

**ELIANE DE SOUZA LUCIANO BORGES**

**O PSICÓLOGO NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR:  
UMA AGULHA NO PALHEIRO**

**Monografia**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
Curso de Especialização  
em Psicologia da Saúde**

**Rio de Janeiro  
Abril/2011**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



Eliane de Souza Luciano Borges

O Psicólogo na Emergência Hospitalar: Uma Agulha no  
Palheiro

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia da Saúde, como requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Psicologia da Saúde.

Orientadora

Maria Elizabeth Ribeiro dos Santos

Rio de Janeiro, 2011



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



## **O Psicólogo na Emergência Hospitalar: Uma Agulha no Palheiro**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Psicologia da Saúde. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

Maria Elizabeth Ribeiro dos Santos  
Professor Orientador

Rio de Janeiro  
Abril de 2011.

*Dedico este trabalho ao meu  
filho tão amado, tão esperado,  
e que esteve em meu ventre  
durante o módulo final desta  
Especialização, Talles Luciano  
Borges e ao meu esposo que  
esteve ao meu lado com muito  
carinho e dedicação na  
realização de mais este sonho.*

## **Agradecimentos**

A Deus que me deu esta oportunidade de reencarne e que me deu força para chegar até aqui e tenho certeza que caminhará ao meu lado nas minhas futuras lutas e conquistas.

À minha eterna orientadora, Naira Sampaio, pelo apoio, presteza e dedicação na transmissão de seus conhecimentos que tanto contribuiu para eu amar ainda mais esta profissão devido ao seu profissionalismo e sua postura ética.

À Sara Kislanov pela confiança, pelo exemplo e pelas contribuições significativas para a prática profissional nas supervisões ministradas.

À equipe do Hospital Geral que estagiei pelo convívio e trocas de experiências.

Às amigas de classe pela alegria e descontração na troca de informações e experiências durante esses dezoito meses de companheirismo.

Às amigas Marcia Almeida e Suzane Camara pelo suporte emocional e por fazerem parte da minha vida de uma forma muito especial.

A todos os professores pela dedicação, incentivo e entusiasmo demonstrado ao longo desta especialização.

À Maria Elizabeth Ribeiro dos Santos, minha orientadora, pelas contribuições para este trabalho.

A todos os pacientes e familiares que atendi, por dividirem comigo seu sofrimento e me ensinarem a ser melhor como pessoa e profissional.

**Resumo:** Neste trabalho, objetivamos abordar a intervenção psicológica na emergência de um hospital geral, na qual vivenciamos situações críticas típicas deste setor, que é permeado pela dor, sofrimento e risco iminente de morte, além de questões tais como: sociais; de saúde mental; do ambiente físico precário; e relativas às interrupções diversas durante a intervenção psicológica entre tantas outras. Buscamos questionar as intervenções psicológicas nessa área hospitalar, tendo por referência o acolhimento proposto pelo SUS.

**Palavras-chave:** Emergência. Hospital Geral. Intervenção Psicológica.

**Abstract:** In this work we aim to approach the psychological intervention in the emergence of a general hospital in which we experience critical situations typical of this sector, which is permeated by pain, suffering and imminent death, in addition to issues such as: social, mental health, precarious physical environment, several interruptions during psychological interventions in emergency among many others. We seek to question the psychological interventions in this emergency room, mainly taking into consideration the reception proposal offered by SUS.

**Keywords:** Emergency. General Hospital. Psychological Intervention.

## INTRODUÇÃO

Nosso objetivo, ao iniciar esta pós-graduação em Psicologia da Saúde, foi o de nos capacitar para atuar em hospitais, uma vez que na graduação não tivemos esta experiência e, sendo assim, não tínhamos noção de como era atuar neste ambiente em que se acolhe o paciente em um momento de dor extrema e, em se tratando de lugar público, de condições de atendimento precárias, principalmente as físicas.

Nesse contexto, eis que chegamos a um hospital público da zona oeste do Rio de Janeiro para realizar o estágio profissional. O setor que há muito nos fascinava era a emergência. Então, solicitamos à coordenadora para nos alocar nesta área e nosso pedido foi atendido. As duas primeiras semanas foram de conhecimento do hospital como um todo e depois fomos para o “nosso” setor.

Existia na emergência deste hospital um profissional *staff*, o qual, estava afastado por motivos de saúde e um estagiário em vias de término do seu estágio. Então, uma forma de tentarmos nos “agarrar” em algo que pudesse nos servir de guia foi a de trocarmos o dia de serviço inicialmente previsto, para que pudéssemos observar a rotina de trabalho do colega estagiário.

A carga horária era de doze horas semanais divididos em dois dias na semana. A emergência deste hospital é composta por cinco setores:

1. a **reanimação**, onde os pacientes chegam em estado grave, com ou sem risco de morte e necessitando de uma intervenção imediata; é um setor que tem capacidade para quatro leitos, porém, acomoda mais do triplo de sua capacidade.
2. a **hipodermia**, setor em que os pacientes, depois de serem atendidos, recebem a medicação ou permanecem em observação para serem liberados. É um lugar onde existem dois bancos, contendo seis cadeiras de plástico, nas quais as pessoas sentam para receberem sua medicação. Os pacientes, que estão um pouco mais debilitados, ficam acomodados em duas poltronas reclináveis.

3. A **observação masculina e feminina**, ala em que os pacientes ficam internados aguardando vaga em suas respectivas clínicas, ou a liberação no caso de melhora em seu quadro clínico, é um lugar com capacidade para sete leitos masculinos e sete femininos. No entanto, este setor abriga mais do triplo de sua capacidade, tanto na ala masculina quanto na feminina, sem contar os pacientes que ficam “acomodados” no corredor de frente para a saída deste setor.

4. A **UPG (Unidade de Pacientes Graves)**, onde os pacientes graves ficam internados. Este setor é uma espécie de CTI, que acomoda treze leitos.

5. A **LRE (Leito de Retaguarda da Emergência)**, onde os pacientes sem risco de vida iminente ficam internados, aguardando vagas em suas clínicas específicas ou mesmo procedimentos cirúrgicos; a LRE acomoda treze leitos.

Chegou o momento de arregaçarmos as mangas e, diante deste quadro, que mais parecia a visão do “Inferno de Dante”, nos sentimos como uma agulha no palheiro. O que fazer? Quem atender? Como abordar o paciente? Vamos primeiro até o paciente ou buscamos a demanda através da equipe? Diante desse, e de muitos outros questionamentos, o sentimento que brotou foi o de frustração, de incapacidade e de insegurança. Sentimentos esses que, na medida do possível, foram superados com a vontade de aprender e contribuir com algo para aquelas pessoas, que, na maioria das vezes, não tiveram alguém que as escutasse com atenção e respeito.

Em consonância com as questões levantadas acima, organizamos o presente trabalho da seguinte forma: no primeiro capítulo, abordamos a questão do acolhimento no Sistema Único de Saúde – SUS, trazendo a proposição do Humaniza SUS e correlacionando-a ao que foi observado na prática.

No segundo capítulo, apresentamos os fatos que marcaram nossa experiência na emergência do hospital geral onde estagiamos, e que nos permitiram ter não só uma visão mais ampliada da prática psicológica fora do *setting* analítico clássico, mas também uma experiência de vida.



