QUANDO A PSICANÁLISE ENTROU NO CENTRO CIRÚRGICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália Gallo Mendes Ferracioli[1]
Juliana Vendruscolo
Manoel Antônio dos Santos

RESUMO

O psicanalista pode atuar em diversas áreas e setores do hospital. Uma das modalidades de atendimento concerne à preparação psicológica de pacientes que serão submetidos a intervenção cirúrgica eletiva. Este estudo tem por objetivo descrever a inserção de uma psicanalista no centro cirúrgico, por meio do relato do acompanhamento psicológico de um paciente antes, durante e após uma cirurgia para correção de fratura de mandíbula em um hospital do interior do estado de São Paulo. O paciente vivenciara uma situação traumática em cirurgia anterior, por isso considerou-se que a permanência da profissional de psicologia durante todo o procedimento poderia favorecer seu enfrentamento. Atitudes da equipe multiprofissional perante a presença inusitada da psicanalista no centro cirúrgico foram descritas e analisadas. Concluiu-se que a postura inovadora e empreendedora, baseada na ética e comprometimento, pode contribuir para a ampliação do campo de conhecimento e atuação do psicólogo.
Palavras-chave: psicologia da saúde; psicologia hospitalar; centro cirúrgico; cirurgia; psicanálise.

ABSTRACT

WHEN PSYCHOANALYSIS ENTERED THE SURGICAL CENTER: A REPORT OF EXPERIENCE

There are several areas and sectors where the psychoanalyst can work in the hospital. One of the modalities of care concerns the psychological preparation of patients who will undergo elective surgical intervention. This article aims to describe the insertion of a psychoanalyst in surgical center, through a report of the psychological monitoring of a patient before, during and after a surgery for correction of mandible fracture in a hospital in southeastern Brazil. The patient had experienced traumatic situation in a previous surgery, so it has been considered that the permanence of professional throughout the current procedure would be very useful for coping with it. Attitudes of the multiprofessional team to this unusual presence of the psychoanalyst in the surgical center were described and analyzed. It was concluded that the innovative and entrepreneurial stance, based on ethics and commitment, can contribute to the expansion of the psychologist's field of knowledge and performance.
Keywords: health psychology; hospital psychology; surgical center; surgery; psychoanalysis.

RESUMEN

CUANDO EL PSICOANÁLISIS ENTRÓ EN LA SALA DE OPERACIONES: UN RELATO DE EXPERIENCIA

El psicoanalista puede trabajar en diversas áreas y sectores del hospital. Una de las formas de intervención se refiere a la preparación psicológica de los pacientes sometidos a cirugía electiva. Este estudio tiene como objetivo describir la inserción de una psicoanalista en la sala de operaciones a través del relato de la asesoría psicológica prestada a un paciente antes, durante y después de una cirugía para corrección de fractura de mandíbula en un hospital en el estado de Sao Paulo. El paciente había experimentado una situación traumática en una cirugía anterior, por lo que se consideró que la presencia profesional de la psicología durante todo el procedimiento podría favorecer su afrontamiento. Las actitudes del equipo multidisciplinario frente a la inusual presencia de la psicoanalista en la sala quirúrgica fueron descritas y analizadas. Se concluyó que la actitud innovadora y emprendedora, basada en la ética y el compromiso, puede contribuir a la expansión del campo de intervención psicológica.
Palabras clave: psicología de la salud; psicología hospitalaria; centro quirúrgico; cirugía; psicoanálisis.

INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde engloba a Psicologia Hospitalar, abarcando todo e qualquer aspecto psicológico relacionado ao adoecimento físico, independentemente de suas causas (Simonetti, 2004). Além de preocupar-se com as diferentes dimensões e repercussões do adoecer, a Psicologia da Saúde/Hospitalar tem como objetivos promover a qualidade de vida e atuar na prevenção e tratamento de enfermidades, colaborando para que a equipe multiprofissional tenha uma visão mais integral do sujeito (Melo, 2015).

O papel do psicólogo hospitalar é definido de acordo com o espaço no qual o profissional se insere e, apesar de ele não atuar propriamente na doença, pode auxiliar, por meio da escuta, na restauração de um equilíbrio perdido por causa do adoecimento (Melo, 2015). No entanto, de acordo com Pereira (2015), pensar a aproximação da psicanálise ao meio médico não é tarefa fácil, já que o objeto de estudo de ambos os campos do saber são diferenciados e, por vezes, conflitivos. O autor conclui que não há necessidade de os médicos – e dos demais membros da equipe de saúde, em nosso entendimento – apropriarem-se do saber e da lógica psicanalítica, porém não devem ignorar sua existência.

