

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo procurou analisar a atuação do psicólogo na Saúde Pública, mais especificamente na Psicologia Hospitalar. Sua presença no contexto hospitalar foi se impondo na medida em que se estabeleceu um novo paradigma para a assistência à saúde, fruto da mobilização conjunta de profissionais e comunidade diante da limitação do modelo biomédico. Este novo padrão vem ampliar a visão do objeto, de um corpo tratado estritamente do ponto de vista organicista para um sujeito inserido em um determinado cenário sociocultural e com uma história individual. A ampliação dessa visão implicará necessariamente a articulação de novos recursos para sua atenção, entre eles a participação do profissional de saúde mental nas práticas assistenciais.

Naquilo que se refere especificamente à atuação do psicólogo hospitalar, esse novo paradigma se deve, ainda, à influência do movimento psicossomático que, proporcionando o reconhecimento da forte influência dos fatores psíquicos na determinação ou agravamento de quadros orgânicos, sugere a importância de uma nova consideração e uma nova abordagem do processo de adoecimento.

Como psicóloga clínica e membro de um serviço de Psicologia em Hospital Geral da rede pública, tenho tido oportunidade de observar, no entanto, a existência de uma grande ambivalência do estabelecimento hospitalar na aceitação e incorporação da prática desse profissional. Essa ambivalência se expressa desde a contratação, o que acarreta a afirmação da pertinência de sua atividade nesse campo, até as dificuldades e entraves encontrados na sua

atuação. Entre esses obstáculos, destaca-se, como fruto de nossas observações, o fato de que atuamos, na maioria das vezes, de acordo com a demanda dos médicos e não dos próprios pacientes. Este é um dado de extrema relevância para o psicólogo clínico, pois, tradicionalmente, ele trabalha voltado para uma demanda trazida pelo paciente. Sobre isto, levanta-se a hipótese de que, ainda que o médico seja o ator designado para a formulação da demanda, e à primeira vista seu genuíno autor, ele próprio esteja funcionando como mensageiro de uma procura mais ampla – a demanda institucional. Essa última pode ser atribuída às características estruturais da instituição médica – a disciplinarização e normatização das relações sociais - por meio das quais se tornou possível a institucionalização do saber e da atuação médica no campo científico. Corroborando essa hipótese, acrescenta-se a percepção da ausência de interação entre os diversos profissionais da equipe de saúde, traduzida, na prática, por condutas isoladas e reprodução de uma visão e manejos fragmentadores de um mesmo objeto.

Chega-se, então, à questão central desta investigação. Quem é o cliente do psicólogo no Hospital Geral? O paciente, o médico ou a instituição? Tal reflexão parece pertinente e necessária, uma vez que nossa prática estará sempre orientada para atender a demanda que nos é encaminhada. Trabalha-se para que o sujeito que se encontra sob nossos cuidados seja efetivamente considerado e tratado de forma integral ou para que ele nunca assuma o seu lugar no novo paradigma assistencial?

Com o intuito de responder a essas questões, ressalta-se, na rotina do psicólogo hospitalar, a atividade de interconsulta médico-psicológica em um Hospital Geral da rede assistencial de saúde pública, utilizando como ferramenta

de análise dessa prática o corpo teórico do movimento institucionalista, especialmente da análise institucional. Acredita-se que esta abordagem seja útil para a análise das relações institucionais de poder, bem como dos determinantes institucionais que modulam a atuação do psicólogo nesse cenário.

Utilizou-se como proposta metodológica a abordagem qualitativa, constituindo-se a investigação em duas etapas. Na primeira, fez-se um mapeamento dos pedidos de interconsulta médico-psicológicas, onde se observou a frequência de determinados elementos que na segunda etapa funcionarão como eixos temáticos das entrevistas que a compõem. Nesse ponto, interessou não a frequência, mas o leque de representações dos profissionais sobre a interação médico-psicólogo e a atividade de interconsulta.

O material que resultou da investigação foi organizado em cinco grandes categorias: os determinantes organizacionais; o perfil do paciente; a oferta que o psicólogo apresenta; o encaminhamento feito pelo médico; e a dinâmica da equipe multiprofissional. Sua análise permitiu concluir que a ambivalência do estabelecimento hospitalar em relação à presença do psicólogo é a expressão de duas forças presentes e em constante movimento no campo institucional: o instituído e o instituinte. Cabe ao movimento instituinte a criação de novas formas de produção da realidade, baseadas no desejo e na autonomia dos sujeitos envolvidos. Cabe à força que representa o instituído a manutenção das relações de poder tais como foram determinadas ao longo do processo de institucionalização da prática médica, contando, portanto, para a reprodução e ampliação de sua função de controle do corpo social, com a contribuição do *saberes psi*. Para isso, dirige ao psicólogo uma demanda, a quem cabe acatar ou

transformar, não sem antes discriminar e refletir sobre o que existe nela de manifesto e de latente.

Dessa forma, este estudo propôs um exercício reflexivo sobre nossa prática no estabelecimento hospitalar. Espera-se contribuir, assim, para a construção e sedimentação desse novo campo de saber-fazer, que é a Psicologia Hospitalar, tão rico em possibilidades e tão promissor no que se refere ao nosso objetivo original: a promoção da saúde.

O texto que compõe este estudo está organizado da seguinte maneira: o capítulo 2 apresenta o marco teórico e os principais conceitos que orientaram a análise. No capítulo 3 apresenta-se, ainda que de forma breve, o percurso histórico da instituição médica e a inserção da Psicologia nesse contexto. O capítulo 4 descreve a metodologia utilizada e nos capítulos seguintes – 5 a 9 – o leitor terá acesso aos dados coletados e sua respectiva análise. O capítulo 10 mostra as conclusões.

## 2 A PERSPECTIVA INSTITUCIONALISTA

O objetivo deste capítulo é fazer com que o leitor possa acompanhar os passos que foram dados para a escolha do marco teórico da presente investigação. O problema que a norteou tem como foco principal a atividade de interconsulta médico-psicológica e a dinâmica de interação entre o médico consultor e o psicólogo consultante. Partiu-se do pressuposto de que essa atividade é modulada por um aspecto institucional que prescreve normas, distribui ou centraliza poderes, atribui funções, papéis e determina práticas vinculadas aos diversos saberes que gerencia. E, ainda, que essa interação baseia-se na reciprocidade e se configura como um encontro de subjetividades que, na dependência do gerenciamento a que estará submetida, poderá ser tanto potencializadora quanto limitante para ambos os sujeitos. Em síntese, pode-se dizer que interessaram particularmente dois aspectos dessa interação: o político, expresso pelas relações de poder, e o subjetivo, marcado pelo encontro de sujeitos desejantes e suas representações que, por sua vez, podem expressar tanto conhecimento quanto desconhecimento de suas experiências concretas.

Diversas são as possibilidades teórico-metodológicas da Psicologia Social. Sabe-se que a escolha de uma delas está sempre condicionada à implicação do pesquisador. Sendo assim, sua história pessoal, sua formação acadêmica e sua prática serão aspectos relevantes para essa escolha. Especificamente para este estudo, pode-se considerar como fatores importantes o pertencimento formal do pesquisador ao campo de pesquisa como técnico e sua formação e prática como psicoterapeuta institucional. Esses dois fatores resultam

na premissa segundo a qual a atividade clínica do psicólogo hospitalar, dirigida ao paciente, não exclui, e, pode-se dizer, não deve prescindir de um exercício permanente de reflexão, análise e intervenção sobre o contexto institucional em que se encontra inserida.

De acordo com Luz (1979, p.28), a análise institucional possui alguns parâmetros importantes na abordagem das instituições: o primeiro consiste em buscar o conteúdo latente, não manifesto no discurso institucional. Em segundo lugar, analisar esse oculto sob a ótica da dominação de classes. E, finalmente, buscar as respostas do pólo dominado no enfrentamento de sua sujeição. Acredita a autora que a análise institucional, "...torna-se, assim, um instrumento valioso para o estudo das contradições intra-institucionais em conjunturas específicas." Dessa forma, a escolha da abordagem institucionalista para o presente estudo deve-se, principalmente, a dois fatores: à sua visão da instituição como campo de práticas que legitimam ou reproduzem os interesses sociais dominantes, por meio de microrrelações de poder, e ao caráter de movimento, mudança e transformação contidos em sua proposta.

Em termos teórico-metodológicos, o institucionalismo, de acordo com Baremlitt (1989, p.112), é um saber intersticial e não uma interdisciplina. Isto significa que ele: "... se movimenta através das contribuições positivas feitas por outras disciplinas." Entre as várias contribuições, o autor cita determinadas sociologias, teorias de economia da sociedade e da história, disciplinas antropológicas, semióticas e disciplinas que se ocupam da subjetividade.

Em relação às áreas de interesse desse movimento, Baremlitt (2002) definiu como sendo basicamente três: o poder, o desejo e o profissionalismo. O institucionalismo se ocupa do poder, seja ele micro ou macro, político, econômico,

exercício de dominação ou capacidade de fazer. Dito de outra forma, o institucionalismo trabalha com uma concepção relacional de poder, considerando-o como um conjunto de forças sempre em movimento, onde para cada pólo dominador haverá um núcleo de resistência. Cabe, então, investigar como se configura a distribuição de poder no estabelecimento hospitalar e, mais especificamente, entre as duas categorias profissionais tomadas por nós como foco de análise. Sabe-se que tal configuração se traduzirá através do sistema de hierarquias montado em cada estabelecimento. Através desse sistema pode-se identificar o prestígio e os privilégios atribuídos às diversas classes institucionais.

A questão do desejo diz respeito à constatação da presença de forças inconscientes e seus efeitos em toda a atividade humana. É necessário dar ênfase aqui à distinção feita por Baremlitt entre o desejo segundo a Psicanálise e o institucionalismo. Para a Psicanálise, o desejo será um impulso de caráter eminentemente restaurador, reconstituído de estados perdidos, mas ainda ativos no plano imaginário, daí sua tendência reprodutiva. Para o institucionalismo, o desejo, ainda que também inconsciente, será visto como uma força em direção ao novo, daí sua tendência transformadora. No entanto, as produções desejanças podem ser capturadas e despotencializadas pelos diversos aparatos institucionais, tais como a centralização do poder, a produção de enunciados, do saber, do dinheiro, etc.

Sobre o profissionalismo, Baremlitt (2002) afirma que: "...todo corpo disciplinar, para poder implantar-se como conhecimento na sociedade, tem que fazê-lo através de postulações teóricas, mas também de organizações." Ou melhor, as instituições são fundadas em um saber que, para implantar-se, ganha força de lei. Vasconcelos (2002, p.115) destacou quatro elementos básicos do

profissionalismo: o processo histórico de inserção e legitimação de cada profissão perante a sociedade; a formalização de cada profissão pelas esferas legislativas, profissionais e assistenciais; a institucionalização de organizações corporativas; e a cultura profissional. No que se refere especificamente à profissão médica, Luz (1979, p.53) descreve o papel de suas organizações da seguinte maneira:

Elas têm o papel de estruturar e definir, através de agências, como a Universidade, ou de agentes, como os médicos, o que constitui a "Ciência Médica", isto é, para todas as classes, o verdadeiro saber em relação à saúde. Elas desempenham também o papel de estruturação simbólica, para toda a sociedade, das representações de saúde e doença. [...] Da negação de "validade científica" a todo outro saber que não seja coerente com a racionalidade do sistema capitalista à repressão pelos aparelhos legais a todos aqueles agentes que exercerem uma prática concorrente ao saber dominante, um conjunto de meios pode ser empregado (LUZ, 1979, p.53).

Não será difícil concluir, portanto, que ao exercício profissional estará estritamente vinculado um posicionamento político e ideológico e que a desconsideração dessa premissa resultará fatalmente em uma prática alienada. Destacar-se-ão, por isso, neste estudo, os determinantes institucionais da prática médica e também caberá questionar-se como a inserção do psicólogo em uma instituição médica modula e determina sua prática profissional.

No próprio movimento institucionalista encontra-se um amplo leque de orientações ou correntes que têm algumas características em comum ou trabalham a partir de determinados pressupostos básicos. Este estudo enfatizou a análise institucional. Essa corrente tem como principais representantes R. Lourau e G. Lapassade e, entre as suas diversas contribuições, ressalta-se o trabalho orientado para a autogestão e a auto-análise do coletivo institucional (BAREMBLITT, 2002). Como proposta autogestiva, Barembritt (1989, p 114) propôs: "...o incremento da produção de liberdade ou do livre fluir das produções (...), isto é, que os grupos tenham suas próprias organizações, suas próprias leis,



seus próprios objetivos para enfrentar todo tipo de exploração, domesticação e mistificação .” A autogestão, no entanto, estará sempre vinculada a um processo de auto-análise, empreendimento onde o grupo expõe seus problemas e fantasmas, sua forma de funcionamento, sempre com o objetivo de aproximar-se de sua realidade e apropriar-se dela.

A seguir serão apresentados os principais conceitos que orientarão a análise.

## 2.1 O campo de análise e o campo de intervenção

Dois âmbitos serão tratados, aos quais se dirige o interesse desta investigação, sendo que cada um deles será objeto de uma abordagem específica. No entanto, antes de considerar diretamente a distinção feita pelos institucionalistas entre esses dois aspectos, tentar-se-á elucidar, ainda que de forma bastante sucinta, os conceitos de instituição, organização e estabelecimento, necessários para a melhor compreensão do objeto de intervenção desta pesquisa.