No terceiro capítulo, abordamos a questão da intervenção psicológica na emergência de um hospital geral. Esse capítulo não tem o objetivo de servir de guia prático de como atender, mas sim o de contribuir para a prática psicológica a partir de uma vivência específica em um setor de emergência hospitalar, em que o profissional não faz idéia de como iniciará o seu dia de trabalho e muito menos como este findará, pois é um ambiente que foge totalmente da rotina, mas que apresenta problemáticas específicas a serem trabalhadas.

Em face de todas as questões trazidas, pretendemos pensar o lugar do psicólogo no setor de emergência de um hospital a partir de um referencial teórico, correlacionando-as à nossa experiência na prática hospitalar, no qual atuamos como estagiária profissional. Portanto, intentamos acima de tudo contribuir para colegas que, assim como nós, se sentiram como uma agulha no palheiro ao adentrarem profissionalmente em uma emergência hospitalar.

## 2

### O Psicólogo no Sistema Único de Saúde

#### 2.1

##### O Acolhimento no SUS

Antes de abordarmos a questão do acolhimento no SUS, para que possamos articular bem o sentido desta palavra, se faz necessário o auxílio do dicionário, onde FERREIRA (2008) informa que acolhimento significa receber: atenção; consideração; abrigo. Assim sendo, veremos se estes significados estão em sintonia com o Humaniza SUS.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, o Humaniza SUS foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, a partir de uma tentativa de amenizar uma série de acontecimentos nos serviços de saúde em benefício do usuário. A Cartilha da PNH (2006) aponta as principais causas que promoveram a criação deste projeto, tais como: “filas “madrugadoras” na porta, disputando sem critério algum, exceto a hora de chegada, algumas vagas na manhã; privilégio da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos sob sua responsabilidade. Muitas vezes, oferecimento de serviços totalmente incongruentes com a demanda, acreditando que o seu objeto de trabalho é esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento; atendimento de pessoas com sérios problemas de saúde sem, por exemplo, acolhê-las durante um momento de agravação do problema, rompendo o vínculo que é alicerce constitutivo dos processos de produção de saúde; profissionais atarefados e exaustos com o acúmulo de atividades, sem a preocupação de melhor qualificar-se”, entre vários outros problemas, tão sérios quanto esses apresentados.

Este lamentoso quadro levou o projeto Humaniza SUS a trabalhar com os seguintes objetivos fundamentais: redução de filas e do tempo de espera, com ampliação de acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com

responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; e gestão participativa nos serviços.

Diante disso, para que a proposta desse projeto flua com êxito em seus objetivos, é preciso levar em consideração as políticas locais, a cultura e crenças, mas, principalmente, é preciso que a equipe como um todo se acolha, compartilhem seus saberes e suas dificuldades enquanto seres humanos. Portanto, o Humaniza SUS propõe uma mudança nos serviços de saúde e, também, na postura e ética profissional de todos os membros destes.

Debruçando-nos sobre a área específica deste trabalho, que é a psicologia no setor de emergência, perguntamos: e a psicologia, o que ela vivencia no SUS e o que vê de ação deste projeto tão reformador em sua teoria?

Infelizmente, ao adentrarmos nos serviços públicos de saúde, o que mais vemos é a desumanização, embora os recursos tecnológicos estejam cada vez mais avançados e, diga-se de passagem, uns até tão avançados que os profissionais não têm conhecimentos específicos para manuseá-los; o que vemos é a desumanização dos profissionais de saúde para com os pacientes e, também, para com os próprios colegas de trabalho. Sabemos que existem vários fatores que contribuem para isso e que iremos comentar a seguir, mas ainda assim, será que tais fatores justificam tal postura por parte do profissional de saúde?

Geralmente, é comum os profissionais de saúde, que trabalham em setores onde a dor, o sofrimento e o risco de vida são iminentes, como na emergência, revestirem-se de uma couraça, provavelmente na tentativa de que estes fatores não os atinjam. Só que esta postura, freqüentemente, contribui para sua desumanização, pois o profissional tratará o paciente como sendo um fulano do leito tal, ou portador de tal patologia, criando assim um distanciamento entre ambos.

A proteção do profissional, para que esse não se envolva emocionalmente com os problemas do paciente é admissível e saudável para que o trabalho possa ser realizado, mas será que esta defesa não está sendo intensa demais? Existem pequenos gestos que mudariam

completamente esta recepção fria por parte do profissional como demonstra ALVES (2010):

“O simples ato de estender as mãos, cumprimentar o paciente, recomendar que se assente e identificá-lo nominalmente já traz consigo uma melhor acolhida, quebrando muitas vezes o “gelo” e o anseio de ser mal atendido” (p. 473)

Sabemos, ainda, que existem outros fatores que também contribuem para esse atendimento não adequado como, por exemplo, os salários baixos que resultam em jornadas duplas de trabalho desses profissionais com a intenção de melhorar seus honorários; a falta de material para os procedimentos; profissionais inexperientes e assim por diante. No entanto, é possível sermos “humanos” diante deste caos. ALVES (2010) afirma que:

“Não basta a constatação da existência da falta de material e de maus profissionais; é fundamental o investimento na formação humanística, onde a técnica e a ética se unam para o bem-estar social” (p. 473)

Talvez a empatia seja atitude principal para que a humanização se faça presente e ativa em algumas instituições de saúde. Cabe frisar que empatia é a capacidade que o ser humano tem de se colocar no lugar do outro e perceber os sentimentos presentes diante daquele sofrimento como se fosse o outro. Infelizmente, a capacidade de ser empático não se aprende em universidades, em seminários, projetos ou capacitações, pois quando esta não está latente na essência de nossa personalidade, é na vida que a aprendemos, mesmo assim, só quando estamos abertos para esta aprendizagem.

Portanto, o sucesso do projeto Humaniza SUS depende quase exclusivamente dos profissionais de saúde como comenta ANGERAMI (2002):

Tudo na verdade não passa de mera e vã digressão filosófica, pois se estamos falando tanto em humanização significa dizer minimamente que desumanizamos nossas

práticas ao longo desses anos; contudo, não temos a humildade de assumir que o primeiro movimento de humanização deveria partir de nós mesmos, pois nada mais fazemos, infelizmente, do que desumanizar nossas práticas pelo simples distanciamento que fazemos em nossas práticas da pessoa do paciente. (p. 55)

Essa humanização e empatia são necessárias que se façam vivas também entre os próprios profissionais de saúde, uma vez que esses também tem seus problemas particulares, suas dores e sofrimentos e, nestes momentos frágeis, é preciso que a equipe esteja em harmonia para acolher este indivíduo, que, antes de ser profissional, é um ser humano que precisa do outro.

O paciente e seus familiares buscam o equilíbrio para a sua problemática e os responsáveis no auxílio dessa estabilidade emocional são da equipe de saúde, a qual compromete-se a tratar, acolher, orientar, informar, enfim, “doar” um pouco do seu emocional para o paciente e seus familiares. Todavia, se emocionalmente este profissional estiver desestabilizado, como vai doar algo do qual está carente?

Pelo viés da psicologia a empatia é a atitude necessária para que se estabeleça o vínculo terapêutico. Há quem diga que a empatia é uma questão filosófica ou mesma utópica. No entanto, em relação a aqueles que pensam assim, consideramos que ainda não aprenderam esta lição da vida.