Nesse contexto, são inúmeras e bastante diversas as áreas e setores em que o psicólogo pode atuar no hospital, como Enfermarias, Emergência, Unidades ou Centros de Terapia Intensiva (Neonatal, Pediátrica ou de Adultos), Unidades Coronarianas, de Cuidados Paliativos, Ginecologia e Obstetrícia, entre outras possibilidades de inserção, nas quais o profissional pode oferecer sua contribuição ao paciente, à família e às equipes de saúde envolvidas no cuidado.

Uma das modalidades possíveis de atendimento psicológico hospitalar concerne à preparação psicológica de pacientes que serão submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos, podendo intervir tanto no pré-operatório quanto na recuperação pós-cirúrgica. Essa vertente da prática foi o próprio berço da Psicologia Hospitalar no Brasil, em 1954, quando Matilde Neder foi convidada pelo Dr. Eurico de Toledo Carvalho, então responsável pela Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, a realizar o acompanhamento psicológico dos pacientes submetidos à cirurgia de coluna (Angerami-Camon, Chiattone, & Nicoletti, 2004).

Segundo Costa Junior et al. (2012), esse acompanhamento tem o intuito de reduzir os níveis de ansiedade, melhorar o bem-estar psicológico, aumentar a adesão ao tratamento, favorecer o enfrentamento do procedimento cirúrgico, agilizar o processo de recuperação pós-operatória e humanizar os cuidados cirúrgicos dispensados aos pacientes. A partir de uma revisão de 32 artigos, os autores concluem que os procedimentos preparatórios para a intervenção cirúrgica referidos com maior frequência são: transmissão de informações, incentivo à autonomia, apoio social, atuação em equipe multidisciplinar, relaxamento, mudanças no ambiente físico, uso da música e suporte espiritual. Todos os artigos selecionados no referido estudo de revisão tratavam de paciente em condição pré-cirúrgica, que aguardavam o transporte ao centro cirúrgico ou o início do procedimento. Porém, foi encontrada maior concentração de procedimentos de caráter médico e de enfermagem com tal finalidade de facilitar o enfrentamento da intervenção cirúrgica, em detrimento de cuidados especificamente psicológicos (Costa Junior et al., 2012). Não foram encontrados relatos acerca da atuação do psicólogo efetivamente dentro do centro cirúrgico, presente durante toda a cirurgia até o início da recuperação anestésica.

Silva e Alvim (2009) apontam que os elementos que integram o ambiente em que o cuidado é desenvolvido interferem diretamente na qualidade da assistência, e concluem que o cuidado com o ser humano deve abarcar a necessidade de comunicação e atenção, valorizando as experiências individuais, os valores pessoais, sociais e humanos, bem como os aspectos psicológicos e todo o contexto necessário para o entendimento do sujeito que se encontra em uma condição fragilizada. O fornecimento de um espaço percebido psicologicamente como protegido, mais seguro e confiável, tranquilo, estável e fisicamente confortável leva à melhoria das condições de bem-estar e satisfação do paciente.

Além das condições aversivas advindas de um procedimento cirúrgico, que são inerentes a esse contexto, é preciso considerar que existe também uma situação pouco frequente, denominada despertar intra operatório. De acordo com Nunes, Porto, Miranda, Andrade e Carneiro (2012), o despertar durante a anestesia, com memória intra operatória, ocorre quando o paciente consegue processar informações e emitir respostas a estímulos. Tais autores afirmam que a experiência de consciência varia entre os pacientes cirúrgicos, podendo constituir lembranças (percepção auditiva, tátil, sensação de paralisia e dificuldade de se mover e respirar, sensação de desamparo, pânico, ansiedade, medo crônico do ato médico, insônia e pesadelos recorrentes) e levar ao desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático. Esse quadro requer tratamento psiquiátrico. No presente estudo abordaremos essa condição psicopatológica,

apresentando-a como uma possível complicação que pode acometer alguns pacientes, e analisaremos as contribuições da psicanálise para sua compreensão e tratamento.

Considerando o exposto, este estudo tem por objetivo descrever a inserção de uma psicanalista no centro cirúrgico, por meio do relato do acompanhamento psicológico de um paciente antes, durante e após uma cirurgia para correção de fratura de mandíbula.

