário à linguagem coloquial e elaborar novas estratégias para melhor conhecê-los, compreendê-los e serem compreendidos.

Talvez, o que mais possa dificultar essas interações e relações sociais não esteja diretamente relacionado com a linguagem verbal, mas sim no que possa tanger ao olhar. Quando há um olhar realmente interessado e respeitoso pela outra pessoa, sem pressa, há uma superação nas dificuldades no campo da linguagem verbal, pois outro tipo de linguagem se desenvolve, que está no campo da empatia e que pode ser bem importante para a quebra de barreiras socioculturais.

Depois da universalidade, o conceito de equidade aparece como o segundo princípio fundamental, finalístico e norteador do SUS. Ao reconhecer que existem desigualdades nas relações entre as pessoas ou entre grupos sociais, pode-se notar que estas desigualdades muitas vezes podem ser injustas. A justiça, no conceito aristotélico, pode ser descrita primeiramente como uma disposição de caráter que torna as pessoas propensas a fazer o que é justo, desejar o que é justo, sem cobiçar para si o que é de outrem, o que ultrapassaria o direito de cada um (Passos, 2009, p.46).

Passos (2009, p.55) afirma que do ponto de vista etimológico, a palavra equidade é muito próxima da igualdade. Isso pode ser explicado quando as duas terminologias gregas *ison* (igual) e *epikeia* (equidade) são reduzidas ao prefixo latino *equo*, o que levaria a crer que a equidade seria o mesmo que a igualdade. Porém, a palavra igualdade estaria mais ligada ao estado e à qualidade de coisas, sendo elas iguais, idênticas, uniformes ou equivalentes, enquanto a palavra equidade prima por analisar justa e imparcialmente cada caso, para que não haja desigualdades e injustiças no final.

Para Passos (2009, p.54) há um detalhe sutil que distingue o homem simplesmente justo do homem equitativo. Ambos são justos, mas o homem

equitativo inclui uma exigência a mais sobre o seu comportamento: “seu desejo de ser perfeitamente justo o faz não querer correr o risco de ser injusto, mesmo quando tudo parece indicar que a justiça já foi feita”. A medida da equidade seria como a Régua de Lesbos, instrumento usado por construtores para melhorar os resultados, pois flexível, se adaptava melhor as imperfeições e a dureza das rochas. Já a medida da lei seria semelhante a régua linear e inflexível. Por isso mesmo, Aristóteles dizia que um juiz deveria recorrer ao conceito de equidade para igualar os desiguais, para solucionar problemas não previstos por um legislador e substituir com justiça a aplicação rigorosa da lei quando esta fosse gerar injustiça nos casos não previstos. Na área da saúde, o conceito de equidade leva os profissionais a pensarem e atuarem por uma perspectiva onde sejam levadas em consideração as diferenças pessoais de cada um, a fim de ser justo:

“Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade” (<https://pensesus.fiocruz.br>).

As desigualdades socioeconômicas podem ser corrigidas à medida em que se possa admitir que “a equidade implica a diminuição das diferenças evitáveis e injustas, ao mínimo possível, e na oferta de serviços de saúde em função das necessidades e da capacidade de pagamento” (Paim e Silva, 2010). Como há ainda muitas desigualdades no acesso aos serviços de saúde, é justo que se priorize e que se crie políticas públicas para o atendimento de determinados grupos sociais que necessitam com mais urgência a utilização de serviços de saúde, para que, enfim possa ser alcançada uma verdadeira igualdade.

Ao ser defendida como política pública de acesso universal, os SUS acaba por oferecer cada vez mais qualidade nos seus serviços na medida em que a sua utilização se dá por todas as camadas sociais, principalmente pela utilização por

parte das classes médias, que tem maior poder de barganha e interferência no campo político. Assim, em tese, se assegura a todas as pessoas o acesso a diferentes tipos de público.

“Ao possibilitar a exercício de uma justiça na esfera pública, grupos minoritários podem ser levados em consideração na medida em que estes ganham visibilidade social através de uma política de saúde que contempla corrigir as desigualdades” (Paim e Silva, 2010).

A integralidade é o terceiro princípio doutrinário da política do Estado brasileiro para a saúde pública. Saúde como direito e como serviço que visa prestar assistência de maneira universal dentro do território nacional. A lei 8.080/1990 (artigo sétimo) refere-se à integralidade da assistência como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Segundo Paim e Silva (2010), a Reforma Sanitária contemplou originalmente o conceito de integralidade em quatro perspectivas principais:

“a) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; b) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; c) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; d) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial”.