Então, voltando para a nossa dúvida inicial, ou seja, se o significado da palavra humanizar, segundo o dicionário, está em sintonia com o programa Humaniza SUS, podemos verificar que esta sintonia ainda depende dos profissionais de saúde, ainda está “capenga”, contudo é bom ressaltar que ela se faz presente entre alguns profissionais. Logo, como essa é condição necessária que a psicologia acredite no Ser Humano, gostaríamos de acreditar que esta prática se torne natural entre os profissionais em um futuro breve.

Articulando a prática do psicólogo com o projeto Humaniza SUS, podemos dizer que este é o objetivo dos psicólogos, ou seja, concretizamos o Humana SUS à medida que proporcionamos ao paciente o sentimento de que está sendo compreendido, acolhido,

amparado, aceito e assistido como um todo, permitindo que esse entenda sua doença tanto no aspecto fisiológico como nas implicações emocionais, conscientizando-se do que é real, e, portanto, sendo capaz de distingui-lo das fantasias.

## 2.2

### A EXPERIÊNCIA PSI NO SETOR DE EMERGÊNCIA

Ao iniciar as atividades na emergência, um misto de sentimentos brotou em nosso ser. No entanto, o sentimento mais presente e que abarca a todos, ou seja, a equipe e os pacientes, é o sentimento de abandono, de impotência. Sentimentos esses para os quais encontramos fundamento na teoria de Winnicott, quando ele fala sobre *holding*, sobre colapso e ambiente favorável. Ou seja, se a pessoa frente a um ambiente “ameaçador” não encontra uma boa sustentação, o sentimento de fracasso aflora. Porém, o profissional pode se tornar um forte aliado para a reversão deste quadro, fazendo do sentimento de fracasso, de abandono uma ferramenta ativa para a realização de um bom trabalho profissional. Winnicott (1961) discursa sobre esta temática relatando o seguinte:

O colapso acha-se associado a um fator ambiental que, na época, não pôde ser trazido para a área da onipotência do bebê, tal como me exprimi. O bebê não conhece qualquer fator externo, bom ou mau, e sofre uma ameaça de aniquilamento. Num tratamento bem-sucedido, o paciente se torna capaz de pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experienciá-lo dentro da área da onipotência pessoal, e, dessa maneira, com um ferimento narcísico menor. É assim que, como analistas, repetidamente nos tornamos envolvidos no papel do fracasso e não nos é fácil aceitar este papel, a menos que vejamos o seu valor positivo. (p. 60)

Nossa rotina era verificar todos os prontuários de todos os setores da emergência, que eram a UPG (Unidade de Pacientes Graves), observação masculina e feminina, hipodermia, reanimação e LRE (Leito

de Retaguarda da Emergência). A verificação destes prontuários era para averiguar se havia algum pedido de atendimento ou mesmo uma possível demanda de acordo com o motivo da internação. Esse critério de atendimento era muito penoso para nós, pois, na nossa opinião, todos deveriam ser abordados pela psicologia, nem que fosse para que ela se fizesse presente a fim de que os pacientes soubessem que poderiam recorrer a este serviço, caso sentissem necessidade. A orientação era que abordássemos todos os casos de suicídio e pessoas portadoras do vírus HIV+, que, segundo a coordenação, eram as pessoas mais necessitadas. Porém sempre nos foi uma questão saber o que faz uma pessoa necessitar mais de um atendimento psi em um hospital geral? Será realmente a sua doença? E aquelas pessoas que sofreram um mal estar do ponto de vista físico, mas que estão extremamente graves psiquicamente?

Outra forma de atuação era questionar a equipe sobre algum paciente que eles consideravam necessitar de atendimento psicológico. Muitas vezes, as respostas que obtivemos estavam voltadas para a necessidade de atendimento da própria equipe e, então, mais uma vez brotava o sentimento de impotência, até porque realmente eles deveriam ter este suporte, mas esse, infelizmente, não nos cabia. Rossi (2008) também sentiu “na pele” esta necessidade de atendimento à equipe e afirmou:

Como psicóloga do Pronto-Socorro e das UTIs, ao questionar médicos e enfermeiros sobre pacientes com necessidade de atendimento psicológico, frequentemente a primeira resposta é “você tinha que atender a gente!” ou “posso fazer um pedido de consulta pra mim?”. Mesmo ditas em tom de brincadeira, essas frases alertam para a dificuldade de atuar nesse contexto e revelam a existência de um sofrimento. (p. 17)

A nossa prática neste hospital nos levou a buscarmos teoricamente algo que nos desse subsídios para compreender melhor a dinâmica da emergência, ou seja, quem chega ali, as demandas mais freqüentes, enfim, o que tem se falado sobre a psicologia na emergência. Assim, como a psicóloga Rossi (2008), nos deparamos com a escassez de referências bibliográficas brasileiras específicas para este setor.

A idéia de que a emergência ou pronto socorro é o setor onde se apresentam pessoas com ou sem risco de morte, e que necessitam de uma pronta intervenção médica, pode ser acrescida da idéia de que esse é um setor onde se recebe pessoas com uma gama de questões sociais e que acreditam que serão atendidos de alguma forma no hospital como comenta a psicóloga Romano (1999):

Por um lado, geralmente alegando que a doença gera desorganização familiar, a família procura transferir para a Instituição as responsabilidades não só de cuidar, mas também de solucionar a discussão (como a procura por casas de repouso, asilos, etc.). Torna-se uma obrigação dos profissionais a resolução do problema. (p. 53)

Isso nos faz lembrar dois casos que presenciamos no hospital: um senhor procurou a emergência, dizendo que a filha havia morrido em um outro hospital e que, inclusive, estava com o papel deste hospital dizendo que sua filha tinha falecido e precisava enterrá-la. Mas estava sem dinheiro para passagem para resolver as questões do velório, perguntando se não tinha como a equipe arrumar o dinheiro para sua passagem. A coordenadora da Saúde Mental responsável pela porta de entrada do hospital informou que não tinha como o hospital fornecer dinheiro e, então, pediu para ver o documento que atestava o óbito de sua filha, no qual constava a data de 21 de janeiro de 2001. O senhor, vendo que não iria conseguir o dinheiro que almejava, abaixou sua cabeça e saiu sem sequer despedir-se. Esse caso, especificamente, deixou a equipe da porta de entrada muito indignada pelo fato deste senhor usar a morte de sua filha para conseguir dinheiro.

O outro caso é um paciente psiquiátrico que já está no hospital há quase dois anos. Ele é um caso social, porque a família não foi encontrada e nenhum abrigo aceita este paciente alegando que o mesmo está em surto. Nestes dois casos mencionados, embora a psicologia estivesse presente na tentativa de resolução, não podemos deixar de destacar que se tratam de questões voltadas para o Serviço de Assistência Social e de Saúde Mental, pois, embora possamos fazer trabalhos em conjunto, existem práticas específicas de cada função que,



inclusive, serão melhor direcionadas se conduzidas pelo profissional específico da área.