De acordo com Baremlitt (2002, p.25),

as instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos (BAREMBLITT, 2002, p.25).

Por lógicas o autor entende que:

[...] significam a regulação de uma atividade humana, caracterizam uma atividade humana e se pronunciam valorativamente em respeito a ela, esclarecendo o que deve ser, o que está prescrito e o que não deve ser, isto é, o que está proscrito, assim como o que é indiferente (BAREMBLITT, 2002, p.25-26).

Todavia, as instituições não estão desvinculadas da prática social, existindo apenas virtualmente. Elas se materializam através de equipamentos coletivos que, de acordo com sua dimensão e complexidade, serão chamados de organizações ou estabelecimentos. Uma organização, por exemplo, o Ministério da Saúde, será composta de diversos estabelecimentos, hospitais, unidades básicas ambulatoriais, etc. Será por meio desses equipamentos que a instituição poderá exercer materialmente sua função reguladora das práticas sociais.

No presente estudo, será considerada a instituição médica como o campo de análise que, de acordo com Baremlitt (2002, p.90-91), consiste em um espaço apenas conceitual ou nocional. Esse campo não estará sujeito à intervenção propriamente dita, mas a produção de conhecimento sobre ele fornecerá subsídios importantes para a análise. Sua abordagem estará, portanto, limitada à sua compreensão, o que, por sua vez, servirá como pano de fundo para uma ação mais concreta e localizada em nossa esfera de intervenção – o estabelecimento hospitalar. Esse segundo campo é definido por Baremlitt (2002, p.60) como: “...o espaço delimitado para planejar estratégias, logísticas, táticas, técnicas para operar nesse cenário e transformá-lo realmente, concretamente.”

Contudo, é importante enfatizar o caráter dialético da interação entre os campos de análise e intervenção: “...as instituições não teriam vida, não teriam realidade social senão através das organizações. Mas as organizações não teriam sentido, não teriam objetivo, não teriam direção se não estivessem informadas, como estão, pelas instituições” (BAREMBLITT, 2002, p.27). Seguindo essa lógica, pode-se compreender como ocorrem os movimentos instituintes, as práticas transformadoras, no seio das instituições, o que permite inferir que não existem regulamentações (o instituído), por mais estabelecidas e rígidas que possam ser,

definitivas ou imutáveis. A dinâmica que se estabelece entre o molar e o molecular, na versão da esquizoanálise de Deleuze e Guattari (*apud* Barembritt, 2002, p.41), consiste em:

O macro é o lugar da ordem, é o lugar das entidades claras, dos limites precisos, é o lugar da estabilidade, da regularidade, da conservação. O micro, dito tanto no sentido físico, químico, biológico quanto no sentido social, político, econômico e desejante, é o lugar das conexões anárquicas, insólitas, impensáveis (BAREMBLITT, 2002, p.41).

Para o institucionalismo, as grandes mudanças resultam sempre de micromudanças, sendo, por isso, considerado como espaço privilegiado de intervenção. Menciona-se anteriormente a mudança de paradigma que rege a assistência à saúde e suas implicações para os profissionais que atuam nesse campo. É preciso salientar, entretanto, que tal mudança não ocorre de forma automática e mecânica, mas encontra-se sempre na dependência da prática cotidiana dos sujeitos envolvidos. Em toda transformação estarão presentes duas forças antagônicas: aquela que trabalha para a reprodução e a manutenção do instituído e a outra, que trabalha para a criação, a invenção, a mudança e o novo. A transição do velho para o novo consiste, pois, na correlação de tais forças, num permanente e constante movimento dialético: uma vez alcançado o novo, este já será velho!

## 2.2 Analisador

No nosso campo de intervenção e destacando nele nosso recorte do objeto, chega-se ao conceito de analisador. Assim como para a Psicanálise existe um material privilegiado no conjunto daquilo que o analisando apresenta para o

analista e que será tomado como objeto de análise, para o institucionalismo existem também fenômenos que serão considerados preferenciais na análise. Esses fenômenos poderão ser os mais variados: o organograma do estabelecimento, sua estrutura física, uma ação, um evento, etc. Qualquer um desses elementos poderá ser tomado como um emergente da dinâmica institucional. Para este estudo elegeu-se como principal analisador a atividade de interconsulta através da qual se espera elucidar que tipo de demanda é dirigida ao psicólogo no contexto institucional e as relações de poder entre o par médico-psicólogo.

### 2.3 A análise da implicação

Um dos aspectos referentes à atividade de interconsulta médico-psicológica mais relevantes para este estudo é a análise da implicação na qual estarão contidas a oferta que o psicólogo apresenta e o formato de sua intervenção no espaço hospitalar. Ressalta-se a seguinte reflexão:

O problema fundamental é esse: quando a gente recebe uma demanda, a primeira coisa que ocorre é que a gente tende a pensar que não tem nada a ver com a crítica dessa demanda; se o sujeito está demandando em primeira instância, somos levados a aceitar que é porque ele já sabe o que está demandando. E se me procura, estou a seu dispor. Procura-me porque algum lado do problema tem a ver com o que faço e, então, o atendo, esquecendo-me de que se ele me procura, é porque me ofereci. Não necessariamente me ofereci a essa pessoa que me procura; pode ser uma oferta vasta, ampla, cruzada. Mas se eu não me oferecer, ninguém me procura. Se eu não me constituo num lugar científico, profissional, se não vendo o que faço, ninguém "compra" (BAREMBLITT, 2002, p.65).

A análise de implicação consiste, dessa maneira, em uma reflexão sobre o conteúdo de determinada oferta, de que forma ela é apresentada e

veiculada e de que maneira essa oferta induz a um pedido. O mais importante será o psicólogo perceber que é ativamente responsável pelas demandas que nos são encaminhadas e que ele não está, ingenuamente, apenas acatando pedidos ou exercendo funções que lhe são atribuídas por outros.

Baremlitt (2002, p.65) correlacionou o conceito institucionalista de implicação com o conceito psicanalítico da contratransferência. Segundo ele, no caso da contratransferência, o foco é a relação analista-analisando e as reações que o material deste último produz no primeiro. A implicação, porém, seria um processo mais amplo, não apenas psíquico, mas sobredeterminado e heterogêneo, do qual participam, entre outros, os fatores políticos e econômicos. Barbier (1985) distinguiu três níveis de abordagem do conceito de implicação: o psicoafetivo, o histórico-existencial e o estrutural-profissional.

A análise de implicação do Serviço de Psicologia no Hospital Geral, desde a oferta desse serviço até sua demanda, mostra um entrelaçamento de variáveis que determinam seu produto final: a assistência psicológica ao paciente. Qual é a oferta que o psicólogo produz? Terão os outros profissionais da equipe clareza sob o conteúdo dessa oferta? O usuário conhece a existência dessa oferta? A intermediação entre a produção da oferta e a demanda, feitas por outros profissionais, é coerente com a proposta do serviço? Enfim, qual é a função designada a ele pelo estabelecimento hospitalar? Existe coerência entre o que se deve, pensa ou se quer fazer? Que tipo de sentimento desperta a demanda formulada pelo médico? Desconforto, impotência, frustração ou o bem-estar de se estar sendo solicitado para uma tarefa que coincide com sua proposta de atuação e para a qual se sente pelo menos razoavelmente capacitado? Ou, talvez, seja melhor perguntar: a serviço de quem se está atuando?

## 2.4 Análise do encaminhamento

Para responder a essas questões, deve-se, além de analisar a implicação, submeter a demanda que é dirigida ao mesmo processo. Para o institucionalismo, não existe demanda espontânea, toda ela é produzida especialmente pela falência nas ofertas de outros serviços que se encontram a ela relacionados. Assim, a demanda por um serviço de saúde será produzida tanto pela oferta desse serviço quanto pelas carências enfrentadas pelo usuário nas ofertas de serviços habitacionais, sanitários, etc. (BAREMBLITT, 2002, p.95). No Centro de Terapia Intensiva (CTI) do estabelecimento hospitalar alvo deste estudo, inúmeras vezes a situação era paradoxal. Indivíduos que durante toda a sua vida foram destituídos dos bens sociais que lhe eram devidos por direito, sendo alguns até mesmo moradores de rua, são admitidos para tratamentos dispendiosos e dolorosos e, uma vez razoavelmente restabelecidos, são devolvidos ao mesmo meio que contribuiu para o desgaste de sua saúde. Não se questiona aqui a ocupação de um leito de CTI por um morador de rua e sim a ausência de investimento prévio na saúde desses indivíduos e o valor social de um tratamento quando suas possibilidades de recuperação já são escassas.

Especificamente no que diz respeito à atividade de interconsulta médico-psicológica, configura-se a “demanda intermediada”. Quando se atende o usuário, atende-se a uma demanda que não foi emitida por ele e sim por profissionais que se colocam no lugar de porta-vozes das necessidades e desejos desse “possível” sujeito.

Miller (1997), em artigo em que distingue a demanda feita ao psicanalista e aquela feita ao psiquiatra, afirmou que a primeira parte de um

movimento do próprio sujeito em busca de respostas para suas questões, para seu desconforto consigo mesmo. Em contrapartida, a demanda ao psiquiatra partiria não do próprio sujeito, mas de seus familiares, vizinhos ou poder público, configurando-se, por isso, em uma demanda social. No caso particular em questão, cabe questionar: será o médico o autor genuíno do encaminhamento feito ao psicólogo? Ou será ele apenas o porta-voz de uma demanda institucional? O termo “institucional” para referir-se ao encaminhamento ao psicólogo dá-se pelo fato de que a ele a instituição médica atribui determinada função e espera determinado tipo de intervenção. Chega-se, assim, à análise do encaminhamento da demanda:

[...] quais foram os passos intermediários que conectaram o usuário-demandante conosco? Há muitos, mas para dar um exemplo simples: qual foi o cliente que, definindo nossos serviços como eficientes, chegou à conclusão de que seu próximo se beneficiaria também desse serviço? Quais são as razões válidas e as razões inconfessáveis ou as razões recalçadas pelas quais ele fez esta recomendação? O que acontece quando quem fez essa recomendação é um congênere, isto é, não exatamente um colega, mas outro profissional e outro especialista que resolveu fazer a concessão de nos encaminhar alguém? [...] Tudo isso modula a demanda e o faz com elementos conscientes e inconscientes no usuário, na mesma proporção neles e em nós, que ofertamos o serviço (BAREMBLITT, 2002, p.98).

Muitos são os elementos que induzem ao encaminhamento do usuário ao psicólogo, pelo médico. E é neste sentido, de identificar os motivos do encaminhamento, que será útil a diferenciação, feita pelos institucionalistas, entre demanda e encargo. Por demanda entendem-se os motivos explicitados na consulta, ao passo que por encargo serão tomados aqueles motivos que lhe são subjacentes e não manifestos. De acordo com Baremlitt (2002, p.149), o encargo:

Em uma acepção ampla, refere-se a uma solicitude ou exigência de soluções imaginárias ou de ações destinadas a restaurar a ordem constituída quando a mesma está ameaçada. O encargo nunca coincide com a demanda e deve ser decifrado a partir dela, sendo que seu

sentido varia de acordo com o segmento organizacional que a formula (BAREMBLITT, 2002, p.149).

Cientes dessa distinção, enfatiza-se a importância de se estar atento para o encargo contido nos pedidos de interconsulta. Adiantam-se, aqui, algumas observações que se originam da nossa prática como psicólogo hospitalar, contando com a oportunidade de aprofundá-las ou, até mesmo, refutá-las no decorrer da investigação. De acordo com essa prática, se explicitamente se recebe um pedido de avaliação diagnóstica ou simplesmente um pedido de acompanhamento do paciente, ao chegar até ele serão descobertos novos e diferentes motivos. Encontram-se, subjacentes à demanda, conflitos de diversas ordens, em geral inerentes à relação paciente-equipe-instituição de saúde. Frequentemente, é encaminhado ao psicólogo o paciente difícil, aquele que questiona a ordem: não quer ir embora quando a alta lhe foi dada, não deseja permanecer internado quando lhe afirmam tal necessidade, não concorda com as prescrições médicas ou, até mesmo, manifesta de forma explícita sua dor e sua fragilidade. Não raramente, o médico encaminha ao psicólogo aquele paciente com quem esgotou seus recursos, diante dos quais se sente impotente, sentimento este que não foi capacitado a vivenciar. Nessas situações, encaminhar é passar o problema adiante, livrar-se dele.



### 3 A INSTITUIÇÃO MÉDICA E A PSICOLOGIA HOSPITALAR

No capítulo 2 afirmou-se que toda instituição tem uma função normativa, disciplinadora. No caso da instituição médica, é imprescindível lembrar que essa função se dirige a um objeto específico - o corpo. No entanto, o corpo humano não se reduz apenas a seus aspectos anatômicos e fisiológicos, ele transcende o biológico, por ser um organismo falante, inserido na cultura. Dessa forma, regulamentar e normatizar o cuidado com o corpo se torna um instrumento poderoso de disciplinarização de um corpo mais amplo – o corpo social.