Pretende-se, assim, oferecer subsídios para a inserção da psicologia no centro cirúrgico (CC), por meio de relato do acompanhamento psicológico de um paciente antes, durante e após uma cirurgia para correção de fratura de mandíbula, visando a contribuir para a expansão do campo de trabalho do psicólogo hospitalar e para o aperfeiçoamento da assistência integral às demandas psicológicas de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico.

MÉTODO

Este estudo é um relato de experiência clínica no âmbito hospitalar. Foi realizado um acompanhamento psicológico pré, peri e pós-operatório a um paciente submetido à intervenção cirúrgica para correção de fratura de mandíbula. Embora a descrição do contexto familiar escape aos objetivos do presente relato, também foi realizado, paralelamente, o acompanhamento aos familiares do referido paciente, realizado por outra psicóloga do Serviço.

Os atendimentos ao paciente ocorreram no âmbito de um hospital do interior do Estado de São Paulo, pertencente à rede privada, que oferece serviços de atenção secundária e terciária. As intervenções psicológicas, fundamentadas no referencial teórico psicanalítico, ocorreram de acordo com a seguinte frequência: três atendimentos anteriores à realização da cirurgia; acompanhamento de todo o procedimento desde a chegada do paciente ao centro cirúrgico até o início de sua recuperação anestésica; contato telefônico na enfermaria no dia seguinte à cirurgia; dois atendimentos após a cirurgia, preparando para a alta hospitalar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tobias (nome fictício), 64 anos de idade, casado, foi admitido na unidade hospitalar por ter sofrido agressão física, sendo constatada pela equipe médica fratura de mandíbula, com necessidade de tratamento cirúrgico. O Serviço de Psicologia foi acionado pela equipe de enfermagem, após dois dias de internação do paciente em quarto de enfermaria.

No momento da primeira avaliação pela equipe de psicologia, realizada por outra psicóloga da equipe, no período da manhã de uma sexta-feira, o paciente se encontrava bastante receptivo e comunicativo, porém com elevado nível de ansiedade, expressando sofrimento psíquico pela situação traumática que o havia vitimizado. Pouco referiu acerca da agressão sofrida, trazendo conteúdo voltado especialmente ao temor diante da necessidade de realização de cirurgia, devido, principalmente, à anestesia. Relatou uma situação vivenciada havia cerca de 30 anos, quando foi submetido a um procedimento sob anestesia geral, porém sofreu despertar intra

operatório, com todas as características associadas, descritas pela literatura. Tobias referiu tal vivência como o pior acontecimento ocorrido em sua vida, tendo desencadeado, na época, sintomatologia do que atualmente é descrito pela classificação dos transtornos mentais como Transtorno do Estresse Pós-Traumático, com inúmeras consequências negativas para seu equilíbrio psicológico.

Magalhães e Carvalho (2015) afirmam que o trauma psíquico se instala quando o sujeito, de forma singular, não consegue simbolizar a experiência traumática, sendo que nos casos de trauma físico o terror advém das fantasias de morte e do sentimento de impotência diante da ameaça de aniquilamento. Quando essas fantasias não podem ser elaboradas, dada a intensidade com que a experiência emocional é vivenciada, podem advir os sintomas que dão origem a um quadro crônico de desequilíbrio psicológico, com graves prejuízos para o processo adaptativo do paciente.

Após ter sofrido a situação traumática descrita, Tobias passou a evitar tenazmente se submeter a procedimentos que necessitassem o uso de anestesia, mesmo em tratamentos odontológicos, chegando a perder a visão de um dos olhos pelo temor de realizar a cirurgia necessária, apesar da indicação médica. Além disso, desenvolveu fobia a viagens de avião, o que prejudicou a carreira profissional à qual se dedicava na época, uma vez que teve de abandonar o cargo, que demandava viagens constantes a longa distância. O paciente relatou vivenciar intenso sofrimento psíquico nas situações em que se sentisse fora do controle, impotente e vulnerável, associando esses prejuízos à vivência terrorífica do despertar intra operatório.

O fator que motivara a sua internação atual o colocava novamente diante da experiência traumática vivida no passado remoto e ainda não elaborada. O paciente afirmou ter procurado uma psiquiatra cerca de dois meses antes da presente internação, iniciando uso de um antidepressivo da classe dos Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS). Também referiu estar em investigação a suspeita de Transtorno do Pânico.