Neste hospital, os casos mais solicitados para atendimento são os casos de suicídio, paciente psiquiátrico e paciente “problemático”, ou seja, paciente que incomoda a equipe. Sendo a emergência um setor onde a intervenção necessita ser focal, o psicólogo precisa ser perspicaz para que ele consiga sensibilizar o paciente, minimizando sua dor e fazendo com que este se enxergue como sujeito, e busque o seu equilíbrio biopsicossocial, como afirma a psicóloga Romano (1999):

Para estes pacientes, o psicólogo da Unidade de Emergência precisa de habilidades que envolvam rapidez de raciocínio, perícia em ações e contar com o apoio de recursos da comunidade para encaminhamentos não só pertinentes e com eficiência real, mas que também estejam disponíveis para acolher prontamente esse paciente. Sem prescindir da qualidade técnica, deve buscar ativamente que o paciente se expresse, externando fantasias e sentimentos. Manifestar-se, emergir como sujeito, conduz a uma atitude ativa, participante e não só receptiva, passiva de cuidados. (p. 55-56)

A afirmação acima vale para todos os casos, mas, principalmente, nos casos de suicídio, os quais, nesse hospital, são encaminhados para o serviço de psiquiatria e psicologia mais próximos da residência do paciente, após a alta. Então, precisamos de uma intervenção ativa junto ao sujeito para que ele vá em busca deste apoio. O indivíduo problemático, na maioria das vezes, aborrece-se com a falta de informação sobre o seu caso, irritado com um possível tratamento desumano por parte da equipe e ainda com a própria hospitalização. Já no caso dos pacientes psiquiátricos, a nossa experiência neste hospital nos mostrou que a equipe como um todo está despreparada para esta demanda e para isso pedem logo o “socorro” da psicologia.

Um estudo realizado pelo enfermeiro Campos e sua orientadora, Teixeira (1996), apontou para este despreparo por parte da equipe de enfermagem no Pronto-Socorro Geral e a importância de se repensar a formação profissional no que tange a enfermagem psiquiátrica. No que tange à Psicologia, acreditamos que o psicólogo terá o seu método e a

sua forma de lidar com cada caso. No entanto, ele terá que se adequar à dinâmica daquela Instituição, a qual interferirá no desempenho e mesmo no desfecho do caso como destaca a psicóloga hospitalar Chiattonne (2000).

Voltando um pouco mais para a questão do paciente suicida, caso esse de grande frequência neste hospital, o tema nos fez refletir sobre a grande importância do trabalho psicológico a ser feito com esse indivíduo nos poucos instantes em que estamos com ele na emergência. As causas mais frequentes presenciadas neste hospital foram intoxicação exógena. Uma das maiores preocupações do psicólogo é o risco de nova tentativa de suicídio, uma vez que o atendimento realiza-se pelo insucesso nesse tentame suicida.

Observamos uma forte presença de sentimento de culpa, fracasso, revolta, abandono, compaixão por si mesmo, elementos que podem ser alterados pelo fortalecimento dos vínculos vitais para enfrentamento da situação se bem trabalhados pelo psicólogo. Percebemos, também, a importância da verbalização da palavra suicídio para o paciente, com intuito do mesmo sentir o peso que esse vocábulo carrega para a reflexão sobre seu ato.

Nesse hospital presenciemos dois casos que nos marcaram muito. Um foi um jovem de 26 anos de idade, que já estava em sua terceira tentativa de suicídio. Na primeira, se jogou da laje de sua casa e quebrou as duas pernas. Na segunda, o paciente se esfaqueou e na terceira tomou veneno para matar ratos. Este paciente possuía uma rede familiar muito presente. Ao ser questionado sobre o que o motivou a tentar o suicídio, mencionou que sentia um vazio muito grande dentro de si e que não conseguia subir na vida.

O outro paciente era um jovem de 31 anos, dependente químico, com família de grande poder aquisitivo. A família já o internara em clínicas especializadas por várias vezes, mas o mesmo evadia-se da clínica. A família relatou que sabia de sua dependência química, e que com o passar do tempo seu quadro tinha se agravado, pois não quis mais trabalhar e vendia tudo que tinha para adquirir a droga. Este paciente estava bastante agitado e chorava copiosamente. Quando questionado

sobre o motivo que o levava a tentativa de suicídio, o mesmo informou que seria um descanso para os pais, já que seu caso não tinha solução.

Estes dois casos nos marcaram porque se tratavam de dois jovens de classes financeiras diferentes, amparados pela família, que, na incapacidade de encontrar meios para superar as suas dores, viram na morte a solução para a dor insuportável que os assolavam.

O suicídio é, sem sombra de dúvida, uma questão muito intrigante para o psicólogo. É uma questão que envolve a equipe médica, a família e toda uma rede que procuramos colocar à disposição do indivíduo que ainda anseia por viver. Alguns médicos, entretanto, se revoltam ao atender o paciente suicida, por considerarem que estão ali para atender doentes que lutam por suas vidas e não para aqueles que tentam extingui-las, sem se darem conta que os suicidas são pacientes que querem se livrar do sofrimento, não da vida, mas consideram que acabando com a vida acabam com o sofrimento. Podemos observar que há uma ambivalência nesses pacientes, pois ao mesmo tempo que buscam a morte como solução para suas questões, esses pacientes estão gritando por socorro. Considero que estes dois pacientes depositaram em nós um sentimento de responsabilidade enorme em relação àquelas vidas e o desejo de fazer algo, para que eles pudessem sentir o valor de suas existências tanto para eles quanto para quem os cercavam.

O psicólogo no hospital, e principalmente na emergência, desenvolve o papel de terapeuta e também de educador ou transmissor de informações. Lima (1994) *apud* Romano (1999) afirma que existem três níveis essenciais para atuação em hospitais: o psicopedagógico, o psicoprofilático e o psicoterapêutico, dando ênfase ao primeiro no valor que a informação tem para o paciente e sua família, aliviando assim o estresse e a ansiedade vividos por ambos. A autora afirma ainda que:

Contudo, a ignorância sobre a verdadeira condição é que alimenta a fantasia dos doentes mobilizando sentimentos irracionais, e até desproporcionais, de medo. O conhecer os dissipa (se não, atenua), reforçando sentimentos de cooperação, confiança e esperança. (p. 32)

Ainda no que se refere à informação ao paciente, o trabalho interdisciplinar ou multiprofissional é de extrema importância, assim como várias outras questões pertinentes ao doente e ao setor. No entanto, na prática, esta interdisciplinaridade tem os seus nós, principalmente no quesito diálogo. Percebemos que alguns profissionais cumprem ordens porque vem de seu superior, geralmente dos médicos, e outros que transferem o problema sem procurarem o diálogo para resolução do mesmo. Segundo o estudo realizado pelas enfermeiras Alves, Ramos e Penna (2005) sobre o trabalho interdisciplinar em uma unidade de emergência, as autoras comentam:

Falar em interdisciplinaridade requer ainda estabelecer relações de diálogo e interação entre os diversos setores responsáveis pelo atendimento em saúde. Os desafios de intersetorialidade estão presentes também na emergência do hospital em estudo e apontam para problemas concretos do trabalho cotidiano. Perpetua-se a falta de integração entre os setores no próprio hospital, como também deste com outras instâncias de atendimento à população, prejudicando a prática interdisciplinar. Nesse sentido, o processo comunicativo é primordial para que a intersetorialidade aconteça na prática. No entanto, “as paredes que separam os setores são paredes de chumbo que devem ser derrubadas pela constituição de um código comunicacional comum. (p. 329)

A emergência de um hospital é um lugar permeado pela dor e é essa a chave mestra para sinalizar que algo está em desarmonia, seja no físico ou no psíquico e, sendo assim, a dor irá mover o sujeito, na maioria das vezes, a buscar o alívio para o seu sintoma.