#### 3.1 A emergência da Medicina moderna

Diversos são os autores que questionam o caráter de neutralidade do qual a ciência médica ainda se encontra investida pela sociedade e sugerem como causa desse investimento o fato de sua prática anteceder ao advento do capitalismo. Todavia, é preciso diferenciar a prática médica da ciência médica, como referenciou Tähkä (1988), que distinguiu a primeira fase da profissão médica - que remontaria aos tempos antigos - da ciência médica, que teve início a partir do século XIX. Neste mesmo sentido, Silva Filho (1990, p.77) afirmou que: “...a Medicina não é unitária, não provém de tempos imemoriais, mas se constitui a cada reestruturação do espaço social, constituindo-se e constituindo a nova ordem que daí se origina.” A observação do processo de evolução da Medicina científica, associada aos eventos históricos concomitantes a ela, permite verificar,

portanto, seu comprometimento com ideologias vigentes em determinados períodos e até mesmo de que forma tais eventos a promoveram a ponto de tornarem-na uma devedora deles. Para melhor compreensão sobre esse processo, recorre-se à análise histórica que Foucault (1979) empreendeu sobre a institucionalização da Medicina moderna através do poder disciplinar. A hipótese inicialmente levantada por esse autor é de que a Medicina moderna é essencialmente social, uma vez que socializa o primeiro objeto do poder disciplinar - o corpo - como força de produção:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A Medicina é uma estratégia biopolítica (FOUCAULT, 1979, p.80).

Foucault (1979, p.82) destacou o mercantilismo como evento histórico precursor da reestruturação do campo médico:

Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do mundo europeu se preocuparam com o estado de saúde de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo. [...] A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo que assegure a força real de um Estado com relação aos outros.

Para fortalecer a formação dos estados, era preciso reunir em seu território um grande contingente humano, que serviria a dois propósitos: a organização dos exércitos e o incremento da força de trabalho e a conseqüente produção de riquezas. A aglomeração desordenada em cidades sem infraestrutura e em precárias condições sanitárias tinha seus efeitos colaterais: as pestes e epidemias que insistiam em dizimar parcelas significativas dessa

população. Este fato se constituía em grande ameaça para o alcance dos objetivos estatais e, dessa forma, à medida que a população se concentrou e cresceu, circunscrita então em espaços geográfica e politicamente delimitados, fez-se necessário o controle de seu modo de vida. A prática médica se tornou, a partir daí, um poderoso aliado do estado no controle da população.

Ainda de acordo com Foucault (1979, p.80), têm-se como produtos desse movimento: a política médica na Alemanha, a Medicina urbana na França e o sanitarismo inglês. Segundo o autor, a política médica na Alemanha consiste basicamente em quatro características: um sistema bastante completo de observação da morbidade; a normatização da prática e do saber médicos a cargo das universidades e da própria corporação médica; uma organização para a administração da atividade médica; e a ocupação de cargos administrativos pelos próprios médicos. Dessa forma, para Foucault (1979, p.83), "a Medicina e o médico são o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, começa-se por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha."

A Medicina social na França, que se desenvolveu a partir da segunda metade do século XVIII, teve características diferentes, uma vez que tomou como base o fenômeno da urbanização. Segundo Foucault (1979, p.89), ela tinha como objetivos principais: a análise dos lugares que no espaço urbano podem ser formadores e disseminadores de fenômenos epidêmicos ou endêmicos, particularmente os cemitérios; o controle da circulação de elementos como a água e o ar; a organização, de acordo com essas análises, da distribuição do espaço urbano. Sendo assim, a Medicina urbana não é verdadeiramente uma Medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma Medicina das coisas: ar, água,

decomposições, fermentos; uma Medicina das condições de vida e do meio de existência (FOUCAULT, 1979, p.92).

Na Inglaterra, em função de seu adiantamento no processo de desenvolvimento industrial e da formação do proletariado, a Medicina social tem como base o controle da saúde e dos corpos das classes mais pobres, visando a torná-las mais aptas como força de produção e menos perigosas como agentes contagiosos em potencial. Um cordão sanitário autoritário é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres: os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente, ou seja, sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 1979, p.95).

O autor concluiu (1979, p.97) que, ao contrário das fórmulas utilizadas na Alemanha e na França, foi a utilizada na Inglaterra a que teve possibilidade de melhor desenvolver-se e estabelecer-se mais solidamente, pois:

[...] O sistema inglês possibilitava a organização de uma Medicina com faces e normas de poder diferentes, segundo se tratasse da Medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo (FOUCAULT, 1979, p.97).

Junto à reorganização das condições de exercício da prática médica e proporcionada por ele, assiste-se também à evolução da própria clínica. No decorrer desse processo, Foucault (1980) identificou três fases distintas. Inicialmente, a Medicina classificatória, descrita pelo autor da seguinte maneira:

Para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente. É preciso que quem descreve uma doença tenha o cuidado de distinguir os sintomas que a acompanham necessariamente e que lhe são próprios dos que são apenas acidentais e fortuitos, como os que dependem do temperamento e da idade do doente. Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses (FOUCAULT, 1980, p.7).

A segunda fase, destacada na evolução do saber médico, é a Medicina dos sintomas. Segundo Foucault (1980, p.101):

Na tradição médica do século XVIII, a doença se apresenta ao observador segundo sintomas e signos. [...] O sintoma – daí seu lugar de destaque – é a forma como se apresenta a doença: de tudo que é visível, ele é o que está mais próximo do essencial; e da inacessível natureza da doença, ele é a transcrição primeira.

Essa fase é marcada essencialmente pela experiência clínica e pedagógica e propicia a regulamentação da profissão médica e seu ensino (SILVA-FILHO, 1990, p.80).

Por fim, tem-se a Medicina anatomopatológica: “nascida da preocupação clínica de definir as estruturas de parentesco patológico, a nova percepção médica tem, finalmente, como objetivo, demarcar as figuras de localização. A noção de sede substitui, definitivamente, a de classe...” (FOUCAULT, 1980, 160). Para Foucault, este será o grande corte na história da Medicina ocidental, em função da incorporação da morte no discurso médico: “...e a doença perde seu velho estatuto de acidente para entrar na dimensão interior, constante e móvel da relação da vida com a morte. Não é porque caiu doente que o homem morre; é fundamentalmente porque pode morrer que o homem adocece.”

Coincidindo, portanto, historicamente com a formação do capitalismo monopolista, a Medicina se estabelece como ciência trazendo em seu bojo determinados elementos estruturais facilmente observáveis na análise feita por Foucault, entre os quais se destacam:

- mecanicismo: analogia entre o corpo humano e a máquina;
- biologismo: reconhecimento exclusivo da natureza biológica da doença e exclusão de determinantes de natureza econômica e social em sua “causação”;

- especialização: substituição da visão global de seu objeto pelo aprofundamento do conhecimento de suas dimensões específicas;
- ênfase na atividade curativa.

A sociedade pós-Segunda Guerra ganhou complexidade, apresentou novos problemas e novas questões às quais tal modelo não conseguiu fazer frente. Além de seu aspecto exclusivamente curativo, a Medicina recebeu críticas relativas ao caráter mecanicista da visão médica da doença, como citou Birman (1980, p.91):

A partir dos anos 20 deste século, começam a surgir críticas paulatinamente crescentes à maneira pela qual se processa a prática clínica. Existia um mal-estar, que começara a se difundir em alguns meios médicos, principalmente alemães, quanto ao desconhecimento recorrente da pessoa dos enfermos por parte dos médicos. Estes os encaravam como meras máquinas corporais, despreocupados com os sofrimentos mobilizados pela enfermidade nos indivíduos. [...] Assim, seria necessário considerar, além da enfermidade somática propriamente dita, explicada num discurso biológico, a vivência da enfermidade, isto é, seus efeitos na subjetividade do indivíduo que enferma (BIRMAN, 1980, p.91).

Outro problema que se verifica na assistência médica são as novas demandas trazidas pelos doentes e que põem em questão sua operacionalidade. De acordo com Birman (1980, p.111), desde os anos 50 os clínicos registram cada vez mais freqüentemente casos de pacientes que procuram a assistência médica sem, no entanto, apresentarem qualquer evidência orgânica para seu mal-estar. A complexidade desse novo momento histórico e a apresentação de novas demandas induzem, então, à incorporação, pela Medicina, de outros discursos:

A medicina social, antropológica, inclui uma pluralidade de discursos e de práticas institucionais que se originaram em oposição a ela, mas que ela retoma e coloca na sua perspectiva. Se as séries sociológica e psicanalítica mantiveram-se isoladas da prática médica até esse momento, elas são então ativamente transformadas pela perspectiva da Medicina. [...] O encontro desses saberes não foi um acaso nem apenas o produto ingênuo de uma humanização, mas a retomada de um espaço político pertinente à moderna fase do capitalismo (BIRMAN, 1980, p.45).

Birman (1980, p.21), traçando um paralelo entre a constituição das medicinas antropológica e psicossomática que surgiram, respectivamente, nas décadas de 20 na Alemanha e 30 nos Estados Unidos da América (EUA), afirmou que: “...A Medicina antropológica pretende ser a superação de uma Medicina estritamente orgânica, tal como esta se manteve no modelo clínico tradicional.” A psicossomática, “...partindo de uma perspectiva análoga, se bem que aprofundando as conseqüências dessas premissas teóricas, desligando-se das referências do discurso filosófico e produzindo formulações positivas sobre as enfermidades somáticas...”, leva para a Medicina novas contribuições, particularmente a da teoria psicanalítica. Tal contribuição se deu de forma mais interna à própria constituição da doença, por meio da formulação de uma etiologia psicológica da enfermidade. De acordo com Mello Filho *et al.* (1992, p.19), esta foi a primeira fase no percurso evolutivo da Medicina psicossomática. A segunda fase foi marcada pelos estudos sobre o estresse, guiados pela teoria behaviourista, e a fase atual caracteriza-se por uma visão multidisciplinar focada na interação entre os diversos profissionais de saúde. Em síntese, os autores definem a psicossomática como: “...uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde é um campo de pesquisas sobre esses fatos e, ao mesmo tempo, uma prática, a prática de uma Medicina Integral.”

Segundo Ramos-Cerqueira (1994), deve-se a esse movimento a entrada do psiquiatra e, posteriormente, do psicólogo no Hospital Geral, através da atividade chamada Psiquiatria de Consultoria e Ligação. De acordo com essa autora, foi nos EUA, no período pós-guerra, que teve início a implantação de unidades psiquiátricas nos hospitais gerais para o atendimento de crescente número de pacientes com distúrbios psiquiátricos.

Chegou-se, portanto, ao ponto de encontro entre a instituição médica e a Psicologia da Saúde e Hospitalar. Antes de avançar nessa direção, faz-se necessário compreender o lugar que o Hospital ocupa na instituição médica e como ele se tornará campo de trabalho também para outros profissionais, entre eles o psicólogo.

### 3.2 O Hospital como *locus* privilegiado da Medicina

O percurso evolutivo da instituição médica provocou mudanças também na função social do espaço hospitalar. Até o século XVIII, o Hospital funcionou como abrigo dos excluídos: loucos, prostitutas, pobres e doentes, onde a prática médica e a atividade terapêutica se encontravam ausentes. Era essencialmente um lugar para onde se ia morrer e não se tratar e se curar (FOUCAULT, 1979). Como se dava, então, a prática médica naquela época? Foucault (1979, p.102) descreveu-a:

A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico. Nessa luta, o médico desempenhava o papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença. Esta espécie de teatro, de batalha, de luta em que consistia a cura só podia se desenvolver em forma de relação individual entre médico e doente. A idéia de uma longa série de observações no interior do Hospital, em que se poderia registrar as constâncias, as generalidades, os elementos particulares, etc., estava excluída da prática médica (FOUCAULT, 1979, p.102).

Se até o final do século XVIII a Medicina e o Hospital encontravam-se dissociados, em que momento e como se deu a transformação do Hospital em lugar por excelência da prática médica, tal como é reconhecido hoje? Assim como os cemitérios eram uma preocupação para a Medicina higiênica francesa, os hospitais também se transformaram em objeto de atenção no controle das



doenças. A primeira mudança no espaço hospitalar teve, de acordo com Foucault (1979, p.103), o objetivo de anular seus efeitos negativos na saúde da população, uma vez que o amontoado indiscriminado de doentes consistia, por si só, numa grave ameaça de contágios e epidemias. Portanto, essa reorganização não se deu através da técnica médica com o objetivo de tratamento e cura, mas de um outro tipo de tecnologia: a disciplina. Para o autor, as bases nas quais se assenta o poder disciplinar são: a distribuição e organização espacial, o controle da ação por meio do seu registro e vigilância sistemáticos e o controle do tempo. A introdução desses mecanismos disciplinares no espaço hospitalar é que possibilitou sua medicalização.

