

O Psicólogo no Hospital Geral

Resumo: A inserção do psicólogo no campo da saúde, mais especificamente no hospital geral, é discutida a partir da reflexão sobre o funcionamento da equipe interdisciplinar, com suas resistências, competitividade e corporativismos; as peculiaridades do atendimento na rede pública, considerando-se o sistema de saúde e a realidade social dos pacientes atendidos; e o modelo de atendimento psicológico priorizado na graduação, que promove uma concepção abstrata e a-histórica do sujeito desvinculada do seu contexto sócio-político e cultural.

Palavras Chave: Psicologia, Hospital Geral, Formação Acadêmica Interdisciplinaridade.

Abstract: This paper discusses the introduction of the Psychologist in health care, specifically in a General Hospital, talking as a starting point some considerations on the workings of an interdisciplinary professional group, its resistances, competitiveness and collectivism; the peculiarities of the Brazilian National Health care and the social reality of its patients; and the standardized model of psychological care adopted in graduate teaching, which leads to an abstract and a-historical conception of the individual disjointed from its social, political and cultural context.

Key-words: Psychology, General Hospital, Graduation, Interdisciplinarity.



Eliane Carnot de Almeida

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva IMS/UERJ. Especialista em Medicina Psicossomática - IMPSIS Especialista em Psicologia Médica UERJ. Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar HGVF.



Segall

“Para que serve o psicólogo? Para que serve a Psicologia?” Partindo dessas perguntas formuladas por Bezerra (1992), propomos um recorte mais específico: **“Para que serve o psicólogo no hospital geral?”** E ainda, se estamos nos referindo a uma instituição médica, local de uma prática hierarquizada a partir do saber e da atuação médica, para onde os sujeitos se dirigem em busca de uma medicação que dê conta dos seus sofrimentos, quer sejam do corpo, quer sejam da alma, **“para que serve então, a Psicologia no hospital geral?”**

A atuação do psicólogo na clínica privada, atendendo a uma clientela de classe social mais favorecida, assim como sua inserção nos ambulatórios e hospitais de saúde mental, mes-

mo que muitas vezes subordinada aos paradigmas da psiquiatria, já é prática estabelecida. Aliás, é para esse tipo de atuação, principalmente, que se volta a formação do psicólogo. A graduação em psicologia enfatiza o modelo psicodinâmico e suas aplicações clínicas na área da saúde mental deixando de lado as temáticas relacionadas à saúde pública e às questões macrosociais.

Os hospitais gerais constituem um novo campo de trabalho para o psicólogo, não só em função da proposta de atenção integral à saúde, como também em função da crise enfrentada pela clínica privada. A abertura de concursos e de possibilidades de atuação do psicólogo nestas instituições, faz com que o

profissional se volte para este campo, muitas vezes sem uma reflexão mais cuidadosa sobre a especificidade desse trabalho.

A formação em Psicologia não inclui o debate sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos. O sujeito psicológico é tomado à margem desses processos, sem uma discussão mais abrangente sobre a saúde, que permita uma apreensão do processo de adoecimento como parte de um contexto mais amplo, complexo e multideterminado, fundamental para o embasamento da prática do psicólogo no hospital geral.

Dessa forma, o profissional se insere numa equipe de saúde, marcada pela hierarquia do saber médico, tentando transpor para sua prática o modelo clínico aprendido na graduação, sem a compreensão da complexidade do campo da saúde no Brasil.

Segundo Spink (1992), a atuação do psicólogo no hospital geral é mais do que um novo campo de trabalho, ela aponta para a necessidade de novas técnicas e para a emergência de um novo campo de saber. O atendimento individual, clínico, priorizado na graduação, é substituído pelas ações integradas com a equipe.

Biomedicina e Subjetividade: Um Diálogo Possível?

Camargo JR (1997) denomina a medicina ocidental contemporânea de “biomedicina”, denominação esta que reflete a vinculação da racionalidade médica com o conhecimento produzido pela Biologia. Segundo o autor, essa racionalidade vincula-se a um imaginário científico correspondente à racionalidade da mecânica clássica, que se fundamenta em três proposições básicas:

- 1 estabelecimento de leis gerais, aplicáveis a todas as situações semelhantes, não se ocupando de casos particulares;
- 1 universo visto como uma grande máquina, subordinada a princípios de causalidade linear, e
- 1 possibilidade de isolamento de partes para análise, entendendo-se que o funcionamento do todo se dá necessariamente pela soma de suas partes.

Assim, a medicina que se constitui a partir desse paradigma, é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças.

Contrapondo-se a essa visão mecanicista, Birman (1991) chama a atenção para o discurso naturalista da medicina que legitima as práticas de medicalização do espaço social, silenciando as dimensões simbólica, ética e política do processo saúde-doença. Segundo o autor, a saúde se inscreve num corpo que é simbólico, marcado pela linguagem, pelos códigos culturais, o que impede sua representação como uma máquina regida por processos bioquímicos e imunológicos.