Estes autores (2010) afirmam que sistemas de serviços de saúde organizados sob perspectiva da integralidade da atenção adotariam as algumas premissas: de

ações de promoção e prevenção; de garantia de atenção nos três níveis de complexidade de assistência médica; de articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; e de abordagem integral do indivíduo e famílias.

Segundo o raciocínio deles (2010) ao adotar a integralidade como característica institucional e das práticas de saúde, pode-se observá-la em cinco condições de atuação: cuidado, prática, programa, política e sistema:

1º) No cuidado integral: “a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais”. A assistência médica integral deve apresentar “um caráter completo, valorizando as interações entre os sujeitos e a construção de vínculos na atenção entre os usuários do cuidado e os cuidadores”.

2º) Na prática integral: “organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintos, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa”.

3º) No programa integral: “permite explicar objetivos, recursos e atividades contemplando necessidades de diversas ordens com atuação predominantemente setorial”.

4º) Em políticas públicas integradas ou integrais: “implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada”.

5º) E por fim, em um sistema integral: “permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribuiria para assegurar maior efetividade”.

A integralidade, portanto, está relacionada à condição integral de compreensão do ser humano. O sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo em seu contexto social, atender as suas demandas e necessidades e reconhecê-lo como sujeito cidadão de direitos. Pela perspectiva dos usuários, a ação integral em saúde se associa ao tratamento respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento, seja ele preventivo ou curativo. A saúde deve estar atrelada a promoção da cidadania e da transformação social.

Capítulo 3 - Um paciente em sofrimento psíquico com suspeita de trombose

3.1 - O caso Beto

A maioria dos pacientes internados em uma clínica cirúrgica não ficam muito tempo no hospital, logo, o acompanhamento psicológico não dura mais do que algumas sessões. Sabendo disso, a intervenção psicológica é direcionada, geralmente, a finalidades específicas, e o trabalho terapêutico é focado no sofrimento psíquico do paciente decorrente da internação e da sua doença, que se encontra em estado agudo.

Acompanhei um paciente, que lhe chamo aqui de Beto, que foi internado por causa de sua perna que estava bastante inchada e suspeitou-se que poderia estar com uma Trombose Venal Profunda. Ele ainda precisaria aguardar por uns poucos dias por um exame de *eco-doppler* para ratificar o diagnóstico.

O caso clínico se torna peculiar porque ele estava com ferimentos e curativos pelo corpo advindos de uma tentativa de suicídio que ocorrera, aproximadamente, quatro meses antes. Beto ateou fogo contra si mesmo com o auxílio de álcool e fósforos. Teve queimaduras na região abdominal, torácica e nos braços, além do pescoço.

Fui conhecer o rapaz, de 42 anos e de corpo franzino. Dalgarrondo (2000) afirma que o profissional psi tem que ter a capacidade de estabelecer uma relação empática com o entrevistado, e que “possa estar em condições de acolher o paciente em seu sofrimento, de ouvi-lo realmente, escutando em suas dificuldades e suas idiosincrasias” (p.50).

“A entrevista psicopatológica permite a realização de dois principais aspectos da avaliação. 1- A anamnese, ou seja, o histórico dos sinais e sintomas que o paciente apresenta ao longo de sua vida, seus antecedentes pessoais e familiares, assim como da sua família e meio social. 2- O exame psíquico também chamado de exame do estado mental” (Dalgarrondo, 2000, p.47).

Fiz com ele quatro sessões psicológicas, em três dias, no decorrer de uma semana, e o caso obteve uma satisfatória resolução.

1ª sessão: Era segunda-feira de manhã e o paciente se encontrava deitado sobre o leito, na enfermaria coletiva. Estava enfaixado na região peitoral e nos braços. Se mostrou receptivo ao atendimento e orientado no tempo e espaço. Apresentou, durante a sessão, um humor levemente deprimido. Para ele, o motivo da internação foi a sua perna inchada que, além da dor, lhe assustou.