Helman (1994, p.84) descreveu da seguinte maneira o conjunto de mecanismos desenvolvidos pelo estabelecimento hospitalar para o desempenho de sua função disciplinar, tal como é conhecido atualmente:

Na maior parte dos países, a principal estrutura institucional da Medicina científica é o Hospital. Ao contrário do que ocorre nas alternativas informal e popular, a pessoa doente é separada de sua família, amigos e comunidade no momento de crise pessoal. No Hospital, submete-se a um ritual padronizado de "despersonalização"; é transformado num "caso" numerado e colocado numa ala repleta de estranhos. A ênfase recai sobre a doença física, com poucas referências ao ambiente doméstico, religião, relações sociais, *status* moral ou ao significado que o paciente dá à doença. A especialização hospitalar garante que os pacientes sejam classificados e colocados em determinada ala, com base nas suas idades (adultos, pacientes pediátricos e geriátricos), doença (clínica, cirúrgica ou outra), gênero (feminino, masculino), órgão ou sistema envolvido (otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia) ou gravidade (unidades de tratamento intensivo, departamentos de acidentes e emergências). Os pacientes do mesmo sexo, da mesma faixa etária e com doenças similares ocupam a mesma ala hospitalar. Todos eles são despojados de seus suportes de identidade pessoal e individualidade e uniformizados em pijamas, camisolas ou roupões de banho. Perdem o controle sobre o próprio corpo e espaço, privacidade, comportamento e dietas pessoais, assim como o uso de seu tempo. Os pacientes são afastados do constante apoio emocional da família e da comunidade, ficando aos cuidados dos profissionais que eles nunca viram antes. Nos hospitais, o relacionamento dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e técnicos – com seus pacientes é essencialmente caracterizado pela distância, formalidade, diálogos rápidos e freqüentemente pelo uso do jargão profissional (HELMAN, 1994, p.84).

Outra transformação importante que contribuirá para a consolidação da união entre a prática médica e o Hospital será a própria evolução do saber médico. A Medicina dos sintomas, centrada na observação clínica e na atividade de ensino, irá transformar esse espaço em alvo de novos interesses e garantir-lhe outro *status*: “E reciprocamente delinea-se para o rico a utilidade de ajudar os pobres hospitalizados: pagando para tratá-los, pagará, de fato, inclusive, para que se conheçam melhor as doenças que podem afetá-lo; o que é benevolência com respeito ao pobre se transforma em conhecimento aplicável ao rico...” (FOUCAULT, 1979, p.96).

A partir de então, o Hospital torna-se o núcleo da atividade médica com função declaradamente terapêutica e curativa.

Ainda, no que se refere à função do estabelecimento hospitalar, é preciso destacar a distorção de seus objetivos à medida que este se torna uma organização burocrática. Se seu objetivo oficial é o tratamento, recuperação e/ou cura dos doentes, para o qual é montada uma complexa estrutura organizacional envolvendo recursos materiais e humanos, seu objetivo real se traduz na administração de conflitos entre as diversas categorias profissionais, com suas concepções sobre a doença, tratamento, seus diversos interesses corporativos e suas disputas pelo poder.

Atualmente, com a crescente e acelerada incorporação de novas tecnologias ao trabalho médico e a incorporação, pela Medicina, de outros discursos e saberes, o espaço hospitalar ganhou complexidade. Acrescente-se a isso as determinações das políticas de saúde, suas reorganizações ao longo do tempo e, ainda, a lógica do mercado que rege a indústria médica de nossos tempos.

No Brasil, o percurso histórico da estrutura organizacional hospitalar encontra-se estritamente relacionado com as mudanças nas políticas de saúde. Mendes (1984, p.107), descrevendo os paradigmas organizacionais do sistema de saúde brasileiro, destacou três modelos sanitários:

- o “paradigma central-verticalista” derivado do sanitarismo campanhista e caracterizado por: centralização administrativa, estrutura hierárquica rígida, verticalização na tomada e execução das decisões e isolamento institucional, onde as instituições estatais trabalhavam somente o objeto saúde pública. De acordo com esse modelo, constituem-se unidades de saúde especializadas, como sanatórios de lepra e tuberculose e hospitais psiquiátricos. O esgotamento desse modelo promoveu, nos anos 70, sua substituição por um novo paradigma.
- horizontal-desconcentrado, que toma como referência o modelo médico-assistencial privatista e que, de acordo com o autor, “...foi um modelo dual que separava a atenção à saúde das pessoas, obrigação do setor privado, mediado pela Previdência Social, das ações de saúde coletiva, incumbência do complexo Ministério/Secretarias de Saúde” (MENDES, 1984, p.108). Entre as características desse paradigma, citadas pelo autor, destacam-se a centralização no plano normativo e a manutenção do isolamento institucional, continuando as ações de atenção primária e as campanhas de saúde pública a cargo dos estabelecimentos de saúde estatais.
- estratégico-descentralizado, que se dá pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e é descrito da seguinte maneira por Mendes (1984, p. 109):

A consolidação desse novo paradigma exigirá alguns movimentos, dentre os quais cabe mencionar: da desconcentração para a descentralização; da decisão institucional para a decisão colegiada

baseada na administração de conflitos e na formação de consensos; da prestação de serviços para a regulação; do planejamento normativo para o planejamento estratégico; do controle e avaliação de processos para o controle de resultados e da qualidade da atenção; do controle burocrático para o controle social; da estrutura rígida para a estrutura adaptativa que permita adaptar-se às incertezas; da rigidez dos modelos de administração direta ou indireta para novas formas de autonomia de gestão e de co-gestão comunitária; do modelo dual de atenção médica e programas de saúde pública para uma organização orientada por problemas e organizada numa base territorial; do insulamento institucional para as parcerias com diferentes atores governamentais e não governamentais; da focalização instestinal para a focalização no cidadão-cliente, que passa a ser o sujeito da instituição (MENDES, 1984, p.109).

É possível perceber que a mudança dos paradigmas anteriores para o atual não ocorreu de forma completa, efetiva. O panorama da saúde pública atual demonstra a convivência de antigos e novos padrões. A transição do antigo para o novo implica a mudança da cultura institucional e, conseqüentemente, a movimentação das relações de poder entre os atores envolvidos. Ainda na visão do autor (MENDES, 1984, p.124),

O sistema único de saúde inscreveu, na agenda sanitária nacional, um novo objeto, expresso nas suas diretrizes e princípios: universalidade, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade da assistência à saúde, direito à informação, utilização da epidemiologia para estabelecimento das prioridades, alocação de recursos e orientação programática, participação da comunidade, descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços e intersetorialidade. Esse novo objeto não é dado *a priori*; diversamente deve ser tomado como situação-objetivo a ser alcançada no processo de construção do SUS (MENDES, 1984, p.124).

### 3.3 A Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar

Viu-se anteriormente que a incorporação de novos saberes à Medicina não se dá gratuitamente, pelo simples reconhecimento da importância de considerar as dimensões socioeconômicas e psíquicas do processo de adoecimento (BIRMAN, 1980). Na verdade, ela se dá por exigências de uma nova

realidade social e da insuficiência do saber médico em fazer frente a elas, mantendo ao mesmo tempo sua posição hegemônica no campo da saúde.

No Brasil, de acordo com Spink (2003, p.155-156), a inserção dos psicólogos no campo da saúde se deve a três importantes transformações que ocorreram entre os anos 70 e 90.

- A primeira delas se deve à mudança na Medicina, mencionada anteriormente: "...houve uma resignificação da causalidade na explicação da doença, passando esta a ser vista como um processo e, especialmente, como um fenômeno complexo e transdisciplinar que precisa ser abordado de forma integradora, englobando as dimensões biopsicossociais."
- A segunda se deve à ênfase aos cuidados primários, da qual a Declaração de Alma-Ata, União Soviética, em 1978, é um marco. De acordo com a autora, tal ênfase traz uma nova dimensão para a assistência à saúde: a determinação social da doença.
- A terceira transformação se dá com: "... a configuração de uma diversidade de movimentos para a reintegração social dos diferentes, movimento que se inicia, no Brasil, com o fechamento dos leprosários, dos sanatórios e culmina no presente com a luta antimanicomial." Decorre daí, portanto, uma reestruturação dos serviços de saúde incorporando a participação dos profissionais de saúde mental como membros das equipes multiprofissionais.

O crescente movimento de inserção profissional de psicólogos nos mais diversos estabelecimentos de saúde inaugurou, então, um novo campo teórico-prático: a Psicologia da Saúde. Bornholdt e Castro (2004), discutindo as

diferenças entre a Psicologia da Saúde e a Hospitalar, afirmaram que a primeira é uma área já consolidada internacionalmente e que a segunda, largamente difundida em nosso país e sendo, inclusive, considerada uma especialização pelo Conselho Federal de Psicologia, é inexistente em outros países, ainda que lá também o psicólogo atue em hospitais. As autoras ressaltaram, ainda, a inadequação do termo Psicologia Hospitalar, uma vez que nessa lógica toma-se como referência o local de atuação, em detrimento das atividades que ali são desenvolvidas. Com o objetivo de delimitar mais claramente cada uma das áreas, traçaram um quadro comparativo entre Psicologia Clínica, da Saúde e Hospitalar:

A Psicologia Clínica propõe um trabalho amplo de saúde mental nos três níveis de atuação – primário, secundário e terciário – e a Psicologia da saúde também propõe um trabalho abrangente nesses mesmos níveis, mas aplicada no âmbito sanitário, enfatizando as implicações psicológicas, sociais e físicas da saúde e da doença. No que diz respeito à Psicologia hospitalar, sua atuação poderia ser incluída nos preceitos da Psicologia da saúde, limitando-se, entretanto, à Instituição-Hospital e, em consequência, ao trabalho de prevenção secundária e terciária (BORNHOLDT;CASTRO, 2004).

No que diz respeito especificamente ao surgimento e desenvolvimento da Psicologia Hospitalar no Brasil, o estudo historiográfico empreendido por Angerami-Camon (1996) procurou resgatar os principais marcos que compõem o processo de institucionalização desse campo. De acordo com esse autor, o início da Psicologia Hospitalar no Brasil data de 1954, quando Matilde Neder iniciou suas atividades na então Clínica Ortopédica e Traumatológica da Universidade de São Paulo (USP), com o objetivo de preparar os pacientes para intervenção cirúrgica, bem como para recuperação pós-cirúrgica. Em 1957, Matilde Neder transferiu-se para o Instituto Nacional de Reabilitação da USP e, em conferência pronunciada por ocasião do 1º Seminário realizado naquele Instituto em 1959,

definiu da seguinte maneira as atribuições do psicólogo que atua na equipe de reabilitação:

a) determinação e conhecimento das condições intelectuais, da personalidade, interesses, aptidões, habilidades específicas do cliente, a fim de que a equipe conheça suas habilidades, potencialidades, limitações, a par de possíveis problemas emocionais e de ajustamento, além de suas possibilidades reativas; b) colaboração com todos os membros da equipe; c) assistência psicológica ao cliente em processo de reabilitação; d) contato com a família do cliente, esclarecendo-a sobre as condições do mesmo; e) pesquisas psicológicas, tendo em vista o campo da reabilitação; f) treinamento de outros psicólogos, no campo da reabilitação; g) instrução e assistência psicológica, em aulas e acompanhamentos de estágios, a alunos de cursos especiais, promovidos pelo Instituto (terapia ocupacional, fisioterapia, prótese ou outros) - (NEDER, 1959, *apud* ANGERAMI-CAMON, 1996).

Ainda nessa conferência, Matilde Neder abordou o perfil do psicólogo para o trabalho institucional, enfatizando a importância de sua formação acadêmica e de sua análise pessoal. Questionou, ainda, a identificação do trabalho do psicólogo estritamente com o uso de testes e o risco de sua aplicação por vezes inadequada, considerando-se o perfil do paciente, suas condições físicas e psíquicas e a realidade institucional.

Outro marco que merece destaque é a organização e implantação do Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1974, por Bellkiss Wilma Romano. Dois anos depois, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo ofereceu aos alunos da graduação em Psicologia o curso Atuação do Psicólogo em Hospital, sob a responsabilidade dessa mesma profissional. A partir daí, houve uma seqüência de eventos acadêmicos e organização de serviços de Psicologia em outras instituições, destacando-se:

- 1981 – Primeiro curso de especialização em Psicologia Hospitalar oferecido pelo Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo, sob a coordenação de Angerami-Camon;

- 1982 – Marli Rosani Meleti normatizou, após anos de atividades, o Setor de Psicologia do Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemérita Sociedade Portuguesa de Beneficência, também em São Paulo;
- 1982 – Heloisa Benevides Carvalho Chiattonne implantou o Setor de Psicologia no Serviço de Pediatria do Hospital Brigadeiro, em São Paulo;
- 1983 – Realizou-se o I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, promovido pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da USP;
- 1984 – Realizou-se o I Simpósio de Psicologia Hospitalar em São Paulo;
- 1988 – Foi defendida a primeira tese de doutoramento abordando a realidade da Psicologia Hospitalar, por Bellkiss Romano;
- 1992 – Realizou-se em São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar.

Ressaltam-se esses eventos em função do seu caráter pioneiro. Existem outros de igual importância. Foge ao escopo deste estudo a descrição mais detalhada e abrangente dessas atividades, sendo a intenção apenas a de proporcionar ao leitor uma visão mais geral da movimentação acadêmica e da crescente e rápida institucionalização desse campo. Não se poder deixar de mencionar ainda Maria Tereza Maldonado como precursora desse trabalho na área da obstetrícia (SPINK, 2003).

Como resultado do esforço desses e de muitos outros profissionais, encontra-se a Psicologia Hospitalar, tendo como atributo que a diferencia a atuação em estabelecimentos de nível secundário e terciário para, de acordo com as determinações do Conselho Federal de Psicologia avaliar e acompanhar



intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou recuperação da saúde física e mental. Estão incluídas nas atividades do psicólogo hospitalar, além das intervenções dirigidas ao paciente, particularmente a relação deste último com o processo de adoecimento e internação, as intervenções junto aos outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional e a constelação familiar do paciente.