O sintoma diz algo do sujeito, ou melhor, diz que há algo nesse sujeito que precisa ser revelado, que precisa tornar-se consciente. Foi essa idéia que moveu Freud (1896) a ultrapassar a medicina e verificar junto ao paciente o que estava por detrás do seu sintoma, através da associação livre, focando assim o sujeito e não o seu sintoma unicamente:

A cadeia de associações tem sempre mais do que dois elos; e as cenas traumáticas não formam uma corrente simples, como um fio de pérolas, mas antes se ramificam e se interligam como árvores genealógicas, de modo que,

a cada nova experiência, duas ou mais experiências anteriores entram em operação como lembranças. Em suma, fazer um relato da resolução de um único sintoma equivaleria, de fato, à tarefa de relatar um caso clínico inteiro. (Edição Eletrônica de Freud)

Ao analisarmos a prática médica, vemos que esta se aplica a uma demanda sustentada sobre um sintoma como sinal de uma doença, que deverá ser decodificado pelo seu saber. Ou seja, a partir da queixa do paciente o médico deve buscar o significado de seu sintoma, determinando, então, o tratamento a ser feito. Portanto, é possível notar que a prática médica tem por objetivo principal o bem estar do paciente, buscando a remissão dos sintomas e a cura. A clínica médica trata o sintoma como algo que deve ser interpretado e classificado pelo médico, Assim, o sintoma ou mal-estar corresponde a uma resposta à queixa do paciente e o médico, então, busca a eliminação desse sintoma investigando e atingindo a causa do mesmo. Já do ponto de vista e trabalho da psicologia, na doença que está sendo vivenciada pelo paciente, sem que ele se dê conta, estão contidas as falas do “desconhecido”, ou seja, as falas do inconsciente. Portanto, a forma de seu adoecimento corresponde a uma expressão que as vias do seu corpo podem produzir. Trata-se de um processo subjetivo, no qual precisamos investigar a “realidade” de cada caso e, é nesse momento, que se faz necessário o trabalho de escuta.

A partir deste lugar de escuta, se faz presente o “psicológico” dos corpos, considerando a questão dos movimentos dos afetos, ou investigando a maneira como os corpos adoecidos estão podendo comunicar o que neles de fato adoeceu. A partir do momento em que consideramos que algo de ordem circunstancial pode causar uma interferência no biológico, ou que um corpo debilitado pode originar uma série de questões sobre o que foi e o que é a própria vida do sujeito, é o que sustenta o campo de uma escuta, de um trabalho psicológico.

A função de escuta do psicólogo na emergência de um hospital geral assume por si só um caráter terapêutico, na medida que proporciona certa contenção ao sujeito, evidenciando que o mesmo não

está só em sua dor. A oferta de uma escuta não está voltada, apenas e simplesmente, a escutar o paciente, mas sobretudo em levar o paciente a se escutar. Na medida em que o paciente encontra alguém que o escute, ele fala, verbaliza o seu sentimento e a sua dor, e, no que fala, ele também se escuta. Podendo, assim, surgir o novo, ou seja, pelo viés da fala, o inconsciente ganha passagem, e, no que se escuta esta fala, o paciente pode se deparar com algo, aparentemente novo, que diz dele e isto pode vir a acarretar significativas modificações.

Essas modificações são construídas a partir, também, de um ambiente favorável. Não um ambiente espacial e físico, mas um ambiente psiquicamente favorável, próprio da relação terapêutica estabelecido entre o psicólogo e o paciente. Winnicott (1978) discursa sobre este ambiente:

A necessidade de um meio ambiente bom, que inicialmente é absoluta, se torna rapidamente relativa. A mãe boa comum é suficientemente boa. Se ela é suficientemente boa, o bebê se torna capaz de compensar suas deficiências através da atividade mentais. Isto se aplica não apenas à satisfação das pulsões mas também de todos os tipos mais primitivos de necessidades do ego, incluindo até mesmo a necessidade de um cuidado negativo ou de uma negligência atuante. A atividade mental do bebê transforma o relativo fracasso de adaptação em um sucesso adaptativo. (p. 412)

Embora Winnicott esteja falando da relação mãe-bebê propriamente dita, a relação terapêutica entre o psicólogo e o paciente se estabelece da mesma forma, ou seja, o psicólogo será aquele que auxiliará o paciente a lidar com suas questões ou superá-las, visando a sua saúde emocional e psíquica e, conseqüentemente, sua melhora clínica.

Ainda em se tratando do sintoma, não podemos descartar que este sintoma será a via que nos conduzirá por um caminho cheio de percalços e surpresas, que fará com que o psicólogo auxilie o paciente a percorrer este caminho e, nesta caminhada, encontre um modo harmonioso de viver a sua vida. Na emergência, não teremos tempo hábil para percorrer este caminho com o paciente, mas é o primeiro passo que poderemos dar

junto com ele, fazendo-o reconhecer a importância dessa caminhada para o seu equilíbrio biopsicossocial.

Há uma vasta bibliografia abordando a dimensão psíquica da dor sob o viés da psicanálise. No entanto, ao nosso ver, a afirmação do psicanalista Nasio (2006) é bastante peculiar: a capacidade de viver a dor, e representar conscientemente o local do sofrimento, foi adquirida a partir das primeiras separações traumáticas do nascimento e do desmame. Portanto, a demarcação do tipo de dor que o sujeito apresenta, será esclarecedora para que o psicólogo auxilie o paciente a dar um sentido para esta dor, mesmo que seja temporariamente.

A emergência é um lugar que foge totalmente do *setting* terapêutico clássico. Lá, ao contrário do consultório, vamos até o paciente e fazemos malabarismos para tentar preservar sua privacidade, tentando chegar o mais perto que pudermos e falar em um tom de voz baixo para que este não se exponha totalmente, mas isso nem sempre é possível, pois muitos desses pacientes estão nos corredores do hospital, onde pessoas e macas estão nos interrompendo o tempo todo. Há, ainda, pacientes em que não há como fisicamente se chegar até eles, porque além de sua maca estar colada à outra, na frente dessas existem outras macas, que nos impossibilitam de abordá-lo. É como se fosse, na nossa opinião, um depósito de macas com pacientes, que a equipe fica movendo para lá e para cá, a fim de que os procedimentos sejam feitos. Contudo, todo este sofrimento pode ser minimizado pela intervenção psicológica, e para que esta intervenção seja feita, temos que ser perseverantes e ter muito “jogo de cintura”. Isso, principalmente, com a equipe, para que esta seja sua aliada e não sua inimiga, pois se houver algum desconforto com a equipe, ficará ainda mais difícil de realizarmos nosso trabalho.

Diante de todos esses contratempos, precisamos ser breves e focais em nossas intervenções, fazendo com que o paciente, mesmo diante de seu desamparo, se reconheça como sujeito e se importe com seu estado de saúde. A família, quando presente, também deve ser abordada para que essa fortaleça seu ego a fim de “emprestá-lo” a seu familiar, visando a sua reabilitação. A prática psi na emergência permite

que o paciente e sua família se sintam acolhidos, assim facilitando o tratamento. Com isso, a equipe também é beneficiada, uma vez que a partir do momento em que o psicólogo atenta para questões até então desconhecidas pela equipe, o paciente toma uma outra postura em relação a equipe, como por exemplo a informação. Paciente informado, de uma forma clara, sobre seu estado ficam mais receptivos e menos receosos quanto à equipe.