A introdução das ciências humanas no campo da saúde promove uma relativização do discurso biológico através da crítica à hegemonia do saber médico e à exclusão de outros saberes na discussão sobre a saúde. Também com uma proposta crítica em relação ao discurso biologizante da medicina, a Psicologia Médica, utilizando-se de conceitos da psicanálise como transferência e contratransferência, ressalta a importância da relação médico-paciente, com a proposta de “ensinar” ao médico a perceber o sentido latente dos sintomas do paciente e as influências da relação que se estabelece entre o médico e o paciente no processo terapêutico.

Teria, então, o psicólogo, a função de redirecionar o olhar médico para a individualidade de cada paciente, dos aspectos subjetivos envolvidos no adoecer, humanizando, assim, o atendimento médico?

Mas se assim o for, não estaríamos sobrevalorizando o discurso psicológico, reafirmando a hegemonia de um saber em relação a outro? Como, então, integrar numa equipe, saberes oriundos de racionalidades diversas?

Segundo Silva (1998), no hospital geral o ideal do trabalho solidário em equipe geralmente é substituído por uma organização de trabalho que promove a competição entre as especialidades e o corporativismo, gerando situações de conflito.

Entendemos que trabalhar numa equipe interdisciplinar não significa buscar uma síntese de saberes, ou uma identidade de objeto teóri-

co, mas a possibilidade de diálogo entre disciplinas vizinhas que em muitos momentos possuem temáticas comuns, interfaces, mas que mantêm a especificidade do seu saber. Significa o questionamento da hegemonia do saber médico no sentido de promover a substituição da hierarquia estabelecida, pela interlocução entre os diversos saberes.

Profissionais e Pacientes na Rede Pública: (ainda a pergunta) Um Diálogo Possível?

O atendimento na rede pública demarca ainda outras questões. Silva (1988) chama a atenção para o desgaste sofrido pelos profissionais que pode vir a se expressar através de doenças ou irritação, assim como para a naturalização da rotina de trabalho, muitas vezes alienante e geradora de tensões.

Costa (1989), Boltanski (1989) e outros autores, enfatizam as peculiaridades da clientela atendida nestas unidades. A maioria da população que busca o atendimento na rede pública é constituída por pessoas inseridas num universo sócio-cultural diferente daquele vivido por quem os atende¹. Muitas vezes as explicações fornecidas ao profissional para seus sintomas resultam de adaptações entre o “discurso oficial”, produzido pela equipe de saúde, e sua própria cultura, numa tentativa de dar sentido à experiência vivida. Essas explicações, segundo Almeida (1998), são vistas, freqüentemente pela equipe, como credence ou ignorância, dificultando, ou até mesmo impedindo, a comunicação entre eles.

Reforçando esse desencontro, a utilização que o médico faz de uma linguagem própria cria uma barreira lingüística que impede que o paciente compreenda o que se passa com seu próprio corpo e que se estabeleça uma relação de cooperação entre ambos.

Da mesma forma, a situação estabelecida pela psicoterapia é completamente estranha a esse paciente. Segundo Costa (1989), o paciente nunca, ou raramente foi questionado sobre seu desejo ou sua história, estando acostumado a, “quando doente, procurar um médico; se for mal de amor, um pai de santo ou um amigo; se for pecado, um padre” (Costa, 1989:31), mas nada que se assemelhe ao enquadre psicoterápico.

Essa estranheza sentida pelo paciente frente ao atendimento psicoterápico é reforçada pelo aparato médico que propõe um atendimento objetivo, super-especializado, excluindo do seu campo de atuação tudo que singularize o sujeito. O atendimento a esse corpo visto através de máquinas, mensurado, pesado, radiografado, dispensa cada vez mais o contato humano.

Num CTI, local de maior expressão da racionalidade médica a partir da utilização da mais alta tecnologia e da urgência dos atendimentos, a relação que se estabelece é, principalmente, entre a equipe e os aparelhos que mantêm vivos os pacientes. Segundo Ribeiro (1991), no CTI neonatal, apesar do discurso oficial sobre a necessidade de atenção aos bebês pré-termo, o contato pessoal entre a equipe e o bebê, seja através do olhar, do toque, ou da palavra a ele dirigida, ou entre a equipe e os pais, é reduzido a um mínimo, o que, segundo diversos autores, representa fator de risco para o desenvolvimento desses bebês.