O Serviço de Psicologia atua dentro do estabelecimento hospitalar de diversas formas, sendo uma delas a atividade de interconsulta psicológica, que objetiva a assistência ao paciente internado em suas enfermarias. O sistema de interconsulta (IC) funciona da seguinte maneira: os diversos profissionais da equipe, prioritariamente os médicos, que atuam nas enfermarias, ao detectarem no paciente por eles assistido a presença de transtornos emocionais que possam estar interferindo no processo de adoecimento e/ou tratamento, solicitam ao Serviço de Psicologia um parecer, onde justificam, por escrito, o motivo dessa solicitação e pedem avaliação e/ou acompanhamento do paciente.

De acordo com Martins *et al.* (1995, p.55): “em um sentido amplo, a IC refere-se à presença do profissional de saúde mental em uma unidade ou serviço médico, atendendo à solicitação de um profissional de outra área.” Martins (1992, p.160) resumiu os objetivos dessa atividade: “...modificar a estrutura assistencial centrada na doença para uma forma de trabalho centrada no paciente, valorizar o papel da relação médico-paciente e aprofundar o estudo da situação do doente e dos profissionais nas instituições médicas.”

Sobre essa forma de inserção do profissional de saúde mental nas instituições de saúde, Albuquerque e Siqueira (1990, p.127) fizeram a seguinte distinção:

- a) Interconsulta: ocorre por uma necessidade de atuação especificamente do psiquiatra diante da necessidade de um esclarecimento diagnóstico e/ou terapêutica medicamentosa.
- b) Interconsultoria: presta-se a promover avaliações, discussão em grupo com a equipe que cuida do paciente. Nesse processo, não se distingue o papel do psiquiatra ou do psicólogo, o tipo de ajuda é mais de compreensão psicológica.

Essas afirmativas remetem à questão do referencial utilizado pelos psicólogos para orientar sua prática no contexto institucional. Será de acordo com o referencial utilizado que sua prática poderá ou incrementar a dissociação corporalmente característica desse âmbito ou promover a interlocução entre equipe de saúde e paciente para mais compreensão dos fenômenos psíquicos presentes nessa relação. De acordo com Ramos-Cerqueira (1994, p.192), a primeira opção coincide com o ideal "asséptico" desejado pelo médico e muitas vezes aceito pelo interconsultor. A autora observou, assertivamente a nosso ver, que:

A medicina clássica, tal como é exercida na grande maioria das instituições médicas, concebe o ato médico como uma prática peculiar, baseada na dissociação do fenômeno de seu estudo – o doente, separando-o da doença. Enquanto a doença é estudada cientificamente, o doente é submetido ao conhecimento do senso-comum: sua abordagem é ideológica e conseqüentemente muito diferente para cada médico... (RAMOS-CERQUEIRA (1994, p.192).

No que diz respeito à consideração dos aspectos psicodinâmicos presentes no relacionamento entre os atores envolvidos na atividade

interconsulta, Ramos-Cerqueira (1994, p.194) afirmou que o cenário de atuação da IC será: “...analisar o campo dinâmico das inter-relações emocionais (a transferência e a contratransferência), ocorrendo no campo institucional, permeadas por esse campo com suas regras e normas a que tanto o médico como o paciente estão sujeitos...” De acordo com o exposto, a autora indica, ainda, a tarefa básica do interconsultor: a compreensão dos objetos institucionais, através de sua explicitação e análise, com o objetivo de ressignificá-los, tornando a assistência clínica ao doente, na medida do possível, livre de distorções. Isto inclui a realização de um diagnóstico situacional que Martins (1992, p.164) descreveu da seguinte maneira:

Esse diagnóstico situacional inclui um diagnóstico das reações vivenciais – psicológicas e psicopatológicas – do paciente, do médico, da equipe médica, de outros pacientes e um autodiagnóstico do interconsultor – naquele momento, naquele lugar – e um acompanhamento diário que supõe alterações das hipóteses diagnósticas formuladas inicialmente (MARTINS, 1992, p.164).

Em síntese, pode-se afirmar que a atividade diagnóstica e terapêutica que o psicólogo exerce no ambiente hospitalar não se dirige apenas ao paciente, mas aos diversos elementos envolvidos em sua assistência, fato que cria, *a priori*, uma especificidade nesse âmbito de atuação e que o diferencia de forma importante da atividade clínica tradicional.

## 4 METODOLOGIA

A exemplo do capítulo 2, onde se procurou orientar o leitor no percurso para a escolha do marco teórico, no presente capítulo o esforço será o de fazer com que o leitor acompanhe cada passo dado da construção da metodologia de pesquisa.

A formulação do problema é fruto de observações, vivências e reflexões feitas a partir de um lugar específico: o de pertencimento formal ao estabelecimento hospitalar como psicóloga clínica. A inserção nesse campo foi e ainda é fonte de muitos questionamentos e indagações, como já foi abordado ao longo dos primeiros capítulos deste estudo. De acordo com Bleger (1992, p.27-28), a análise da estrutura organizacional, dos objetivos e funções do estabelecimento institucional para o qual se trabalha é o primeiro nível da tarefa do psicólogo. O autor considera que tal tarefa já é parte de sua atuação e, como tal, caracteriza-se como uma intervenção que, por sua vez, deverá criar vários tipos de tensão, os quais o profissional deverá estar pronto a enfrentar como parte dessa mesma tarefa.

Antes de ater a uma descrição mais detalhada dos procedimentos, e com o objetivo de que o leitor se familiarize um pouco mais com o universo de trabalho, alguns dados sobre a configuração do campo de intervenção ajudarão nessa tarefa.

#### 4.1 O Hospital e seu serviço de Psicologia

De acordo com relatório elaborado pelo serviço de Recursos Humanos do Hospital, esse estabelecimento foi inaugurado em 1958 e criado especialmente para tratamento da tuberculose pulmonar, sendo gerido pela Previdência Social. Em 1970, ampliou seu atendimento a pacientes com outras doenças do pulmão. No final da década de 70 e princípio de 80, o Hospital reviu, como todo o mundo, a política de tratamento da tuberculose. Em decorrência das demandas apresentadas pela comunidade, dos avanços no tratamento da tuberculose e das mudanças no quadro epidemiológico dessa doença, o Hospital se transformou paulatinamente em Hospital Geral. Hoje, pertencendo à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), sua receita é constituída basicamente por recursos provenientes do orçamento do estado e faturamento do SUS. Com área física de 234.875,33m<sup>2</sup> e área construída de aproximadamente 30.000m<sup>2</sup>, situa-se na periferia de Belo Horizonte/MG. Opera atualmente com 295 leitos distribuídos entre as clínicas médica, cirúrgica, pneumo e tisiológicas e obstétrica (Maternidade). Conta, ainda, com outros serviços, como ambulatório de diversas especialidades clínicas, atendimento de urgência (pronto-socorro), Centro de Terapia Intensiva e serviços de apoio técnico, como laboratório e radiologia, entre outros. O Hospital funciona também como centro de treinamento e aperfeiçoamento profissional para várias categorias profissionais, tendo, atualmente, programas de residência médica credenciados pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) nas seguintes especialidades: gineco-obstetrícia, clínica médica, clínica pneumológica, cirurgia geral e cirurgia torácica.

O Serviço de Psicologia Hospitalar teve início por volta do ano de 1991, por iniciativa de alguns psicólogos que exerciam atividade ambulatorial e que, paulatinamente, começaram a atuar junto aos pacientes internados, particularmente nas enfermarias de pneumologia, com pacientes acometidos por tuberculose, onde as internações são de longa permanência. A oferta desse serviço dentro do Hospital suscitou demandas de outras clínicas, que passaram a ser atendidas pelo sistema de interconsulta, conforme o modelo da Psiquiatria de ligação. Hoje, esse serviço conta com quatro psicólogos que atendem as diversas clínicas, incluindo o Centro de Terapia Intensiva. O baixo número de profissionais no serviço tornou-se fator determinante para a atuação restrita à atividade de interconsulta, impedindo que os mesmos desenvolvam projetos de mais autonomia.

#### 4.2 A coleta dos dados

Utilizou-se durante o processo de investigação basicamente três instrumentos para a coleta de dados: observação, consulta à documentação e entrevistas semi-estruturadas com médicos e psicólogos. É importante salientar que a observação realizada por meio da prática profissional, embora não tenha sido conduzida de forma sistemática, foi um importante instrumento para a formulação do problema de pesquisa e irá permear todo o processo de investigação e análise neste estudo.

De acordo com a utilização desses instrumentos, o percurso metodológico divide-se basicamente em duas etapas. Na primeira, foi feito um

mapeamento dos pedidos de IC realizados no período de um ano - de abril de 2004 a março de 2003, nas duas enfermarias de clínica médica do Hospital. O resultado desse mapeamento permitiu organizar eixos temáticos a serem aprofundados nas entrevistas, procedimento que corresponde à segunda fase da investigação, em que se procurou prioritariamente conhecer as diversas representações dos entrevistados sobre os diversos temas. Concomitantemente a essas duas etapas, realizaram-se consultas a documentos do estabelecimento hospitalar relacionados diretamente ao problema.

#### 4.2.1 Consulta à documentação

Para este estudo, destacam-se três tipos de documentos do estabelecimento hospitalar. O primeiro traz informações explícitas sobre os lugares formais do médico e psicólogo no estabelecimento hospitalar e implícitas sobre as relações de poder entre esses dois atores. Eles consistem basicamente no organograma do estabelecimento hospitalar (ANEXO A) e em comunicações internas sobre a atividade de interconsulta. O segundo tipo traz informações sobre a história do estabelecimento hospitalar em questão e sua situação atual. Esses documentos consistem, reciprocamente, em relatório emitido pelo Serviço de Recursos Humanos do próprio estabelecimento e Relatório de Avaliação e Diagnóstico Situacional emitido pela FHEMIG (MINAS GERAIS, 2002).

O terceiro tipo, e alvo principal desta investigação, são os pedidos de interconsulta feitos pelos médicos da clínica médica aos psicólogos no período de um ano – abril de 2003 a março de 2004. Informações importantes estão contidas

nesses encaminhamentos. Redigido em um formulário padrão (ANEXO B), esse pedido consiste em um texto escrito pelo médico solicitante, onde encontra-se o diagnóstico médico do ponto de vista orgânico, o motivo explícito da solicitação, nome do paciente a ser atendido, sexo, sua enfermaria, número do leito, data e nome do médico. Em resposta à solicitação, encontra-se a avaliação inicial do psicólogo, que será feita na segunda metade do mesmo formulário, seu nome e data. Esse formulário ficará definitivamente anexado ao prontuário do paciente. Nesse tipo de documentação estão informações diretamente relacionadas à demanda e encargo direcionados ao psicólogo, bem como o perfil do paciente que lhe é encaminhado pelos médicos.

Pela pasta de registro de interconsultas, foram selecionados todos os pedidos realizados por médicos da clínica médica no período determinado anteriormente. A clínica médica desse Hospital conta, atualmente, com 76 leitos, sendo 34 distribuídos na enfermaria feminina e 42 na enfermaria masculina. A opção pela clínica médica se deu em função de que, empiricamente, observa-se no seu âmbito a presença das mais variadas doenças que, por sua vez, requerem diferenciados tipos de conduta e, por isso, múltiplas possibilidades de encaminhamento ao psicólogo. Outra justificativa diz respeito à possibilidade de se encontrar, também, mais incidência de doenças em que a etiologia psíquica terá participação importante, fato que poderia igualmente determinar a demanda ao psicólogo. Não foram considerados, portanto, propositalmente, os pedidos feitos pelas demais clínicas, por se constituírem em realidades bastante específicas e diferenciadas da clínica médica, o que ampliaria por demais o escopo deste trabalho.



Não se consideraram, também, os pedidos feitos por outros profissionais da equipe - enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas - por fugirem do principal foco deste estudo: a interação médico-psicólogo. Em um total de 1.380 internações ocorridas nesse período, 120 encaminhamentos foram feitos à Psicologia, o que corresponde a 8,7% dos pacientes internados nessa clínica. Partiu-se, então, para a busca dos prontuários dos pacientes encaminhados, que permanecem guardados no setor de arquivo do Hospital. Na consulta a esses prontuários, 58 pedidos foram encontrados. Entre os 62 pedidos não encontrados, 46 não foram localizados por erros de anotação na pasta de registro de interconsultas (números de prontuários errados ou sem número), o que impossibilitou o acesso aos mesmos; 16 não constavam nos prontuários, talvez por motivos de alta ou óbito do usuário antes do atendimento psicológico.

Como primeira etapa da investigação, o mapeamento das ICs se configurou como importante recurso para a identificação dos eixos temáticos a serem aprofundados por ocasião das entrevistas e, particularmente, na montagem de um perfil clínico do paciente assistido no estabelecimento hospitalar em questão. O mapeamento foi feito de acordo com a sua divisão em duas partes: a primeira correspondente à solicitação feita pelo médico; a segunda à resposta do psicólogo a essa solicitação. Cada uma dessas partes foi submetida a uma análise temática, onde foram identificados os temas mais freqüentes, que posteriormente foram organizados por categorias.

Na primeira parte, que corresponde ao mapeamento do texto médico, a análise encontra-se organizada em torno de três temas:

- a) doenças orgânicas mencionadas pelo médico;
- b) estados emocionais do paciente, observados pelo médico;

c) demanda explicitada pelo médico.