Estava apreensivo pela possibilidade de pegar uma infecção hospitalar. Disse, lamuriando, que sentia muitas dores por conta dos ferimentos e que ele não podia deixar as enfermeiras tocarem neles e nem trocar seus curativos, já que isso, segundo ele, poderia lhe trazer uma infecção. Contou a sua história: Disse-me que tentou se matar, há quatro meses, e não soube explicar bem o motivo, só que estava muito triste no dia do ocorrido. Disse que não bebe e não usa drogas. Perguntei-lhe se ouvia ou se já ouviu vozes e ele disse que não. Me disse que não tem amigos e que é uma pessoa *fechada*. Relatou ser vigilante de profissão, afastado pelo INSS por causa de um acidente, pois ele “caiu e se quebrou todo”. Desde o ocorrido, há sete anos, esteve *encostado*, e recebe um salário que considera baixo e por isso, às vezes, *faz bicos* como vigilante. Mora com a atual esposa e com a enteada há cinco anos, e tem uma filha de 9 anos do primeiro casamento.

Beto me contou que dorme bastante em casa durante o dia, e que não gosta de sair. Além de não ter amigos, os seus pais morreram quando era criança, e então foi criado sozinho pela avó. Ele não soube dizer com precisão a sua idade na época da morte dos seus pais e nem da avó, quando esta morreu. Também não soube responder com precisão quantos anos tem a sua enteada hoje.

Se ateu a dizer que trabalha desde muito jovem para se sustentar e que seu trabalho é muito solitário, e que é acostumado à solidão. Apresentou na anamnese humor deprimido e seu afeto estava congruente com o humor. Seus processos de pensamentos são lineares. Não demonstrou ter alucinações auditivas nem delírios ou ideação suicida ou homicida no momento da consulta.

Embora tenha pensado em hipóteses diagnósticas, esta não é uma questão primordial a ser resolvida pela psicologia da saúde no hospital, visto que é necessário, acima de tudo, acolher e respeitar o paciente que se encontra em

sofrimento psíquico. Deve-se ainda estar atento a sua segurança e a dos demais pacientes, e relatar a equipe médica sobre os possíveis riscos de suicídio e agressividade para consigo e para terceiros.

Toy e Klamen (2005) sinalizam a importância de se fazer uma avaliação do risco de suicídio. Afirmam que uma das determinações mais importantes para o profissional de saúde é que seja feito o risco de suicídio em pacientes deprimidos. A melhor abordagem para eles é perguntar diretamente: “*Você está pensando ou já pensou alguma vez em se suicidar?*”, “*Você quer morrer?*” “O psiquiatra deve estar atento a sinais de alerta como o indivíduo ficar incomumente quieto e menos agitado depois de expressar uma intuição suicida ou fazer um testamento e doar propriedades pessoais” (Toy e Klamen, 2005, p.69). Deve-se sempre escrever em prontuário os fatores de risco, como tentativas anteriores de suicídios e pensamentos e intenção suicidas.

Beto não apresentava ideação suicida nem homicida naquele momento, por isso não foi necessário tomar nenhuma providência específica em relação a esse tipo de atenção. Estudei a evolução clínica no seu prontuário e anotei e evolui sobre o seu estado emocional, e sobre minha conduta a ser tomada a partir de então, que era continuar acompanhando o paciente. Após isso, fui ao psiquiatra da equipe conversar sobre o paciente, a fim de que ele viesse a me supervisionar em relação a este caso clínico.

2ª sessão: No dia seguinte (terça-feira), fui direto à questão na qual ainda precisava entender, e perguntei ao Beto sobre o dia em que tentou se matar. Ele afirmou que fez aquilo porque não estava mais aguentando. Afirmou para mim que não foi por motivo de traição conjugal, mas que era por motivos que não são claros para ele. Após o término do atendimento, uma técnica de enfermagem me contou, no corredor, que ele havia dito somente a ela que sua esposa o havia traído, e por isso, tentou se suicidar.

Beto disse ainda que precisava voltar para casa, que não poderia pegar infecções hospitalares, e que novamente não deixou a enfermagem fazer a troca de curativos porque, segundo ele, doía muito e não estava recebendo analgésicos suficientes. Esta recusa estava causando um certo conflito com a enfermagem. Afirmou novamente que nunca ouviu vozes e que esta foi a sua primeira vez que

tentou suicídio. Eu não insisti muito, procurei ser acolhedor, no sentido em que pudesse ser feita um estreitamento de vínculo afetivo com ele, isto é, uma melhor transferência.