Atendemos um senhor que tinha pavor da equipe de enfermagem e que queria de toda maneira evadir-se do hospital. Ao ser questionado sobre o que lhe motivara a evadir-se, relatou que não agüentava mais ficar ali tanto tempo e sendo “furado” sem saber o porquê de tantos furos. Então, conversamos com a equipe e solicitamos que explicassem àquele paciente o motivo dos procedimentos. Assim foi feito e o paciente pode entender a importância de seus “furos” e o quanto esses influenciavam na sua permanência no hospital.

ROMANO (1999) apud Rossi et al (2004) vem de encontro à idéia da importância da informação ao paciente afirmando que:

A intervenção do psicólogo pode auxiliar o tratamento médico na medida em que sensibiliza a equipe para aspectos psicossociais que dificultam a comunicação com o paciente, facilita a implicação do paciente em seu tratamento e reabilitação e oferece um acolhimento para a família. (p. 4)

Trabalhar na emergência de um hospital geral é como se estivéssemos indo todo dia para o nosso primeiro dia de trabalho, pois não podemos imaginar o que nos espera e nem o que poderá acontecer. A tensão esteve presente durante toda a nossa jornada de trabalho. Na verdade, notamos que para se trabalhar na emergência, é preciso ter conhecimento, mas também ser humilde, ágil, deixar que a intuição flua e, acima de tudo, ter tolerância em relação às frustrações, face às situações de extrema dor e desespero, quando somente o silêncio e o nosso “ombro” são nossos instrumentos de trabalho.



Em uma ocasião, estávamos na sala da psicologia e veio uma enfermeira desesperada, pedindo que tirássemos uma menina de cima do corpo de seu avô que havia falecido. Na ocasião, nos perguntamos, será que temos o direito de interromper a despedida dessa menina? Fomos até a menina e sua comoção era muito intensa. Ficamos em silêncio e sua mãe, depois de um certo tempo, a retirou de cima de seu avô. Aí pudemos nos fazer presente, respeitando aquele momento doloroso, e oferecendo o nosso auxílio. Quando ela pôde expressar seus sentimentos, explicitou que a sua indignação residia no fato de não entender como uma simples dor no estômago pudesse ter matado o seu avô. Em nossa intervenção, expusemos que a história não era bem assim, pois seu avô estava com infecção generalizada causada por uma bactéria bastante resistente e de grande potencialidade. Em seguida, a orientamos a saber a causa real da morte de seu avô, pois percebemos que havia muitas dúvidas e fantasias. Quando ela soube do verdadeiro motivo que levou seu avô à morte, entendeu a causa da morte, mas ainda assim, se sentiu enganada pela família. O nosso papel, então, foi acolhê-la, ajudá-la a compreender o que realmente causou a morte de seu avô, já que este era o motivo de sua indignação e desespero e tentar fazer com que ela visse por um outro prisma o motivo pelo qual sua família não expôs toda a verdade sobre o quadro clínico de seu avô.

Em uma outra oportunidade, a psicologia também foi chamada, pelo médico, para atender um caso de DNV (distúrbio neuro vegetativo), mais conhecido como crise “pitiática”, e, lá fomos nós. Chegando lá, nos deparamos com uma senhora, a qual não apresentou nenhuma resistência à abordagem da psicologia e relatou fatos pessoais que estavam afetando sua saúde física. Era uma senhora com várias questões familiares e afetivas que a impediam de dormir tranquilamente, se alimentar e assim por diante. Pensamos que tanto o corpo como a mente daquela senhora estavam pedindo socorro, o qual foi interpretado como DNV. Foi esta uma interpretação justa?

Presenciamos uma outra situação, a qual nos deixou extremamente aborrecidas. Havia um paciente dependente químico em abstinência alcoólica, o qual se encontrava contido no leito e apresentava

delírios e alucinações. Em um desses momentos, quando o paciente estava bastante agitado, gritando para largarem o seu copo, a equipe caiu na gargalhada e começou a zombar do paciente. Em pouco tempo, toda a emergência (equipe e pacientes) estavam em gargalhadas, mais parecendo ser um circo. Nesse caso, nada pudemos fazer, a não ser nos retirar daquele lugar, diante de tamanho desrespeito para com aquele paciente. Coppe e Miranda (2002) comentam:

O paciente psiquiátrico que já é bastante estigmatizado, particularmente o alcoólico e a histeria, costuma ser o “calo” da equipe da Unidade de Urgência, que não está preparada para lidar com os psiquiátricos que são considerados “fregueses do Pronto-Socorro”, uma vez que chegam com falta de asseio pessoal e deterioração social, provocando na equipe sentimentos de hostilidade e uma impotência muito grande, pois retornam com frequência. (...) “Os pacientes em conversão histérica, os ditos “pitiáticos” são encaminhados para a Psicologia após alguma medicação e já com liberação do atendimento médico. “Isso aí é caso para a doutora ali”, disse uma médica apontando para a pós-graduanda. Neste tipo de situação, é muito difícil ficar na linha de frente no OS sem o apoio de uma equipe interdisciplinar. (p. 71)

Ainda em se tratando de tolerância à frustração, na maioria das vezes atendemos um paciente uma única vez e não temos retorno sobre sua evolução; contudo, esse é o objetivo do atendimento psicológico na emergência, ou seja, fornecer subsídios para que aquele sujeito busque refrigério para seus desconfortos. Coppe e Miranda (2002) resumem muito bem a proposta do atendimento psicológico em uma emergência destacando que:

Mas como a nossa proposta de atendimento não é de psicoterapia, focamos o atendimento na causa que precipitou o atendimento e que geralmente é o motivo de estresse do paciente. Dentro do atendimento psicológico nos limitamos à catarse emocional do cliente/familiar, que é uma forma de descarga. Numa situação de crise, ele precisa primeiro desta descarga para depois se organizar frente ao ocorrido. O mesmo acontece com a família diante de uma perda. (p. 78-79)

Voltando para a formação psi, acreditamos que se as universidades investissem mais na área hospitalar, não haveria tantos psicólogos se sentindo como se fossem uma agulha no palheiro assim como nós nos sentimos. Embora esteja acontecendo uma mudança na grade curricular, ainda há muito em que se investir. A realidade mostra que existem muitos profissionais recém-formados que vão trabalhar na área da saúde, sem sequer ter tido uma experiência anterior na formação. Dimenstey e Macedo (2007) destacam algumas propostas apresentadas pela Oficina Nacional da Associação Brasileira de Ensino em Psicologia - ABEP (2006), promovida pela ABEP/MS e Organização Panamericana de Saude (OPAS):

1. É preciso garantir uma formação para a Saúde Pública de forma transversal articulando política, teoria e prática. Isso implica em inserir conteúdos referentes aos princípios e diretrizes do SUS, da política nacional de humanização, da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial.
2. É necessário oferecer mais possibilidades de estágios em instituições públicas de saúde, abrindo espaço para a modulação de novas formas de atuação que superem o modelo clínico tradicional dominante no campo.
3. Os psicólogos precisam considerar especificidades regionais/territorialidade quando da organização de serviços de saúde, dialogando com diferentes áreas do conhecimento e com o saber popular.
4. Estimular a prática da pesquisa no campo das políticas públicas de saúde que fundamentem a mudança nas práticas desenvolvidas e novas formas de trabalho ancoradas nos princípios e diretrizes do SUS.
5. Estimular a produção de conhecimento como uma das práticas fundamentais na formação do psicólogo. (p. 213-214)