Na segunda parte do mapeamento, que corresponde à análise do parecer emitido pelo psicólogo, encontram-se os seguintes temas:

- a) estados emocionais do paciente, observados pelo psicólogo;
- b) sugestões e/ou observações do psicólogo direcionadas ao médico consultante;
- c) objetivos do psicólogo no acompanhamento do paciente.

#### 4.2.2 As entrevistas semi-estruturadas

São três os motivos pelos quais se optou pelo uso desse instrumento: a possibilidade que ele nos oferece de explorar as diferentes perspectivas dos diversos atores; a necessidade de um instrumento que possibilitasse confrontar a visão do pesquisador e a dos sujeitos pesquisados; e o caráter interacional predominante na situação de entrevista.

Sobre a finalidade da pesquisa qualitativa, Gaskell (2002, p.68) afirmou que: "... não é contar opiniões ou pessoas, mas, ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão." Dessa forma, o autor distingue a entrevista semi-estruturada com um único respondente da entrevista de levantamento fortemente estruturada e da conversação utilizada na observação participante. Um dos eixos temáticos a ser aprofundado na entrevista é a demanda que os médicos dirigem aos psicólogos através do pedido de interconsulta. Interessa particularmente a este estudo o sentido implícito dessa demanda, denominado encargo. Entretanto, interessa também caracterizar o

formato da interação entre os dois atores. Bleger (1993, p.19-20) explicitou o caráter de interação que a situação da entrevista proporciona, referindo-se à questão da validade da mesma como instrumento científico:

Poder-se-á insistir que a entrevista não tem validade de instrumento científico porque as manifestações do objeto que estudamos dependem, nesse caso, da relação que se estabeleça com o entrevistador e, portanto, todos os fenômenos que aparecem estão condicionados por essa relação. Esse tipo de objeção deriva de uma concepção metafísica do mundo: o supor que cada objeto tem qualidades que dependem de sua natureza interna própria e que determinadas relações modificam ou subvertem essa pureza ontológica ou essas qualidades naturais. O certo é que as qualidades do objeto são sempre relacionais; derivam das condições e relações nas quais se acha cada objeto em cada momento (BLEGER, 1993, p.19-20).

Partindo da premissa de que a investigação é um processo dialético e que o investigador jamais vai ao campo sem hipóteses, foi formulado um roteiro contendo tópicos-chave a serem abordados, para cada um dos dois atores (APÊNDICE A).

É importante salientar o caráter de flexibilidade desses tópicos, uma vez que, de acordo com as afirmações de cada um dos entrevistados, eles foram reformulados ou apresentados em ordens distintas.

Para a seleção dos entrevistados, alguns achados obtidos através do mapeamento das ICs serviram de base: entre os 58 pedidos de interconsulta analisados, encontraram-se 13 emitidos por médicos assistentes pertencentes ao corpo clínico do Hospital, 34 emitidos por residentes e 11 por acadêmicos. Entre os 11 médicos assistentes responsáveis por leitos nas enfermarias de Clínica Médica, quatro constam na lista daqueles que fizeram encaminhamentos ao psicólogo.

A seleção dos médicos entrevistados estabeleceu-se em função de dois critérios principais:

- sua presença ou não na lista de médicos consultantes formulada através da análise dos encaminhamentos, o que resultou na formação de dois grupos entre os médicos assistentes. A esta exigência somou-se outra:
- todos os médicos deveriam estar há pelo menos cinco anos trabalhando no Hospital, o que lhes propiciaria mais intimidade com o assunto em questão.

Considerando-se a representatividade dos residentes na lista de médicos consultantes, formou-se um terceiro grupo, que sofreu ainda outro tipo de seleção. Entrevistaram-se apenas os residentes que se encontravam no segundo ano, pelo fato de estarem mais familiarizados com o serviço. O interesse nesse grupo se deu em função de sua formação recente, o que poderia proporcionar meios de comparação com os médicos de formação anterior.

Quanto ao número de entrevistados, com o objetivo de obter o máximo de variedade possível de pontos de vista, levou-se em consideração a segmentação de nosso meio nos três grupos mencionados, o que resultou na seguinte distribuição: entrevista com dois médicos assistentes presentes na lista dos consultantes representados nas citações pelas siglas MA1 e MA2; entrevista com dois médicos assistentes ausentes nessa lista, MA3 e MA4; e entrevista com três residentes presentes na mesma lista, MR1, MR2 e MR3.

Para entrevista com psicólogos, três profissionais que fazem parte do serviço de Psicologia foram escolhidos, além da pesquisadora, considerando-se o fato de esses profissionais já terem atuado ou estarem atuando nas enfermarias de clínica médica e por estarem há pelo menos dois anos atuando no serviço de Psicologia do Hospital. Os três foram entrevistados e representados nas citações pelas siglas P1, P2 e P3.

Todas as entrevistas foram gravadas, de acordo com o consentimento prévio dos entrevistados (APÊNDICE B) e posteriormente transcritas.

O conteúdo foi organizado em determinados núcleos e em seguida em categorias. O primeiro núcleo se constituiu na contextualização do campo institucional. Nele constam os aspectos organizacionais abordados pelos entrevistados, que se referem à sua dinâmica de trabalho. O segundo núcleo se constituiu na caracterização do objeto de trabalho comum ao par médico-psicólogo, ou seja, o perfil clínico do paciente. O terceiro núcleo se constituiu na oferta que o psicólogo faz no contexto hospitalar. Da configuração dessa oferta, faz parte a análise da formação e da inserção desse profissional no Hospital Geral. O quarto núcleo consiste na análise da demanda que o médico apresenta ao psicólogo e do encargo nela contido. Como partes da formulação da demanda, consideraram-se, ainda, a formação e a prática médica. A análise de cada um desses núcleos foi desenvolvida conforme sua organização em categorias.

Utilizou-se, para este estudo, a análise de conteúdo temática. Isto significa, operacionalmente, que de acordo com os pressupostos teóricos e o problema de pesquisa desta investigação, foram eleitos temas que nortearam a seleção e categorização de todo o material obtido pela consulta à documentação e pelas entrevistas.

O próximo capítulo tratará da apresentação e discussão dos dados coletados, que resultam do cumprimento de todo o processo investigativo descrito no presente capítulo.

## 5 O CONTEXTO INSTITUCIONAL

A maneira como o estabelecimento hospitalar se encontra estruturado deve-se, como já visto, à necessidade de materialização da lógica institucional que rege a saúde da população. Isto implica afirmar que o estabelecimento hospitalar não pode ser considerado e/ou analisado isoladamente de todo o contexto institucional do qual é parte integrante. Para não fugir ao escopo do problema desta pesquisa, foi solicitado aos entrevistados - médicos e psicólogos - que descrevessem os aspectos organizacionais, ou seja, próprios do funcionamento do Hospital e do sistema de saúde em que ele se encontra inserido, que interferem em sua prática profissional e que poderiam direta ou indiretamente trazer conseqüências para a atividade de interconsulta.

### 5.1 O analisador: a alta hospitalar

O principal aspecto organizacional encontrado, evidenciado na fala dos médicos entrevistados, refere-se à alta hospitalar. A preocupação com a etapa final do processo de internação é traduzida primeiramente pela incerteza quanto à continuidade do tratamento ambulatorial. De acordo com os entrevistados, a deficiência de suporte médico-social pós-alta, particularmente nos casos de alcoolismo, provoca reinternações que, por sua vez, resultam em alto custo financeiro para o SUS e para o usuário, que arca com o sofrimento físico e emocional. Trata-se aqui da idéia de uma rede, na qual o Hospital se encontra

inserido e na qual se observam algumas falhas, como: a predominância do modelo hospitalocêntrico, a insuficiência de equipamentos extra-hospitalares e a dissociação entre as medidas de alcance coletivo e atenção médica individual. Fica evidente, dessa forma, a descontinuidade da assistência entre os seus diversos níveis - primário, secundário e terciário - e o isolamento em que cada um deles presta seus serviços.

MA3 – Isso que eu tava te falando no início, o suporte social, ou médico-social pós-alta hospitalar. É aí que, no meu ponto de vista, no meu entendimento, acho que é aí que tá o grande problema. Porque se investe pouco nisso. E o paciente retorna. Isso é mais caro para o SUS, outra internação, como tem o outro lado, que não tem nem jeito de avaliar que o sofrimento da pessoa. Isso aí não tem jeito de avaliar, de mensurar, o sofrimento de uma pessoa, muito difícil, né? E uma internação com o sofrimento todo... Eu acho que tem que se pensar nesse suporte. Eu acho que dentro de rede FHEMIG, eu acho que isso é mais fácil, que a rede municipal. Ou até a rede FHEMIG com a rede municipal. Tem que ter uma costura nisso aí (*sic*).

Outro aspecto mencionado e que se relaciona também à alta hospitalar é a pressão que o médico sofre para reduzir a duração da internação.

MA4 – E então, quando chega o indivíduo com várias patologias, algumas que ameaçam a vida, etc., a gente tem que cuidar disso e há uma pressão legítima, eu acho, que a gente cuide disso o mais rápido possível. Em função da longa fila de espera que existe fora do Hospital. A gente faz o que é possível, da melhor maneira, o serviço é bom, da CLM\*, mas não faz o ideal. Entre esse ideal eu acho que estariam algumas interconsultas com outras clínicas, que freqüentemente a gente faz o pedido para que isso seja feito fora do Hospital, mesmo que a gente saiba que vai ser difícil a pessoa conseguir, a gente faz questão de marcar essa posição de que ele deverá procurar uma outra clínica, incluindo a Clínica de Psicologia fora do Hospital (*sic*).

\* Clínica médica.

Dados do relatório da FHEMIG sobre a taxa de permanência do doente na CLM medida entre maio e julho de 2000 apresentam média de 26 dias, sendo que a taxa preconizada pelo Ministério da Saúde encontra-se em torno de seis dias. Quais seriam as razões para números tão destoantes? Um importante fator a ser aqui considerado é o perfil do paciente que é assistido pela clínica médica

desse estabelecimento hospitalar e que, como será visto no capítulo 6, é predominantemente crônico e portador de co-morbidades. O depoimento anterior mostra, inicialmente, um conflito entre o ideal assistencial do médico e o ideal preconizado pela política de saúde vigente. Entre as medidas que compõem o ideal do médico, está a assistência do paciente por outros especialistas, incluindo o psicólogo. Acredita-se que isto é preconizado também pelo SUS, no entanto, sabe-se que sua concretização se encontra na dependência de outros tantos fatores e que existe ainda um longo caminho a ser percorrido para alcançá-lo.

Entre as diversas razões para a longa permanência do paciente no Hospital, os entrevistados citaram primeiramente aquela comumente conhecida como “cultura” do serviço público. Em seus depoimentos, eles se referem ao baixo investimento dos funcionários no trabalho, como: preguiça, “corpo mole” ou ausência de boa vontade. Esse tipo de comportamento resulta, na visão dos entrevistados, na lentidão das resoluções, particularmente na realização de exames e na apresentação de seus resultados. Essa lentidão causa demora da conclusão diagnóstica e, como consequência, a longa permanência do usuário no estabelecimento hospitalar. Novamente foi mencionado o alto custo de tudo isso para o SUS e para o usuário, inclusive no que se refere à relação deste último com o médico.

MR2 – Lentidão. Muito lento mesmo. Agora, eu já até pensei muito sobre isso. Eu não sei assim se... acho que todo mundo tem uma parcela de responsabilidade nisso. É o médico, é a secretária, é o diretor do Hospital, é a rede conveniada. Todo mundo tem uma parcela. Mas no Hospital público a gente vê muito assim, a pessoa não assume a parcela de responsabilidade dela. Então, ela só transfere a responsabilidade para o outro e esquece da sua. Às vezes, a gente pede, por exemplo, um ECO para fazer em outro Hospital. Se você tivesse no Hospital particular, com o paciente pagando uma diária ali, você ia ligar para o outro Hospital até conseguir. Aqui não, aqui você faz o seu papelzinho, você entrega lá para a secretária, a secretária vai passar para o diretor, ele vai autorizar, aí você fica esperando enquanto o paciente fica cozinhando ali (*sic*).



Embora atribuindo, à primeira vista, à cultura do serviço público o baixo investimento do funcionário em seu trabalho, os entrevistados citaram algumas justificativas para esse comportamento, desmistificando ao mesmo tempo a visão estereotipada expressa nesse rótulo: a baixa remuneração, o baixo investimento da instituição na qualificação do funcionário, número reduzido e conseqüente sobrecarga de trabalho dos mesmos, ausência de supervisão/coordenação efetivas, qualidade do vínculo empregatício, ausência de mecanismos punitivos, etc. Alguns desses fatores, senão todos, podem contribuir, inclusive, ainda na visão dos entrevistados, para o sofrimento psíquico dos funcionários.

MR2 – Eu acho assim que não é culpa da Enfermagem, mas assim, a Enfermagem daqui, o número é muito reduzido. Então, primeiro o atendimento ao paciente não consegue ser tão bom quanto deveria. Às vezes é um enfermeiro lá em cima, para 10 pessoas, então não tem como esse enfermeiro estar anotando que aquele paciente tá piorando, que aquele paciente teve febre, que o medicamento foi dado no horário certinho. Isso aí é muito difícil.[...] A gente tem uma dificuldade com exame complementar, por causa de ser um Hospital público isso é uma dificuldade grande. Agora, é, a qualidade do pessoal aqui eu acho que é muito boa (*sic*).