3ª sessão: À tarde, soube que a sua esposa estava lhe visitando. Fui conhecê-la. Ela estava junto ao leito, e me disse informações relevantes. Que estão juntos há seis anos, e confirmou que ele tentou se matar quatro meses antes, ateando fogo no corpo. Me disse que Beto ficou, inicialmente internado por 60 dias em um outro hospital público até que ele pediu alta à revelia, lhe “forçando” a levá-lo embora de lá. Ela relatou que ele, na ocasião, também não deixava que lhe trocassem os curativos, quase que diariamente. Ele ficou em casa durante 15 dias e por complicações nos ferimentos, foi novamente internado em um outro hospital público. Dessa vez, ele ficou internado por mais 15 dias, tratando dos ferimentos de queimaduras e, novamente, pediu à esposa que lhe tirasse dali, pedindo e assumindo alta à revelia. Por sua vez, cansada, ela ordenou que fosse morar na casa de amigos, que são enfermeiros.

Ficou claro que ele conseguia manipular a esposa, se vitimizando e se expressando de uma forma infantil, para que ela pudesse ceder às suas vontades. Agora, ele estava ali, na minha frente, choramingando e pedindo para que ela o tirasse, pela terceira vez desde o incidente, da internação hospitalar, para que ela fosse novamente sua cúmplice de sua alta à revelia. Precisava, ainda, do exame de *eco-doppler* para a confirmação ou não do diagnóstico de trombose na sua perna, antes que os médicos fossem tomar alguma decisão.

Fui conversar com ela a sós, para saber mais um pouco da história do casal. Ela me contou que ele já havia tentado se suicidar outras duas vezes, além dessa. A primeira vez, foi antes dela o conhecer, quando se jogou de uma janela de um prédio de 4 andares e fraturou os braços e pernas. Foi o tal acidente de trabalho que ele havia mencionado, e a partir desse momento ele passou a ficar *encostado pelo INSS*.

E outra vez, há uns dois anos atrás, quando ele deu facadas contra a própria barriga, e então, foi contido por um primo. Eu perguntei o que havia acontecido e ela não soube explicar direito como e em quais condições isso aconteceu. Ela se esquivou e disse que precisava ir embora para casa. Terminou, dizendo que era melhor o marido morar com o irmão dele após a alta, porque ela *não aguenta mais*

ter que cuidar dele, um homem que, em suas palavras, *não faz nada da vida, e que só dorme o dia todo*. E foi embora.

4ª e última sessão: Quinta-feira de manhã, Beto havia feito o exame de *ecodoppler* no dia anterior e não obteve nenhum resultado que confirmasse a trombose. Enfim, estava de alta hospitalar. Quando eu cheguei pela manhã, já me disse logo de cara que gostaria muito de melhorar de vida, que ele não poderia mais aceitar esta situação em que se encontrava e perguntou-me se eu poderia encaminhá-lo a algum serviço de saúde. Eu disse que sim, que iria ajuda-lo a resolver esta questão.

Ele disse que havia conversado com a sua família, que ele estava agora de alta médica e que iria ter de ficar uns dias na casa de sua irmã, para resolver sua situação financeira na Previdência Social, que fica perto de onde ela mora. E depois disso, que iria morar *por uns tempos* na casa de seu irmão, em um outro bairro, para *poder se recuperar*. Me falou também, que queria *dar um alívio* a sua esposa e enteada, e que iria voltar para elas somente quando as coisas estiverem melhor. Eu fiquei feliz com tudo isso, saí da enfermaria e fui resolver o que havia me pedido.

Na sala de Saúde Mental do hospital, pesquisei qual seria o Posto de Saúde de referência na região em que o irmão do Beto mora. Verifiquei em uma apostila serviços de saúde que temos na sala de Saúde Mental e telefonei para lá. Agora, no lugar do posto, funciona uma Clínica da Família. Confirmei o endereço e telefone, e perguntei se lá há um serviço de Saúde Mental. Consegui falar, por telefone, com o psiquiatra que lá faz plantão e passei o caso rapidamente. O psiquiatra me disse os dias em que se encontra no serviço, e que aguardaria o paciente. Me disse, ainda, que o paciente precisaria primeiro fazer o cadastro, e levar um comprovante de residência do irmão dele, que é da mesma área de atuação da Clínica.