Apesar de Tobias estar bastante ciente e adequadamente orientado pela equipe médica sobre a necessidade de realização da cirurgia na mandíbula, o histórico de sofrimento psicológico deixa bem claro a intensidade das angústias de morte e aniquilamento que o assolavam, fragilizando seu ego frente à situação emergencial que se instara. O paciente descreveu vivenciar um sentimento de *desespero extremo*, denotando profundo desamparo. De acordo com Costa Junior et al. (2012), embora a transmissão de informações tenha o objetivo de reduzir sintomas de ansiedade (que têm mais probabilidade de ocorrer quando o paciente é exposto a situações potencialmente aversivas e desconhecidas), nem sempre os profissionais de saúde o fazem de forma adequada, fornecendo muitas vezes informações que elevam a ansiedade e o medo daquele que vai se submeter à cirurgia.

Ismael e Oliveira (2008) afirmam que a entrega do próprio corpo a alguém que pouco se conhece é uma das dificuldades de se submeter a uma cirurgia. Além disso, compreender racionalmente a necessidade de um tratamento nem sempre é suficiente para assegurar uma adaptação tranquila, já que será necessária a elaboração de um corpo que depois estará, de alguma forma, diferente do habitual, o que aumenta a sensação de desamparo e desespero.

A psicóloga que ofereceu o primeiro atendimento a Tobias compartilhou o caso com a equipe de psicologia para conhecimento e discussão de estratégias de intervenção, detalhando a situação de uma forma que a autora deste estudo se sentiu capturada, profundamente mobilizada pelas vivências descritas e inundada por sentimentos e reflexões. Durante uma sessão de sua análise pessoal, pôde definir a forma como conduziria esse caso, permitindo-se agir de forma menos defensiva diante de práticas cristalizadas e do receio de possíveis resistências que antevia por parte do restante da equipe de saúde. Desse modo, decidiu que iria propor e introduzir novas estratégias de cuidado, que pareciam ser exigidos para o adequado manejo do caso em questão. Desse modo, a profissional estaria congruente com suas motivações e aspirações como psicóloga, no sentido de acolher ao máximo as demandas do paciente e se autorizar a possibilidade de inovar na sua atuação profissional.

Tendo isso em vista, o segundo atendimento psicológico ao paciente foi realizado no mesmo dia, no final da tarde, já que a equipe de anestesiologia foi avaliá-lo no período vespertino e sua cirurgia estava agendada para a manhã do dia seguinte, um sábado. Tobias relatou-me novamente as vivências e sentimentos que havia exposto à outra psicóloga, acrescentando que as explicações e esclarecimentos da equipe de anestesia não aliviaram seu temor, pelo contrário, intensificaram-no ainda mais, na medida em que a situação de perda iminente de controle e o sentimento de impotência diante da fragilidade de seu organismo lhe pareceram mais concretos do que nunca. Propus a Tobias, então, com o devido consentimento prévio da equipe médica, acompanhá-lo durante o momento em que fosse anestesiado e manter-me presente durante toda a cirurgia e o início de sua recuperação anestésica. Tal proposta foi fundamentada no conceito winnicottiano de *holding* e sustentação. De acordo com Medeiros e Aiello-Vaisberg (2014), a sustentação física e psicológica do paciente, alcançada pela devoção sensível do analista, que atende às necessidades do primeiro por meio de sua presença viva, confiável e pontual, teria como consequências as experiências de ilusão, continuidade de ser e, em decorrência, a ativação de movimentos integrativos.

A reação do paciente à proposta formulada foi bastante significativa: uma respiração profunda seguida de um suspiro, juntamente com um agradecimento e a verbalização de que acreditava que tal conduta facilitaria seu enfrentamento, já que ele poderia se sentir menos vulnerável por “passar o bastão” a alguém que poderia ficar simbolicamente “no controle”, enquanto ele estivesse impossibilitado de fazê-lo. Essa pode ser considerada também uma atitude terapêutica visando a conceder autonomia ao paciente, o que, de acordo com Costa Junior et al. (2012), é um diferencial nas práticas de intervenção pré-cirúrgicas.

No dia da cirurgia, primeiramente dirigi-me ao quarto do paciente, a fim de avaliar suas condições psíquicas naquele momento e oferecer a continência necessária, ou seja, receber o conteúdo de necessidades, angústias, desejos, demandas, que estavam à espera de ser contidas (Zimerman, 1999). Tobias encontrava-se com nível de ansiedade elevado, mas devido à cirurgia ter sido antecipada em uma hora, não foi possível a realização de um atendimento psicológico mais extenso, de forma que pude apenas reassegurá-lo acerca do que combinamos: a garantia de minha presença na sala

de cirurgia desde o início até o final do procedimento, independentemente de seu nível de consciência, bem como no início de sua recuperação anestésica. O paciente recebeu, então, a primeira medicação com efeito sedativo ainda no quarto, em minha presença, por via oral.