Os bebês pré-termo são vistos como um corpo a ser salvo, um “vir-a-ser” (Ribeiro, 1991) e, portanto, algo que ainda não é. Assim, a equipe se volta para a manutenção da vida do corpo físico, não atentando para outros fatores importantes na constituição desse bebê enquanto sujeito. Nesse sentido, é de especial importância o cuidado com a manutenção do vínculo mãe-bebê, que deve levar em conta não só os aspectos emocionais dos pais como também fatores como as características do CTI, que tendem a minimizar a participação dos pais nos cuidados com o bebê; o contexto político e econômico que promove o caos do sistema público de saúde, fazendo com que, muitas vezes, bebês nascidos em um município sejam atendidos em outro, dificultando, assim, o acesso dos pais; a situação social da família que muitas vezes impede a constância das visitas, entre outros.

Outro exemplo que podemos citar é o atendimento ao paciente no setor cirúrgico, muitas vezes solicitado no sentido de diminuir sua ansiedade favorecendo uma melhor aceitação aos procedimentos médicos. Em nossa prática² tem sido recorrente a afirmação dos cirurgiões de que a criança atendida pela Psicologia antes da cirurgia apresenta uma melhor recuperação do ato cirúrgico.

A maioria da população que busca o atendimento na rede pública é constituída por pessoas inseridas num universo sócio-cultural diferente daquele vivido por quem os atende¹.

1 - Pesquisa sobre o perfil dos médicos no Brasil mostra, entre outras, as seguintes características do médico no Rio de Janeiro: perfil jovem da profissão - 58,4% dos médicos com menos de 45 anos de idade; altos índices de parentesco entre os médicos - 51,5% com parentes diretos também médicos; 68,5% com atividade no setor público; 65% com renda mensal declarada entre 1000 a 4000 dólares. (Machado, 1996)

2 - Atividades de supervisão aos alunos do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar do Hospital Getúlio Vargas Filho.

É certo que esse é um resultado positivo do nosso trabalho, mas para além desse resultado, importa mais sabermos de que forma nosso trabalho pode ser facilitador da elaboração dessa experiência vivida pela criança, das angústias e temores que ela e sua família vivenciam nesse momento. Já não podemos mais entender o exercício profissional do psicólogo atrelado à prática médica, a serviço da docilização do paciente aos procedimentos médicos, nem restrito ao objetivo de ensinar ao médico a reconhecer os aspectos psicológicos envolvidos no adoecer ou na relação médico-paciente.

Conclusão

O psicólogo, ao integrar a equipe de saúde, deve favorecer o funcionamento interdisciplinar, facilitando, quando necessário, a comunicação entre seus membros. Seu traba-

lho com o paciente é bastante específico, atuando de forma situacional, no sentido não só da resolução de conflitos, mas também da promoção de saúde. Portanto, pensar a inserção do psicólogo no hospital geral, especialmente numa instituição pública, não pode dispensar a reflexão sobre a situação do sistema público de saúde, sua organização, as possibilidades de acesso da população aos serviços, as condições em que se dá o trabalho dos profissionais, as características sociais da população atendida, em fim, o conhecimento e a articulação de todos os fatores envolvidos no processo saúde-doença.

Se não estivermos atentos a todas essas questões, como então, responder às perguntas iniciais que nos fizemos? E se não soubermos respondê-las, como esperar o reconhecimento da nossa prática no interior dessas instituições?

Eliane Carnot de Almeida

Rua Cosme Velho, 639/201 Bl.02

Cosme Velho - RJ CEP: 22241-090

e-mail: ecarnot@uol.com.br

Recebido em 23/07/99 Aprovado em 02/10/99

Almeida, E.C. 1998. *Violência Doméstica: Um Desafio para a Formação do Pediatra*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Bezerra, B. 1992. Prefácio. In: Campos, F.C.B. 1992. *Psicologia e Saúde. Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec.

Birman, J., 1991. Physis da Saúde Coletiva. In: *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Relume Dumará, Vol.1, nº1.

Boltansky, L., 1989. *As Classes Sociais e o Corpo*. 3.ed., Rio de Janeiro: Graal.

Camargo JR, K.R., 1997. A Biomedicina. In: *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/EDUERJ. Vol.7 nº 1.

Campos, F.C.B., 1992. *Psicologia e Saúde. Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec.

Costa, J.F., 1989. *Psicanálise e Contexto Cultural. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias*. 2. ed., Rio de Janeiro: Campus.

Machado, M.H. (Coord), 1996. *Perfil dos Médicos no Brasil: Análise Preliminar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, Vol.VI.

Ribeiro, L.M.S.A., 1991. *Prematuro: Quem, É Esse Bebê? As Singularidades de Bebês que Nascem Pré-Termo em Questão*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - IFF/FIOCRUZ.

Silva, C.O., 1998. Trabalho e Subjetividade no Hospital Geral. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. Rio de Janeiro: ano 18, nº2.

Spink, M.J., 1992. Psicologia da Saúde: A Estruturação de um Novo Campo de Saber. In: CAMPOS, F.C.B. (Org.) *Psicologia e Saúde - Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec.

Referências bibliográficas