Chiattonne (2006) também destaca as conseqüências de uma má formação ao dizer que:

Sem formação, o psicólogo recai na esterilidade, não consegue trocar, não reconhece um caminho, empresta modelos não adequados, aumenta as lacunas e as diversidades, fecha oportunidades verdadeiras em diferentes instituições, torna-se seu próprio algoz. E, pior, sequer apercebe-se que o significar, em sua conotação mais ampla no contexto hospitalar, assume a conotação de apreender o verdadeiro sentido do adoecer humano. Sem

essa significação, com certeza, o psicólogo torna-se “o ajudante”, “o aprendiz do médico”, “o aplicador de testes no hospital”, “o delirante que só destrói e nunca soma. (p. 157)

Com todas as dificuldades que enfrentamos, a prática nos mostra todos os dias que o suporte psicológico é de fundamental importância no restabelecimento do sujeito e é essa a nossa imensa gratificação e a certeza de que a nossa missão foi cumprida. Portanto, as dificuldades que enfrentamos com a instituição, com a equipe e a demanda não espontânea, pelo que pudemos observar, foram os pontos que nos deram mais motivação em enfrentar esse grande desafio que nos proporcionou satisfação profissional e um sentimento de bem estar por poder auxiliar o próximo em um momento tão delicado de suas vidas, e com isso buscar aprender como se faz intervenção psicológica em um hospital geral.

## **2.3**

### **Intervenção Psi em uma Emergência Hospitalar**

Antes de abordarmos a questão da intervenção, é de fundamental importância entender que o paciente ao adentrar a emergência, é uma pessoa que está doente, ele não é um doente, na sua grande maioria. É uma pessoa que até então vivia o seu cotidiano e, em função de um trauma, se vê arrancado de sua rotina, se submetendo ao processo de hospitalização, vindo daí a sua fragilidade, o seu desamparo e o seu sofrimento psíquico. Diante desse caos psíquico, a presença do psicólogo se faz imprescindível, uma vez que o adoecer traz consigo também o medo da morte tanto para o paciente quanto para sua família.

O conhecimento do que está acontecendo com o paciente, ou melhor, entender um pouco de sua doença é de grande valia para o psicólogo, até para que ele possa distinguir comportamentos que são comuns a determinadas doenças e medicações; contudo, o psicólogo não está ali para classificar as doenças e sim para diagnosticar o que não está

sendo dito, o que não está sendo manifesto, ou seja, o que está por detrás da queixa principal.

Para que esse diagnóstico seja feito na emergência, diferentemente do *setting* terapêutico habitual, o psicólogo necessita ser breve e focal visando atingir os aspectos que vão de encontro à doença, às dificuldades em relação à hospitalização, o adoecimento súbito e, caso seja necessário, sensibilizar o paciente e a família a levar o tratamento psicológico adiante após a alta hospitalar, eis o grande desafio dos psicólogos na emergência.

A família também é abordada e “tratada” pela psicologia, pois assim como o paciente, a hospitalização gera sentimentos de insegurança, medo, agressão, regressão, superproteção, angústia, depressão, raiva, culpa entre tantos outros que o psicólogo auxiliará esta família a encontrar o equilíbrio diante de tais sentimentos e transmitir para o seu ente querido afeto e amparo.

O psicólogo, na maioria das vezes, assume a posição de “tradutor”, pois frente a tanto sofrimento, o paciente e sua família, em alguns casos, não entendem, ou não podem, ou não querem entender o que está sendo dito pelo médico e equipe; portanto, ele irá facilitar esta comunicação e, depois que tudo foi esclarecido, ele irá trabalhar os impactos do que foi entendido. O psicólogo levará também para o médico e equipe aquilo que o paciente não conseguiu falar, assim como fatos que considera importantes para que haja a diminuição do sofrimento e, ainda, as dificuldades de comunicação, ou seja, os mal-entendidos.

Ao contrário do consultório, o *setting* hospitalar exige do psicólogo flexibilidade para lidar com as dificuldades, sem que estas interfiram em seu trabalho, pois haverá interrupções, prioridades médicas e procedimentos médicos, em que, se não houver a flexibilidade por parte do psicólogo, o paciente poderá captar o desconforto o que poderá por em risco o vínculo entre ambos.

Assim como todas as áreas da psicologia, a entrevista clínica é a chave mestra para o início do trabalho, uma vez que esta objetiva avaliar e descrever o que está se passando com o paciente, levando em consideração os aspectos pessoais como um todo, ou seja, indivíduo,

casa, família, trabalho e toda a sua rede social para que o profissional decida qual a melhor conduta a ser tomada. Portanto, se é que é possível fazer um resumo do trabalho psicológico em uma emergência, podemos dizer que o psicólogo visa facilitar o processo de hospitalização tanto para o paciente como para sua família. Quando essa se faz presente, o vínculo com a equipe e o modo como este paciente conduzirá sua doença e a internação, construindo uma relação de confiança, a qual fará toda a diferença na evolução e um possível enfrentamento positivo do caso. Porém, para que isso tudo aconteça, o psicólogo precisa ter um bom referencial teórico, uma rede de amigos profissionais da saúde para troca de experiências e investir sempre em sua profissionalização.

Outra situação que requer muita sensibilidade na intervenção psicológica é a morte. A própria hospitalização coloca o paciente em contato com a situação e condição de limite. Mesmo sendo o hospital um local onde a luta pela vida se faz mais presente, este traz em si o estigma da morte, tendo em vista que ao entrar na instituição o paciente se depara com a possibilidade da morte, ou seja, com sua finitude.

Freud (1915) em “Reflexões para os tempos de guerra e morte” fala da impossibilidade de se imaginar a própria morte, e que mesmo tentando imaginar, vemos que estaremos sempre presentes como espectadores. Portanto, para ele, no inconsciente, cada um de nós está “convencido” de sua imortalidade.

Se analisarmos de maneira corriqueira, é possível notar que vivemos e planejamos nossa vida, excluindo a morte enquanto possibilidade. Tendemos a não incluí-la em nossos projetos, e quando incluimos, agimos como se esta fosse um acontecimento quase impossível de se tornar realidade. Porém, diante de uma hospitalização, a morte não é vista mais de tal forma. Embora incapaz de imaginar a sua própria morte, o paciente se depara com a morte do outro, transformando-a em algo possível de ser pensado.

Ainda em Freud (1915) no hospital, assim como na guerra, “a morte não é mais um acontecimento fortuito” (p. 301), pois em ambos a possibilidade da morte está presente de forma concreta ou mesmo fantasiada. Portanto, antes que a morte se concretize, o psicólogo servirá

de âncora e herdará o lugar do suposto saber, na visão do paciente, o qual “saberá” responder suas dúvidas para que possa encontrar nestas respostas o conforto que almeja para sua dor. Então, em caso onde o paciente esteja consciente de que seu fim está próximo o papel do psicólogo é tentar entender o que aflige o paciente nesse momento, para que junto com o paciente busquem meios de amenizar esta aflição. Seja realizando algo que o paciente não conseguiu realizar quando gozava de sua saúde e que sua realização seja viável e, se não o for, auxiliar esse paciente a entender a situação e tentar fazer com que a culpa e o fracasso não agrave a condição do paciente.