Confirmando esse depoimento, dados do relatório da FHEMIG constataram, em 2000, déficit de profissionais de Enfermagem em praticamente todas as áreas assistenciais, possivelmente comprometendo a assistência integral ao paciente.

MA4 – Então é uma dificuldade em função do sistema de pagamento dos profissionais. Eu acho que é uma coisa que tinha que ser uma coisa muito parecida com aquilo que respeita mais a natureza humana. [...] Então, o que ocorre é que o indivíduo trabalha de acordo com uma recompensa. Se o indivíduo trabalha bem, atende 100 pacientes no ambulatório, o outro trabalha mal e aí atende 20, ele ganha a mesma coisa aqui no Hospital. [...] E a falta de respeito, né, no bom sentido, mas há uma falta de respeito com o funcionário do Hospital. O indivíduo aqui tenha mestrado, doutorado, tá aqui há 10, 15, 20, 30 anos ele é tratado como se fosse um contratado temporário, sem nenhum tipo de respeito, sendo que o próprio funcionário contratado temporário é contratado freqüentemente de maneira ilegal, porque não existe o regime jurídico a que ele se submete, na lei. O indivíduo não tem férias, não tem 13º, fundo de garantia, por outro lado, também não é estatutário. Ou seja, o estado consegue inventar um regime jurídico que não existe, que é ilegal, à margem da lei, de maneira

pública, em massa, além de remunerar mal e desrespeitar o funcionário. Essa é minha opinião. E mesmo assim você tem funcionários dedicados no Hospital, o que até vai um pouco contra a minha tese inicial, que o indivíduo não trabalha a não ser por remuneração justa. Mas... (*sic*).

De acordo com relatório da FHEMIG, o Hospital conta com um quadro funcional composto de profissionais de diversos vínculos empregatícios: efetivos/FHEMIG (7,9%), contratos administrativos (58,7%), outros órgãos – Ministério da Saúde, Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria do Estado de Saúde – (33,4%). O Hospital trabalha, então, com mais de 50% de seus funcionários na modalidade de contratos administrativos. Como consequência, ocorre, num mesmo setor, dificuldade de gerenciamento de grupos funcionais com carga horária, salários, direitos e deveres funcionais heterogêneos. Os funcionários vinculados por contrato administrativo, pela própria situação funcional, apresentam mais dificuldade em se sentirem parte integrante do sistema, o que acarreta menos envolvimento nas questões político-administrativas da instituição e mais rotatividade. A instituição, em contrapartida, não investe na qualificação desses profissionais. Ocorre, no entanto, que esses contratos são renovados ao longo dos anos e, não sendo este fato considerado pela administração, o emprego nos moldes de contrato temporário se transforma em um “bico” definitivo para a grande maioria dos profissionais.

Os entrevistados ressaltaram, ainda, outros motivos que incidem diretamente em sua prática e contribuem para o alto índice de duração da internação, como a falta de recursos materiais e a desorganização do sistema. Dados do relatório da FHEMIG indicam, sobre os serviços de apoio diagnóstico, a existência de algumas deficiências: equipamentos obsoletos e sem manutenção adequada, desorganização administrativa, comunicação deficiente com setores

assistenciais gerando morosidade nas respostas desses serviços e inexistência de alguns recursos tecnológicos diagnósticos e terapêuticos na unidade, levando à necessidade de apoio externo.

MR1 – Algumas coisas eu acho que interferem sim. [...] Às vezes, falta material, falta condições de trabalho, isso, de uma certa forma, nos deixa assim, um pouco irritados, transtornados, sem paciência. Isso compromete, acho que compromete muito. Igual já aconteceu dias de faltar coisa básica e aquilo mexe com o pessoal, dá um certo transtorno, a gente fica um pouco meio assim: eu preciso dar uma sentada, centralizar e voltar de novo, porque tá tudo bagunçado (*sic*).

## 5.2 O processo de burocratização

Outro fator que se refere ao funcionamento do Hospital e que incide diretamente na prática médica é o alto grau de burocratização do sistema.

MA1 – Olha, o que mais interfere aqui no Hospital na prática médica nossa aqui, eu acho que é a parte administrativa mesmo, entendeu? Acho que é burocrática do Hospital. Isso é terrível. Inclusive a gente tem reuniões, às vezes, aí com pessoas que são da FHEMIG, que sempre taxam a clínica médica aqui como sendo uma Clínica que retém muito o paciente dentro do Hospital, que não dá alta, que fica molerando com os pacientes aí, quer dizer, enfim, eu não sei se seria esse termo... Enfim, a gente é taxado de ter uma permanência muito alta do paciente aqui. Mas, por exemplo, teve um paciente meu, ele ficou 30 dias aqui esperando um exame. Pedi para ir embora. Com 30 dias ele disse: \_ “Oh, vou embora”. \_ ”Eu não posso dar alta para o Sr.”\_ ”Eu assino o termo”. E foi embora (*sic*).

Para o institucionalismo, a burocracia se deve a uma distorção das finalidades e objetivos originais da instituição, sendo, por isso, contrária a toda proposta de cunho autogestivo e a instituição é um mal necessário, já que surge da necessidade humana de organização e apoio frente à sua condição inerente de desamparo. Mas, em função do exercício do controle exacerbado, acaba por tornar-se perversa, existindo e enxergando apenas a si mesma como fim. Não será difícil concluir o quão conflituoso, para os agentes institucionais, será

vivenciar tal situação e, particularmente para o médico, para o qual tal situação criará uma série de ambigüidades. Conforme Carapinheiro (1998, p.46), sendo o Hospital uma organização burocrática e tendo a figura do médico um papel central em sua função social, instaura-se um "sistema dual de autoridade":

Assim, coexistem na mesma Instituição, numa relação de conflito, dois princípios de autoridade, cuja natureza se aproxima da autoridade racional-legal, no caso da autoridade que emana da administração, e que se aproxima da autoridade carismática, no caso da autoridade que emana do corpo médico...(CARAPINHEIRO, 1998, p.46).

Outra questão abordada pelos entrevistados e estritamente relacionada ao processo de burocratização refere-se às características do instituído: o conservadorismo e a conseqüente resistência a mudanças, o sistema de gestão verticalizado baseado na rigidez hierárquica e a ausência de participação dos funcionários nos processos decisórios do Hospital.

MA2 – Quem tá lá em cima também não... (Tô falando demais, mas deixa eu falar). Quem tá lá em cima não sabe que essa rede de funcionamento tá funcionando da forma que tá. Que é um caos. Se eu tenho uma rede que tem várias especialidades, que tem vários atendimentos, ela deveria estar funcionando afiadíssima uma com a outra para resolver os casos (*sic*).

MA4 – E eu não vejo isso muito nos administradores de sistema não. Eles dificilmente perguntam a quem sabe, né, se é uma caldeira pergunta ao caldeireiro, se é na cozinha pergunta ao cozinheiro, se é Psicologia pergunta ao psicólogo, e assim por diante. O sujeito às vezes consegue ficar 30 anos aqui dentro sem que nenhum administrador pergunte a opinião dele sob absolutamente nada. O que é um contra-senso (*sic*).

Tendo em vista a convivência de diversos modelos de gestão na configuração da política de saúde atual, é possível, por esses depoimentos, inferir o desenho administrativo do estabelecimento hospitalar em questão. Acredita-se que esse modelo se identifica prevalentemente com aquele que Cecílio (1994) denominou "tradicional" e do qual se destacam algumas características: comandos verticais dos vários corpos profissionais; ausência de espaços organizacionais

formais para o encontro da equipe; sistema de direção de "baixa responsabilidade"; ausência de mecanismos institucionais de avaliação; bloqueios de comunicação entre área administrativa e assistencial; excessivo formalismo nas comunicações entre os vários setores do Hospital; modelo de "chefia" predominando sobre a concepção de "gerência"; autoritarismo nas relações entre os níveis hierárquicos da organização; autoritarismo e impessoalidade no trato com os pacientes e seus familiares; isolamento da direção superior e dificuldade de comunicação dentro do Hospital.

### 5.3 O clima institucional

A soma de todos esses aspectos mencionados pelos entrevistados propicia um clima afetivo predominantemente regressivo no coletivo institucional. Diante da fatalidade como são percebidos os dados da realidade institucional; de um gerenciamento carregado de ambigüidades – onipresença e ausência, permissividade e rigidez; e da alienação a que estão submetidos no exercício de seu trabalho pela organização e divisão do trabalho, os entrevistados se posicionam em relação à dinâmica do trabalho no Hospital oscilando entre a culpabilização e a queixa. A instituição médica, portanto, não transforma em objeto de seu discurso apenas o paciente, mas também o médico e os outros profissionais envolvidos. A repercussão dessas condições de sujeição para a interação médico-psicólogo será, como se verificará ao longo desta análise, a fragmentação da atividade assistencial e o isolamento com que cada um dos profissionais irá exercer sua função.

Todos esses aspectos trazem conseqüências para a relação médico-paciente e pode-se antever a sua influência na demanda do médico ao psicólogo e o conseqüente encargo que a acompanha. Um dos médicos entrevistados evidenciou esse fato no seguinte depoimento:

MA1 – Eu acho que afeta sim e muito. Porque, o que que acontece: eu tenho um paciente, vamos supor, que tem um nódulo pulmonar aqui, aí eu preciso de um determinado exame. O paciente tá sem sintoma praticamente. [...] E eu passando lá todo dia e vendo o paciente bom, pressão boa, ausculta boa, paciente não tem falta de ar, não tem nada. Ele tem uma coisa grave, pode ser grave, mas não tem nenhuma manifestação.[...] Isso faz até com que eu passe mais depressa no leito. Fulano tá estável, tá tranqüilo, só tá esperando resultado de exame mesmo, entendeu, então não tem porque eu parar e ficar 20 minutos no leito dele (*sic*).

Em casos como esse, o psicólogo provavelmente será chamado para acalmar o paciente angustiado por sua longa espera, pela falta de informações sobre seu estado, pelo sentimento de abandono ou percepção do desinteresse de seu médico. Ou, ainda, a participação do psicólogo dará ao médico alguma tranqüilidade por este saber que alguma coisa está sendo feita pelo paciente.

Em que pese a todas as deficiências de nosso sistema de saúde, que se sabem reais, vale registrar o aspecto psicodinâmico que envolve a situação da alta hospitalar. Não é difícil perceber que o momento da alta mobilizará ansiedade tanto no paciente quanto no médico. Pressionado pelo sistema a dar alta o mais rapidamente possível, o médico se verá obrigado a tratar com a incompletude do tratamento, suas falhas e com a frustração da perda de seu investimento. Será, portanto, obrigado a conviver com um sentimento com o qual possivelmente ao longo de sua história pessoal se identificou e que, reforçado durante seu processo de formação, tornou-se caro - a onipotência. O paciente, por sua vez, percebe as falhas do sistema e a insegurança, ainda que disfarçada, de seu médico e, embora, na maioria das vezes, queira realmente a alta hospitalar, também se vê

obrigado a lidar com a frustração de suas expectativas em relação à recuperação plena. Nesses momentos de tensão, o psicólogo será chamado a atuar e de sua atuação espera-se um efeito iminentemente reparador ou, pelo menos, amenizador das perdas em questão.

Às práticas assistenciais alia-se um elemento de igual ou mais importância para o encaminhamento feito pelo médico ao psicólogo - o paciente, com suas necessidades e demandas. Quem é o paciente assistido nas enfermarias de clínica médica do estabelecimento hospitalar em questão? Essa questão será respondida no próximo capítulo.

## 6 O PERFIL DO PACIENTE

Por meio do mapeamento das interconsultas foi possível coletar dados especialmente a respeito do perfil clínico do paciente assistido nas enfermarias de clínica médica. Por ocasião das entrevistas, surgiram novos dados, corroborando, na maioria das vezes, os anteriores e acrescentando a esse perfil, ainda que de forma pouco sistematizada, informações referentes às condições socioculturais e econômicas do paciente. Será visto, neste capítulo, como esses dados auxiliaram na compreensão do encaminhamento médico ao psicólogo.

### 6.1 A clientela do Hospital

Embora este estudo não tenha se detido, por ocasião das entrevistas, na investigação dessa questão de forma mais aprofundada, o perfil do paciente surgiu espontaneamente na fala dos entrevistados. É interessante observar a ênfase dada aos aspectos sociocultural e econômico:

MA4 – Porque nós temos pacientes aqui que sob o ponto de vista de renda, de consciência social, de educação, eles estão mais atrasados do que os franceses do século XIX. O que é uma realidade chocante para a gente, mas é real. [...] Mas isso provoca, evidentemente carências tão grandes, eu tô usando carências no sentido literal da palavra, que você percebe, às vezes, você fica até às vezes tocado de ver que o sujeito fica emocionado de tomar um banho quente. A gente vê esse tipo de pessoa aqui (*sic*).

P1 – A clientela nossa. A cultura nossa. Sabe, o pessoal carente. Não sabe, não tem informação, não... Eu acho que é falta de informação do nosso público. No Hospital Mater Dei não vai ter esse tipo de coisa. Lógico que tem, mas não é maioria (*sic*).