Realizei, em seguida, a paramentação cirúrgica necessária, que consiste no uso do propés, uniforme privativo, gorro, máscara, luvas – que constitui um conjunto de barreiras contra uma possível invasão de microorganismos no paciente, além da proteção dos profissionais à exposição a sangue e outros fluidos orgânicos (Paz, Lacerda, Monteiro, & Conceição, 2000), conforme orientação recebida previamente do cirurgião. Aguardei junto às equipes (anestesiologia, buco-maxilo-facial e enfermagem) a chegada do paciente ao centro cirúrgico. Tobias foi trazido de maca, já bastante sonolento. Nesse momento iniciaram-se o que proponho chamar aqui de *assédios* à minha presença no local: membros da equipe me dirigiram frases do tipo: "*Ele já 'foi', viu?"; "Você nem precisa mais ficar aqui"; "Olha, ele já está bem 'grogue', nem vai te ver mais*". Apesar disso, eu mantinha minha atitude concentrada de observação da situação e de Tobias, e limitava-me a dizer aos colegas que meu combinado com ele era permanecer presente durante todo o procedimento.

Percebi que, na chegada à sala de cirurgia, apesar dos apontamentos descritos, Tobias mantinha certo nível de consciência, e busquei reassegurá-lo de que eu estava ali, vigilante e presente para o que der e vier. Ele fez um sinal [jóia] com a mão, deixando claro para mim e para os demais que estava me ouvindo. Quando o paciente já estava na mesa cirúrgica para iniciar a sedação, pedi permissão ao anestesiologista para segurar sua mão enquanto era anestesiado, o que foi consentido. O paciente foi questionado pelo anestesiologista sobre sua idade, peso e altura, e respondeu adequadamente aos questionamentos. Durante essa etapa de sedação, reiteradamente ouvi a frase "*Ele já 'foi', viu?*", ao que, atrevidamente, respondi algumas vezes, utilizando-me da mesma linguagem: "*Não 'foi', está apertando minha mão"*. Também compartilhei com o restante da equipe o dado concreto da experiência anterior do despertar intra operatório vivido por Tobias.

Também permaneci falando com o paciente, usando frases como: *"Tobias, estou aqui, olhando pra você, estou enxergando você*". Ele chegou a assentir com a cabeça, o que evidenciou o quanto ainda ouvia e mantinha algum grau de consciência ao que se passava. Aos poucos pude sentir o afrouxamento de seu tônus muscular, à medida que ele era dominado pelo efeito anestésico das medicações, o que, aliás, exigiu mais esforços do que os previstos inicialmente pela equipe, que teve de aumentar algumas doses para atingir o objetivo almejado, inclusive comentando que ele era "resistente". Ao final da sedação, ouvi: "*Agora ele foi mesmo*", escutando também o imperativo em forma de subtexto (não-dito): *"Você já pode sair daqui*". Nesse momento, soltei a mão do paciente para o início da cirurgia buco-maxilo-facial, e afastei-me da mesa cirúrgica, mantendo-o, contudo, em meu campo visual.

Ouvi, então, outros ataques a minha presença: *"Demora, viu? Você vai se cansar"; "Ele nem vai lembrar que você estava aqui*". Eu mantinha minha serenidade e apenas respondia: "*Tudo bem, não tem problema*", e seguia acompanhando tudo. Mas acredito que o nível máximo de *assédio* tenha ocorrido no seguinte diálogo, camuflado

de preocupação em relação a meu bem-estar, devido ao tempo prolongado que estava previsto para a realização do procedimento: *"Por que você não vai embora e volta no final?",* ao que respondi que eu havia combinado com Tobias que permaneceria o tempo todo na sala. Recebi, então, um comentário que propunha explicitamente um conluio: *"Ah, mas ele nem vai saber, a gente não conta".* Nesse momento, senti-me profundamente invadida e compreendi ainda mais a preocupação de Tobias de que alguém pudesse estar realmente comprometido com o ser humano que o paciente é, além de suas outras dimensões – física, orgânica, corporal. Respondi: "*Eu [grifo nosso] vou saber. Dei minha palavra para ele, e a palavra vale muito. A verdade vale muito, é meu instrumento de trabalho. Pode ficar tranquila, eu estou bem e não me preocupo com o tempo que a cirurgia possa levar".*