### 3

## Considerações Finais

No início desse trabalho, elaboramos várias questões sobre como proceder ao nos inserir no trabalho da emergência hospitalar. No entanto, quando frente a realidade, elaboramos várias outras questões, ainda mais complexas, como por exemplo: que tipo de intervenção é mais adequada? Qual a fundamentação teórica mais se adapta a tal caso? Como resgatar a subjetividade tão comprometida de tal paciente? Como ver o que está por detrás da doença? Como administrar o tempo e as interrupções? E tantas outras.

Os livros, os compêndios ou qualquer outra obra não trazem respostas fechadas para estes questionamentos; contudo, esta pós em psicologia da saúde, as supervisões técnicas oferecidas e a rede de amigos psis, nos ajudaram e muito em nossas deliberações. Ao mesmo tempo, o dia a dia, a experiência e a intuição nos facilitaram bastante nessa tomada de decisões.

Atuar na emergência deste hospital foi um grande aprendizado não só profissional, mas também de vida, pois lá pudemos experienciar situações que nos conscientizaram da importância do nosso trabalho, da influência que exercemos na vida do outro e, principalmente, como podemos mudar positivamente o percurso de vida uma pessoa e, por outro lado, como somos responsáveis por este percurso de vida a partir do momento que iniciamos uma intervenção psicológica.

Esta experiência nos fez observar que a grande maioria dos hospitais que tem o Serviço de Psicologia, não oferece atendimento psicológico para a emergência, sendo este um setor que necessita tanto de um psicólogo, quanto de outros profissionais das áreas de neurologia, pediatria, ortopedia e outros. Portanto, não se trata de setor A ou B e sim de pessoas que estão em sofrimento e que necessitam de acolhimento.

Ainda há muito o que se descobrir em termos de trabalho psi em um hospital e estimamos que estas linhas escritas a partir de uma dura,



mas prazerosa experiência sirva de estímulo, de auxílio e de possibilidades para outros, com o intuito de que o trabalho do psicólogo seja compreendido e valorizado cada vez mais e que possamos dar um outro sentido ao axioma: “uma agulha no palheiro” para “inúmeras agulhas no palheiro”, sendo estas agulhas a representação imaginária da figura dos psicólogos na instituição hospitalar.

## 4

**Referências Bibliográficas**

ALVES, M.; RAMOS. F. R. S.; PENNA, C. M. M. O Trabalho Interdisciplinar: Aproximações Possíveis na Visão de Enfermeiras de Uma Unidade de Emergência. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 323-331, 2005.

ALVES, J. G. O Método, o Paciente e o Atendimento de Emergência no Brasil. In: Mello Filho et al. (Org.). **Psicossomática Hoje**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ANGERAMI - CAMOM, V. A. Breve Reflexão Sobre a Postura do Profissional de Saúde Diante da Doença e do Doente. In: ANGERAMI - CAMOM, V. A. (Org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as Dimensões de Cuidado em uma Unidade de Emergência Hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem - Reben**, v. 62, n. 3, p. 381-386, 2009.

CAMPOS, C. J. G.; TEIXEIRA, M. B. O Atendimento do Doente Mental em Pronto-Socorro Geral: Sentimentos e Ações dos Membros da Equipe de Enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n. 2, p. 141-149, 2001.

CAMPOS, E. P. Caso Clínico. In: Podkameni et al (Org.). **Winnicott: 100 Anos de um Analista Criativo**. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

CARNEIRO, T. M. Vivenciando o Cuidar e o Curar como Familiar em um Hospital. **Rev Brás Enferm**, v. 61, n. 3, p. 390-394, 2008.

CHIATTONE, A. A. F. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI - CAMOM, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira, 2006.

COPPE, A. A. F.; MIRANDA, E. M. F. O Psicólogo Diante da Urgência no Pronto-Socorro. In: ANGERAMI - CAMOM, V. A. (Org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

DESLANDES, S. F. O atendimento às Vítimas de Violência na Emergência: “Prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Desafios para o Fortalecimento da Psicologia no SUS: A Produção Referente à Formação Profissional. In: Spink (Org.). **A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: Dilemas entre o Relacional e o Técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 3, p. 111-118, 2005.

FILHO, J. M. A Mente e sua Relação com Psicossoma. In: Podkameni et al (Org.). **Winnicott: 100 Anos de um Analista Criativo**. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

FORTES, P. A. C; ZOBOLI, E. L. C. P; SPINETTI, S. R. Critérios Sociais na Seleção de Pacientes em Serviços de Emergência. **Ver Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 451-455, 2001.

FREUD, S. **Projeto para uma Psicologia Científica**. Imago, v. I, 1985. Obras Psicológicas [meio magnético].

FREUD, S. **Reflexões para os Tempos de Guerra e Morte**. Imago, v. XIV, 1985. Obras Psicológicas [meio magnético].

FREUD, S. **A Etiologia da Histeria**. Imago, v. III, 1985. Obras Psicológicas [meio magnético].

LIMA, M. Atuação Psicológica Coletiva: Uma Trajetória Profissional em Unidade Básica de Saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 431-440, 2005.

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. 2ª edição. Brasília, 2006.

NASIO, J. D. **A Dor Física**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

PEDROZO, T. L. O Corpo e o Self: Os Estados Limites. In: Podkameni et al (Org.). **Winnicott: 100 Anos de um Analista Criativo**. Rio de Janeiro: NAU, 1997.

ROMANO, B. W. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSSI, L. Gritos e Sussurros: A Interconsulta Psicológica nas Unidades de Emergências Médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas - FMUSP. Dissertação de Mestrado. **Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo**, 2008.

ROSSI, L; GAVIÃO, A. C. D.; LUCIA, M. C. S.; AWADA, S. B. Psicologia e Emergências Médicas: Uma Aproximação Possível. **Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 2, p. 1-9, 2004.

SANTOS, A. E; PADILHA, K. G. Eventos Adversos com Medicação em Serviços de Emergência: Condutas Profissionais e Sentimentos Vivenciados por Enfermeiros. **Ver Bras. Enferm**, v. 58, n. 4, p. 429-433, 2005.

SCREMIN, S. M.; ÁVILA, R. C.; BRANCO, C. J. Alcance e Limites do Serviço de Psicologia do Hospital de Pronto Socorro de Canoas – Deputado Nelson Marchezan. **Ver. SBPH**, v. 12, n. 1, p. 57-68, 2009.

SEBASTIANI, R. W. Aspectos Emocionais e Psicofisiológicos nas Situações de Emergência no Hospital Geral. In: ANGERAMI - CAMOM, V. A. (Org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A Prática Profissional Psi na Saúde Pública: Configurações Históricas e Desafios Contemporâneos. In: Spink (Org.). **A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M. J.; BERNARDES, J. S.; SANTOS, L.; GAMBA, E. A. C. A Inserção de Psicólogos em Serviços de Saúde Vinculados ao SUS: Subsídios para entender os Dilemas da Prática e os Desafios da Formação Profissional. In: **A Psicologia em Diálogo com o SUS: Prática Profissional e Produção Acadêmica**, Mary Jane Paris Spink (Org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

WINNICOTT, D. W. A Mente e Sua Relação com o Psique-Soma (1949). In: **Textos Selecionados: Da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D. W. Transtorno [disorder] Psicossomático. In: Clare Winnicott et al (Org.). **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. Observações Adicionais Sobre a Teoria do Relacionamento Parento-Filial. In: Clare Winnicott et al (Org.). **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. W. Sobre as Bases para o Self no Corpo. In: Clare Winnicott et al (Org.). **Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.