Voltei ao leito, fiz o fechamento do atendimento e falei da oportunidade e da importância que seria para Beto fazer um tratamento psicoterapêutico e psiquiátrico. A psicoterapia é o espaço em que o paciente tem para si, onde pode tentar organizar a sua vida e as suas ideias, onde pode falar sobre os seus sentimentos, desejos, aflições, temores e quaisquer coisas que tenha interesse em resolver.

Me agradeceu. Nos despedimos.

3.2 - Construindo rede e conduzindo o caso nos parâmetros das políticas públicas de saúde

Todo caso clínico específico tem as suas peculiaridades, mas também podem apresentar elementos comuns. Um paciente que busca atendimento na rede de saúde deseja, além do tratamento para a sua saúde física, ser tratado com dignidade, ser olhado e reconhecido, para que não venha a se sentir ainda mais só. Há também o pedido de socorro, o pedido de ajuda e a busca por alento, por algo que venha a diminuir o seu sofrimento psíquico, mesmo que não seja dito explicitamente. Este tipo de pedido é feito na medida em que há a sensação que o seu projeto (de futuro) se torna ameaçado.

O caso do rapaz que ateou fogo contra si e depois se encontrava no hospital, procurando, não somente o restabelecimento de sua saúde física, como também, a sua saúde moral e psicológica, é um exemplo de mobilização de equipes e de transformação pessoal. O paciente pôde sair de uma vivência muito angustiante e sufocadora, onde não se sabia, ao certo, por onde ir e no final, quando recebeu alta médica, encontrou uma aparente solução (ou, pelo menos, a sua tentativa) de ir morar em outra casa, mesmo que provisoriamente, com o seu irmão, com o intuito de poder tratar da sua saúde mental. É importante que as pessoas possam resgatar em si a esperança e a autoestima.

A atuação neste caso se deu de forma em que pudesse buscar ajudá-lo a encontrar soluções para que o seu tratamento de saúde não viesse a acabar com o fim da internação hospitalar e, portanto, o princípio que norteou foi o da integralidade. O paciente, internado pela Clínica de Cirurgia Vascular tinha um problema físico relativo àquela clínica específica, mas apresentava também um problema muito importante de Saúde Mental e, após a alta não poderia ficar desamparado.

Quando temos uma informação, precisamos saber o que fazer com ela, e esse o *que fazer* é o que nos torna a pessoa que nós somos. Quando entendi que o paciente não poderia continuar mais em uma condição de sofrimento psíquico intenso, fui recorrer a outras pessoas que pudessem me ajudar em relação a ter uma boa condução para solucionar o caso clínico. A direção tomada foi em busca de

tratamento fora da minha área de atuação, onde pude encaminhar o caso para o tratamento de saúde mental na Clínica da Família.

As redes que se formam dentro e fora do hospital são feitas por pessoas que seguem protocolos de atuação e atuam de acordo com orientações específicas, mas sobretudo, de suas consciências. Os três princípios norteadores do SUS (universalidade, equidade e integralidade) se bem introjetados, são importantes ferramentas para nos auxiliar a sermos bons agentes e promotores de saúde e de cidadania. É preciso estar bem atento às questões que cada paciente vem a apresentar, e saber o que se pode fazer e o que não dá para fazer.

Toda profissão tem limites e preocupações. É importante reconhecer os limites da sua profissão e saber até onde pode ir a sua atuação. Saber conversar com outros profissionais e saber quais são os papéis que cada um deve executar. A psicologia da saúde ocupa um lugar específico, que procura fazer uma escuta integral, cujo conhecimento foge da área médica e da área de enfermagem, mas que dialoga com ambas. Ainda há outros saberes dentro de um hospital que são de outros profissionais, e são complementares, como os da área de nutrição, fisioterapia ou fonoaudiologia, por exemplo.

A psicologia acaba por se envolver nas questões mais íntimas do paciente e talvez, por isso, ainda seja vista com receio e com mistério pelos outros saberes. Mas, para acabar com qualquer mal-entendido, o psicólogo precisa se comunicar com todas as pessoas, dar atenção às coisas que elas têm para falar. O olhar atento, ouvir e se mostrar presente, mesmo que por um curto período de tempo, é muito importante para que as pessoas se sintam reconhecidas, sejam elas quais forem.