Para descrever essas situações que vivenciei no centro cirúrgico escolhi utilizar a palavra *assédio* (que, à primeira vista, pode soar exagerada, mas me parece ser bastante precisa), considerando as acepções descritas para esse vocábulo no Michaelis (2015), a saber: "*1. Operação militar em frente ou ao redor de um local determinado; cerco, sítio. 2. [sentido figurado] Insistência impertinente, em relação a alguém, com declarações, propostas, pretensões, etc.".*

Acredito que esse cerco com características militares, insistência impertinente e propostas inconsistentes, tenha se dado, principalmente, devido ao caráter desconhecido e de novidade da situação para todos aqueles que figuram no universo e cenário cirúrgico, inclusive para mim. As reações defensivas da equipe cirúrgica sinalizavam o profundo desconforto gerado pela presença de uma profissional de Psicologia nesse ambiente aparentemente estéril para a atuação com a mente e as emoções de um paciente. Além disso, é possível que os/as profissionais tenham se sentido como quando do início da inserção da Psicologia no cenário hospitalar. São reações de estranhamento, dúvida e ceticismo que percebemos ainda hoje, sempre que implementamos um novo serviço de Psicologia em locais onde antes não havia a oferta desse tipo de trabalho, como se fôssemos seres alienígenas, estranhos e invasores, fora das funções normalmente conhecidas e consagradas para o exercício da profissão. Nesse cenário, o psicólogo pode ser interpretado como alguém para vigiar e avaliar constantemente posturas e ações dos demais membros da equipe.

De acordo com Almeida & Silva (2015), um dos desafios encontrados no trabalho multiprofissional é o fato de cada categoria atuar de acordo com seus próprios preceitos teórico-práticos e éticos, mas compartindo um objetivo comum, muitas vezes não reconhecendo os próprios limites e, assim, desautorizando certas atribuições das demais especialidades. Mas não se trata de acusar quem quer que seja. Para o próprio campo do saber e atuação da psicologia hospitalar, a intervenção dentro do centro cirúrgico representa uma quebra de paradigma, uma novidade capaz de desestabilizar o *establishment*, no sentido bioniano do termo. No cenário ameaçador que se instaura – ameaçador em relação aos conceitos estabilizados no ambiente altamente hierarquizado da instituição hospitalar – a infiltração de uma psicóloga no ambiente asséptico da sala de cirurgia pode soar quase como uma profanação de um santuário protegido e fortificado. Mas Freud, já em 1918, como pontuam Almeida e Silva (2015), já vislumbrara que, no futuro, a psicanálise adentraria as instituições, levando seus

benefícios a um maior número de pessoas. Freud ressaltou a necessidade de adaptação da técnica analítica ao novo *setting* clínico – isto é, às condições em que ocorrem os atendimentos – incentivando a exploração de novas possibilidades de intervenção, desde que mantidos os conceitos fundamentais de sua doutrina.

Por outro lado, houve aqueles profissionais que acolheram de pronto a ousadia, como o cirurgião responsável, que teve várias atitudes que demonstraram o comprometimento e a valorização do trabalho em equipe e o quanto ele pôde vislumbrar-me como aliada no tratamento do paciente. Durante o procedimento, ele sugeriu que eu observasse de perto a fratura de Tobias. Mostrou-me também os dentes que seriam inevitavelmente perdidos, e explicou-me, de forma bastante didática, o procedimento que usaria para fixar a mandíbula, o que foi importante, pois forneceu-me uma dimensão bem concreta da extensão dos danos e do que ainda deveria sobrevir para a adequada e completa recuperação física de Tobias.

No rol de pessoas que me acolheram, houve também um membro da equipe de enfermagem, que foi em outra sala buscar um banquinho para que eu me sentasse, que me permitiu ficar confortável a maior parte do tempo em que permaneci no centro cirúrgico, sempre olhando para Tobias. Outra profissional da equipe de enfermagem interessou-se bastante pelo trabalho que eu estava realizando, dirigiu-me algumas perguntas, teceu comentários e mostrou valorização da atitude e disponibilidade que demonstrei em relação ao caso. Um médico residente da equipe de anestesiologia me indicou onde ficava o banheiro e o conforto médico (na sala ao lado da qual estávamos), dizendo-me que, se eu quisesse "*descansar um pouco ou comer algo*", eu poderia ir até lá. Diferentemente dos assédios, senti esse momento como um acolhimento verdadeiro, considerando que tenho também necessidades biológicas, para as quais eu poderia me ausentar momentaneamente da sala de cirurgia, se assim o quisesse e precisasse.

Outra situação bastante interessante e significativa ocorreu: por duas vezes, profissionais diferentes (enfermeiro e médico anestesiologista), em momentos diferentes, perguntaram-me se eu era da família do paciente. Como o território do centro cirúrgico é bastante circunscrito e tanto os profissionais que lá atuam pouco saem, quanto os que não atuam no local pouco entram (exceto os cirurgiões, que transitam bastante nos dois universos), a maioria da equipe não conhecia minha fisionomia. Quando eu respondi: "*Não, eu sou psicóloga*", talvez porque lhes pareceu algo muito estranho, ambos perguntaram novamente: "*Mas o que você é dele?",* ao que eu repetia, esclarecendo: "*Sou psicóloga dele, aqui do hospital*". A linguagem não verbal de tais profissionais denotou clara surpresa, e acredito que possamos pensar essa situação de duas formas: a primeira é relativa ao próprio tema principal deste relato, a saber, a experiência de inserção da psicologia dentro do centro cirúrgico, algo nada usual, como mencionado. A segunda maneira, penso estar relacionada à própria natureza do nosso objeto de trabalho: um envolvimento tão intenso com a pessoa, o ser humano que ali estava deitado na mesa de cirurgia, prestando uma dedicação e oferecendo um olhar para além das questões físicas que, na percepção de quem está habituado a deixar esses aspectos em segundo plano em nome de uma técnica apurada, me aproximava mais de um membro da família do paciente do que de uma profissional em pleno exercício de sua atividade. Essas duas situações foram, ao meu juízo, indícios de que eu estava sendo

bem-sucedida no exercício de minha função: trazer um novo e diferente olhar para uma determinada situação de cuidado.

Depois de finalizada a delicada cirurgia, que durou quase quatro horas, chegou o momento de os médicos procederem ao despertar farmacológico do paciente. Quando Tobias foi chamado pela equipe por seu nome e começou a acordar, postei-me ao seu lado e reassegurei-o, por várias vezes, de que a cirurgia tinha acabado e que eu permanecia ali ao seu lado. Esse processo durou cerca de 30 minutos, e em seguida Tobias foi conduzido ao setor de recuperação anestésica, onde ficaria monitorado até seu completo despertar. Acompanhei-o e permaneci por cerca de mais uma hora em tal setor, até avaliar que ele estava compreendendo sobre o término e sucesso da cirurgia, realizando também orientações alopsíquicas acerca de tempo e espaço no qual se encontrava, bem como reiterando que eu havia ficado o tempo todo ao seu lado, conforme combinado. Após esse período, deixei-o acompanhado pela esposa e filho, orientando-os a manterem os reasseguramentos e orientações espaço-temporais a Tobias.

No dia seguinte, domingo, telefonei para o quarto de internação de Tobias. Ele próprio atendeu e me relatou que estava "*muito bem, apenas com um pouco de dor*", mas que a respeito da cirurgia e da recuperação não se lembrava de *"absolutamente nada"*, o que lhe trazia muita satisfação. Combinamos que, no dia seguinte, pela manhã, eu iria atendê-lo.

Tal atendimento, ocorrido na segunda-feira, foi permeado por um sentimento de alívio e visível contentamento de Tobias, por não ter ocorrido o despertar intra operatório ou outras intercorrências potencialmente traumáticas que ele tanto temia. O paciente referiu ter sido informado pela família e pelo cirurgião sobre minha presença durante todo o procedimento e no setor de recuperação anestésica, e expressou gratidão e conforto por tal conduta, dizendo ainda acreditar que pôde chegar ao ponto de se "*entregar*" até ao esquecimento porque "*não precisava ficar no controle*", já que simbolicamente eu estava ali para suprir essa necessidade. Esse relato do paciente foi outro aspecto que me sinalizou a coerência e importância da proposta de uma intervenção que perdurasse pelo período pré, peri e pós-operatório. Almeida e Silva (2015) afirmam que a psicanálise, ao reconhecer o que há de único em cada paciente, permite a invenção da forma de conduzir o tratamento segundo os elementos singulares que estão em jogo em cada caso.

O segundo atendimento psicológico no pós-operatório ocorreu no dia seguinte, quando Tobias recebeu alta hospitalar, sendo pautado nas questões relacionadas ao encerramento de nossos encontros no hospital e ao favorecimento da adesão ao acompanhamento psicológico ambulatorial, para o qual ele foi encaminhado, a fim de aprofundar as importantes questões trazidas nos atendimentos ocorridos no período da internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi descrita uma conduta singular e desafiadora da prática do psicólogo. Para finalizar, destaca-se um aspecto importante a ser discutido. Sabe-se que, nas mais diversas áreas, é de suma importância a inovação e flexibilidade para

renovação e atualização das práticas profissionais, e na psicologia hospitalar não é diferente. O hospital, aliás, mostra ser um terreno bastante fértil para a reconstrução e reinvenção das possibilidades de atuação do psicólogo, já que sempre exige abertura e prontidão para a atenção às inúmeras e variadas demandas que podem se apresentar.