Os profissionais de saúde sabem quando um paciente apresenta um determinado nível de sofrimento, mas entender o porquê do seu sofrimento, somente sabe quem lhe faz essa pergunta diretamente e não quem a deduz. Geralmente quem pergunta é o psicólogo. O seu trabalho é saber porque ele sofre e entender como ele chegou até aqui e o que levou ele a chegar até aqui. Um paciente que apresenta um alto nível de sofrimento pode não conseguir responder adequadamente a um determinado tratamento, porque ele entra em um estado emocional que começa a gerar impossibilidades de respostas.

Cabe aos profissionais da área de saúde buscar compreender e não apressar o paciente em relação a ter que dar respostas imediatas, mesmo quando um procedimento deve ser feito naquele determinado horário. Um profissional, ao buscar uma nova estratégia de comunicação, sob uma outra forma de linguagem (onde é visada a diminuição da ansiedade e da angústia do cliente), com mais carinho, afeto e respeito no trato, o paciente acaba por responder melhor a esta nova forma de abordagem. O profissional comprometido com a ética, o respeito e a individualidade de cada pessoa lida melhor com as dificuldades no seu dia-a-dia. É necessário compreender que o paciente e a sua família não está ali porque quer, e que o desespero, muitas vezes, diminui com um outro tipo de atenção. Ter empatia, ouvir melhor e explicar novamente é difícil, mas necessário no dia-a-dia atribulado do ambiente hospitalar.

Ser justo em cada situação não significa ser duro. Ser justo é repensar para poder fluir melhor. Entender os mais variados processos pelos quais outro passa e buscar ajudar a ele próprio a resgatar a sua saúde. A ciência ajuda o ser humano a se levantar. Mas somente o ser humano é quem pode fazer esse movimento. Permitir ser ajudado e se levantar.

Conclusão

Este trabalho de conclusão de curso propôs ser um relato e uma síntese de uma experiência profunda que pude vivenciar durante o período de quase um ano e meio de estágio prático realizado dentro de um hospital público de grande porte, que ocorreu concomitantemente ao período das aulas de pós-graduação em Psicologia da Saúde, da PUC-Rio. Estudar, aliar teoria à prática clínica e entender que, mesmo modestamente, pude contribuir à vida das pessoas que eu encontrei neste período é de grande júbilo neste final de período. A psicologia é uma ciência ampla, que visa trabalhar com o que as pessoas trazem em suas falas, discursos e expressões. Este é o seu material e objeto de estudo. Não é pretensão do psicólogo mudar a forma como as pessoas enxergam o mundo, mas ele se encontra ali como alguém que pode auxiliá-las a compreender melhor o que se passa no seu interior.

O hospital é um lugar físico destinado ao atendimento de pessoas doentes, sob o ponto de vista da ciência, e que proporciona diagnóstico e tratamento para as suas enfermidades. Ele tem uma história que se mistura com a história da medicina moderna. Portanto, o médico é a figura central dentro deste espaço que, junto com o enfermeiro vem a cuidar dos pacientes que requerem cuidados específicos. A figura do psicólogo é complementar neste espaço e importante na medida em que o médico e o enfermeiro têm as suas funções estabelecidas e não podem, em diversas ocasiões, dar o auxílio necessário de escuta ao sofrimento do paciente, porque os pacientes têm questões que não relativas diretamente às suas doenças.

Os três fundamentos do SUS que norteiam as ações e práticas de cada profissional que atua na área da saúde são essenciais para uma boa conduta no que se refere ao atendimento do público. Atender a todos, sem discriminação, e acolher, cuidar e tratar é um dever de todo profissional. Dar prioridade àquele que mais precisa, observando as suas necessidades específicas, se faz necessário a quem trabalha na área. Este é o fundamento da equidade. Deve-se tentar acabar com as diversas barreiras que impedem qualquer cidadão de ter acesso ao tratamento digno, justo e sem privilégios. A saúde pública no Brasil caminha com o objetivo de tentar diminuir as disparidades sociais e regionais.

Tanto os profissionais da área quanto os serviços de saúde devem reconhecer que cada pessoa é indivisível, integrante de uma comunidade, que vive em um determinado contexto, que requer cuidados específicos de acordo com as suas necessidades e que as suas dimensões biopsicossociais devem ser levadas em conta. As ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, em todos os níveis devem estar integradas. A integralidade deve ser o princípio que possa garantir a continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema, e como articulação de um conjunto de políticas públicas que visam a melhoria das condições de vida da população (Paim e Silva, 2010).

A psicologia da saúde entra para somar e pode ser útil como mediadora de uma resolução de conflitos. As famílias, os médicos e os pacientes muitas vezes se posicionam de formas diferentes e até, aparentemente divergentes entre si. Mas é sabido que todos eles têm um objetivo em comum, que é a melhoria das condições de vida do paciente.

No caso clínico apresentado, por mais que houvesse conflitos familiares, conflitos entre paciente e equipe, conflitos de ordem subjetiva etc., por mais que o paciente se visse, ora na impossibilidade de reagir frente o sofrimento, ora querendo muito ter um futuro promissor, ele e sua rede interpessoal (sua esposa, seus irmãos, sua equipe de saúde) tinham um objetivo comum, o restabelecimento da sua saúde. Quando uma boa rede de cuidados é estabelecida, o sistema de saúde e a sociedade como um todo se fortalecem pelas mais diferentes formas, como por exemplo, pela produção de conhecimento, pela economia de recursos, pela garantia de direitos, e principalmente, pelo respeito e valorização da vida do paciente.

Referências bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

BRASIL. Para entender a gestão do SUS; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

BRASIL. Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010; Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Portal do Conselho Nacional de Saúde.

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

BRASIL. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf

BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e conquistas; Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

BRASIL. Sistema Único de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf

BRASIL. SUS: avanços e desafios; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf

BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo; tradução de Regins A. Machado; Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BORNHOLDT, E. e CASTRO, E. K. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional; Psicol. cienc. prof., v.24, n.3, Brasília, set., 2004.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007

CONASS. Nota Técnica 41: Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Brasília, 2012. Portal Conass.

http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/02/NT-41_2012-Rede-Cronicas-final.pdf

CZERESNIA, D. Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico; Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais; Porto Alegre : Artes Médicas, 2000.

FERREIRINHA, I. e RAITZ, T. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas; Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 44(2):367-83, MAR./ABR., 2010.

<http://www.scielo.br/pdf/rap/v44n2/08.pdf>

FIOCRUZ. Portal pense SUS. <https://pensesus.fiocruz.br>

FOUCAULT, M. Microfísica do poder; Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

<http://petletras.paginas.ufsc.br/files/2017/03/foucault-microfisica-do-poder.pdf>

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. 40.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FRANKL, V. Em busca de sentido - um psicólogo no campo de concentração; 28ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

GAZOTTI, T. e PREBIANCHI, H. Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral; Psicol. teor. prat., vol.16, no.1, São Paulo,

abril, 2014.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000100002

KERBAUY, R. Comportamento e saúde: doenças e desafios; *Psicol. USP*, vol.13, no.1, São Paulo, 2002.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100002

MENDES, E. As redes de atenção à saúde; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>

MENDES, I. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores; *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, vol.12, no.3, Ribeirão Preto, May/June, 2004.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10; Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978.

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

PAIM, J. e SILVA, L. Universalidade, integralidade, equidade e SUS; BIS, Boletim do Instituto de Saúde (Impresso) - versão ISSN 1518-1812. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12, n.2, São Paulo, agosto, 2010, <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5975/1/Paim%20JS.%202010%20Artigo2.pdf>

PASSOS, J. Justiça e equidade em Aristóteles; Revista Augustus, Rio de Janeiro, Vol. 14, N. 28, agosto, 2009.

http://apl.unisuam.edu.br/augustus/pdf/rev_augustus_ed%2028_art05.pdf

PERDIGÃO, P. Existência e liberdade: uma introdução à filosofia de Sartre; Porto Alegre: L&PM, 1995.

PORTO, S, UGÁ, M e MOREIRA, R. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008; Ciência & Saúde Coletiva, 16(9):3795-3806, 2011.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a15v16n9.pdf>

SARTRE, J. A náusea; tradução de Rita Braga.1ª ed. Especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

SARTRE, J. O existencialismo é um humanismo; A imaginação; Questão de método; seleção de textos de José Américo Mota Pessanha; traduções de Rita Correia Guedes, Luiz Roberto Salinas Forte, Bento Prado Júnior. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

SARTRE, J. O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica; tradução de Paulo Perdigão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença; 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde; Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, Junho, 2011, 2011.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547865/mod_resource/content/2/TEIXEIRA%20C%20-%20Os%20princípios%20do%20Sistema%20Único%20de%20Saúde.pdf

TOY, C. e KLAMEN, D. Casos Clínicos em Psiquiatria; Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