De acordo com Angerami-Camon et al. (2004), a prática da Psicologia Hospitalar se iniciou sem um intuito programático que a unificasse em pressupostos, diretrizes e construtos. Com o tempo, foi crescendo além de seus próprios limites, e isso fez com que suas perspectivas se tornassem bastante promissoras, pois determinou uma trajetória de conquistas e realizações em uma evolução e transformação contínuas. Assim, é de suma importância que o psicólogo esteja preparado para lidar com as resistências que encontrará nos membros da equipe multiprofissional, buscando desenvolver uma postura educativa e de orientação sobre as possibilidades de atuação no campo da psicologia.

É claro que isso também só se torna viável caso o profissional esteja seguro de sua prática, o que exige constante aprimoramento, por meio de muito estudo, discussões, supervisões e psicoterapia pessoal. Assumir com coragem uma postura inovadora, por assim dizer, sempre pautada na ética e no comprometimento com a qualidade dos serviços prestados, é bastante desejável para contribuir com a expansão do campo de conhecimento e de atuação, aproximando-se cada vez mais das necessidades e possibilidades que se descortinam diante do profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.; SILVA, R. M. A. Psicanálise e instituição: experiência no programa de residência multiprofissional em saúde. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. (Orgs.). **Psicologia saúde e hospital:** contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. Cap 5, p.101-113.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; CHIATTONE, H. B.C., & NICOLETTI, E. A. **O doente a psicologia e o hospital.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. 110p.

COSTA JUNIOR, A. L. et al. Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 2, n. 29, p. 271-284, 2012.

ISMAEL, S. C.; OLIVEIRA, M. F. P. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. (Orgs.), **Psicologia e humanização:** assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008. Cap. 7, p.83-91.

MAGALHÃES, A. M.; CARVALHO, A. M. S. Trauma e toxicomania: quando a imobilidade do corpo físico mobiliza o psíquico. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. (Orgs.). **Psicologia saúde e hospital:** contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. Cap 8, p. 151-164.

MEDEIROS, C.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Reflexões sobre *holding* e sustentação como gestos psicoterapêuticos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.2, n.26., jul/dez.

2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000200004&lng=en&tlng=pt >. Acesso em: 8 jan. 2017.

MELO, C. B. História da psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. (Orgs.). **Psicologia saúde e hospital:** contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. Cap 1, p.19-32.

MICHAELIS. **Dicionário brasileiro da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: < http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/creditos/ >. Acesso em: 28 nov. 2016.

NUNES, R. R. et al. Fatores de risco para o despertar intraoperatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v.3, n. 62, p.365-374, 2012.

PAZ, M. S. O. et al. Paramentação cirúrgica: avaliação de sua adequação para a prevenção de riscos biológicos em cirurgias. Parte I: a utilização durante as cirurgias. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 108-117, 2000.PEREIRA, T. A. S. O diálogo entre a medicina e a psicanálise: uma aproximação necessária. In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. (Orgs.). **Psicologia saúde e hospital:** contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. Cap 4, p. 91-100.SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. In: **Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Fortaleza: Conselho Brasileiro de Enfermagem, 2009., p. 3193-3196.SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar:** o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 201p.ZIMERMAN, D. Uma Ampliação da Aplicação, na Prática Psicanalítica, da Noção de Continente em Bion. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, [S.l.], n. 13, out. 2007. ISSN 0873-0725. Disponível em: <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/239>. Acesso em: 13 mar. 2017.

Recebido em: abril de 2017
Revisado em: maio de 2017
Aceito em: maio de 2017

[1]Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Especialista em Psicologia Hospitalar. Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital São Francisco e do Hospital Materno Infantil Sinhá Junqueira. Presidente da Inclinare Psicologia. E-mail: nataliagallo@inclinarepsicologia.com.br

[1]Psicóloga, mestre, doutora e pós-doutoranda pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). E-mail: jvendruscolo@yahoo.com.br

[1]Professor Associado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, mestre, doutor e livre docente pela Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, nível 1B. E-mail: manoelmasantos@gmail.com