É importante assinalar aqui as conseqüências que essa situação de carência tão extrema do paciente trará para a prática clínica. Em primeiro lugar, no plano material, a falta de recursos que possam lhe propiciar o autocuidado e um mínimo de qualidade de vida. Ainda no mesmo plano, a constatação de que boa parte de seu adoecimento se deve a essa mesma ausência de recursos, que limitará enormemente o sucesso do esforço terapêutico que lhe está sendo dedicado.

MA4 – Aqui, freqüentemente essa lógica não funciona, porque o indivíduo tem mais de uma patologia em função das carências materiais e sociais, educacionais que ele tem e não se cuida, não teve oportunidade, por diversos motivos ele chega a esse ponto (*sic*).

Em segundo lugar, no plano educacional e cultural, no qual estão incluídas as representações sobre o processo saúde-doença, encontra-se o grande abismo que se interpõe entre o profissional e seu paciente, criado não apenas pelo simples acaso de pertencerem ambos a classes sociais diferentes, mas, principalmente, pelo esforço da própria instituição médica no decorrer de sua história e de sua luta pela hegemonia do seu saber e monopólio dos atos médicos (BOLTANSKI, 1989). Tal distância, como poderá ser visto ao longo deste estudo, trará novos desdobramentos para a interação desse par.

Os entrevistados acrescentaram, ainda, que esse público, em função de sua fragilidade social, apresenta postura de mais passividade em relação às dificuldades enfrentadas no sistema de saúde:

MA1 – Porque o que a gente percebe é que o paciente de um nível social mais baixo eles também são mais conformados (*sic*).

MA4 – E às vezes muitas pessoas adultas e às vezes até já idosas recebem aqui no Hospital e não há nisso nenhum elogio gratuito ao Hospital, porque faz parte da função, a função precípua de cuidar, por pior que cuide e freqüentemente ele cuida mal, é um Hospital público, mesmo assim o indivíduo se sente extremamente gratificado por estar aqui como paciente porque às vezes é a primeira vez na vida que ele recebe algum tipo de atenção aparentemente gratuita (*sic*).

Para além de uma cultura de submissão característica do povo brasileiro, explicada historicamente pelas suas heranças colonialistas e, mais recentemente, pelo período de autoritarismo que duramente está sendo vivenciado, cabe aqui interrogar se toda essa passividade demonstrada pelo paciente internado pode ser atribuída apenas à sua condição social. Em nossa prática, como profissionais de saúde mental e, portanto, desinvestidos, pelo menos parcialmente, da autoridade de médico, observa-se um fenômeno bastante curioso em relação às manifestações de desagrado do paciente: as queixas que eles fazem em relação ao tratamento que estão recebendo raramente são dirigidas ao médico, ainda que sejam orientados pelos psicólogos a fazê-lo. E, se o fazem, é de uma maneira tão cheia de constrangimento que quase chega a ser um pedido de desculpa por estarem se manifestando. Tanto constrangimento pode ser atribuído, principalmente, à relação de extrema dependência que se cria entre o paciente e seu médico e nisto a precariedade de sua condição social torna-se determinante. Boltanski (1989, p.37) ilustrou esse fenômeno da seguinte maneira:

A ansiedade dos membros das classes populares em relação ao médico provém, em primeiro lugar, do fato de não possuírem nenhum critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais do médico; nisso diferem dos membros das classes superiores, que podem procurar os conselhos dos médicos detentores de autoridade entre seus pares, esforçando-se por escolher, baseados em seus títulos e reputação, aqueles que ocupam o centro do campo médico.[...] Como não possuem critérios específicos que lhes permitiram medir a competência profissional do médico, os membros das classes populares só podem avaliá-los em função de critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a "amabilidade", a "boa vontade", a "complacência" (BOLTANSKI, 1989, p.37).

No entanto, para receber essas demonstrações afetivas, será preciso ser um doente comportado, obediente e, acima de tudo, nunca queixoso.

A associação entre o perfil do paciente e a demanda encaminhada ao psicólogo já aparece aqui, sendo possível imediatamente detectar o encargo nela contido. Sabe-se que o profissional mais adequado para receber esse tipo de demanda seria o assistente social. E provavelmente ele também a receberá. Mas, diante de um paciente que, por sua carência de recursos, impõe tantas limitações ao sucesso da terapêutica médica que, por conseguinte, lhe despertará grande frustração, o encaminhamento ao psicólogo é “automático”.

P1 – Público muito grave, muito doente, abandonado, de rua, que não sabe...Ele vem pro Hospital. Então claro que vai pedir. Eu acho que tá supercoerente essa história do Hospital. É um paciente complicado, que não tem familiar, que tá na rua, ele vem pro Hospital. Ele não tem nem casa, como é que ele vai tomar o remédio? [...] Eu acho sim que a interconsulta é referente a esses (*sic*).

Botega (2002, p.82) descreveu o encaminhamento automático da seguinte maneira:

Nos encaminhamentos “automáticos” parece ocorrer um curto-circuito na relação médico-paciente, impedindo que o processo de tomada de decisão em relação à necessidade do auxílio de um especialista siga um curso normal. Algo trazido pelo paciente repercute profundamente no médico que, apressadamente, procura encaminhar sua angústia e responsabilidade para outro profissional (BOTEGA, 2002, p.82).

Fica evidente, nesses casos, além da tentativa de pulverização da angústia por meio de múltiplos encaminhamentos, a tentativa de despersonalizar a relação com o paciente, fragmentando o vínculo: o paciente que é de todos não é de ninguém!

## 6.2 O perfil clínico da clientela

A TAB. 1 mostra a distribuição dos grupos de doenças, de acordo com a frequência em que aparecem nos pedidos de interconsulta. Será possível perceber que os grupos com maior frequência numérica são aqueles onde se encontram as cardiopatias, alcoolismo, doenças pulmonares e diabetes *mellitus*. Nota-se nesses grupos a presença de dois fatores comuns: seu caráter de cronicidade, que sugere a impossibilidade de cura, e a exigência da participação do paciente no tratamento, para uma modificação em seus hábitos e adesão às prescrições feitas pelo médico. É possível inferir, ainda, que diante de tais doenças o médico se sentirá mais próximo dos sentimentos de impotência e da frustração. E, também, que deverá investir mais movimento e investimento na relação com o paciente, para conseguir-se sua colaboração. Tratou-se, pois, de abordar com os entrevistados seus sentimentos em relação a esse tipo de doente. Os dois outros grupos citados com frequência também significativa – síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e câncer – são doenças de caráter bastante grave e que, por isso, provocam no indivíduo o impacto da possibilidade ou proximidade da morte.

A palavra “indivíduo” foi usada propositalmente, pois, acredita-se que o confronto com tais doenças é sofrido tanto pelo paciente quanto pelo profissional de saúde e que provocará reações emocionais, as mais variadas, em ambas as partes. Situações como essas poderão motivar o encaminhamento do paciente ao psicólogo e esta foi, portanto, uma das questões aprofundadas no momento das entrevistas. Utilizou-se na TAB. 1 o manual de Classificação Internacional das Doenças (CID)-10.

TABELA 1

Grupos de doenças orgânicas mencionadas pelos médicos nos pedidos de interconsulta - Período: abril/2003 a março/2004

| <b>DOENÇAS</b>   | <b>NÚMERO DE CASOS</b> | <b>%</b>    | <b>DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES</b>            |
|--|------------------------|-------------|--|
| B- Infecções virais                                    | 9                      | 15%         | <i>Human imunodeficiente vírus (HIV)</i><br>9  |
| C e D- Neoplasias                                      | 6                      | 10%         |  |
| E- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas       | 10                     | 16,6%       | Diabetes<br>9                                  |
| G- Doenças do sistema nervoso                          | 1                      | 1,6%        |  |
| I- Doenças do aparelho circulatório                    | 13                     | 21,6%       |  |
| J – Doenças do aparelho respiratório                   | 9                      | 15%         | Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)<br>5 |
| K- Doenças do aparelho digestivo                       | 10                     | 16,6%       | Associadas ao alcoolismo<br>9                  |
| R- Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais | 2                      | 3,2%        |  |
| <b>Total</b>   | <b>60</b>              | <b>100%</b> |  |

Com o intuito de verificar se esses grupos de doenças são também os mais frequentes nas enfermarias de clínica médica como um todo, empreendeu-se uma investigação dos diagnósticos dados a todos os pacientes internados nessas enfermarias durante o mesmo período. Os dados obtidos encontram-se na TAB.2.

TABELA 2

Grupos de doenças diagnosticadas na população total das enfermarias de clínica  
médica – Período: abril/2003 a março/2004

| <b>NOSOLOGIA</b>   | <b>No. Casos</b> | <b>%</b>   | <b>DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES</b>  |
|--|------------------|------------|--|
| A-Doenças infecciosas e parasitárias                                     | 37               | 2,55       | 14- casos de tuberculose   |
| B-Infecções virais   | 98               | 6,77       | 65- casos de HIV   |
| C e D-Neoplasias   | 128              | 8,84       | Diversos   |
| E-Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas                         | 153              | 10,57      | 123- casos de diabetes   |
| F-Transtornos mentais e comportamentais                                  | 9                | 0,62       | Diversos   |
| G-Doenças do sistema nervoso   | 26               | 1,79       | Diversos   |
| I-Doenças do aparelho circulatório                                       | 456              | 31,51      | 159- insuficiência cardíaca<br>125- hipertensão<br>49-Acidente vascular cerebral (AVC)   |
| J Doenças do aparelho respiratório                                       | 295              | 20,38      | 123-pneumonias diversas<br>96- DPOC<br>19- asma<br>22-insuficiência respiratória   |
| K-Doenças do aparelho digestivo  | 128              | 8,84       | 19-doença alcoólica do fígado<br>18-insuficiência hepática<br>19-doença do pâncreas<br>28-hemorragia gastrointestinal<br>24-doenças do esôfago, estômago e duodeno |
| L-Doenças da pele e do tecido subcutâneo                                 | 2                | 0,13       | Diversos   |
| M-Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo                | 22               | 1,52       | Diversos   |
| N-Doenças do aparelho geniturinário                                      | 65               | 4,49       | 15-insuficiência renal crônica<br>21-outros transtornos do trato urinário  |
| Q-Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas        | 3                | 0,20       | Diversos   |
| R-Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais | 16               | 1,10       | Diversos   |
| T-Traumatismos   | 8                | 0,55       | Diversos   |
| Y-Envenenamento/intoxicação  | 1                | 0,069      |  |
| <b>Total</b>   | <b>1.447</b>     | <b>100</b> |  |

É possível constatar, pela TAB. 2, maior freqüência do registro de doenças do aparelho circulatório e respiratório, seguidas das doenças endócrinas e infecciosas. Não existem, portanto, discrepâncias significativas entre as doenças do grupo total de pacientes internados e do grupo de pacientes que foram encaminhados ao psicólogo por interconsulta. Continua patente nesses dois grupos o caráter de cronicidade, como mostra a TAB. 3, onde se traçou um quadro comparativo entre eles.

TABELA 3

Número de pedidos de interconsulta e freqüência de diagnósticos, segundo grupos de doenças - Período: abril/2003 a março/2004

| <b>Diagnóstico</b>  | <b>Freqüência</b> | <b>Número de Solicitações</b> |
|---|-------------------|-------------------------------|
| B. Infecções virais:  |                   |                               |
| HIV   | 65                | 9                             |
| Outras  | 33                | 1                             |
| Total   | <b>98</b>         | <b>10</b>                     |
| C e D. Neoplasias   |                   |                               |
| Total   | <b>128</b>        | <b>6</b>                      |
| E. Doenças endócrinas   |                   |                               |
| Diabetes  | 123               | 9                             |
| Outras  | 30                | 1                             |
| Total   | <b>153</b>        | <b>10</b>                     |
| G. Doenças do sistema nervoso   | <b>26</b>         | 1                             |
| J. Doenças do aparelho respiratório                                       |                   |                               |
| DPOC  | 96                | 5                             |
| Outras  | 199               | 4                             |
| Total   | <b>295</b>        | <b>9</b>                      |
| K. Doenças do aparelho digestivo  |                   |                               |
| Doença alcoólica do fígado  | 19                | 9                             |
| Outras  | 109               | 1                             |
| Total   | <b>129</b>        | <b>10</b>                     |
| R. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais | <b>16</b>         | <b>2</b>                      |

### 6.3 O doente crônico

Os entrevistados revelaram, também, o aumento significativo de doenças crônicas na população, atribuindo-o a alguns motivos, entre eles a também crescente senilização da população. Uma vez que a Medicina alcança sucesso em tratar e/ou curar doenças que anteriormente provocariam a morte prematura do indivíduo, proporciona-se mais tempo de vida e, ao mesmo tempo, a oportunidade de adquirir novas doenças. Como conseqüência, a necessidade de assistência médica da população, paradoxalmente, cresce e sobrecarrega os serviços de saúde. Nos depoimentos que se seguem os entrevistados ressaltam esse paradoxo e questionam a qualidade de vida que a Medicina tem oferecido a esses doentes, ainda que com mais duração. Em Illich (1975, p.43), encontra-se a descrição desse fenômeno, denominado pelo autor de iatrogênese social: “a saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida. A iatrogênese social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da Medicina, mais do que de sua ação técnica direta.”

MR1 – Existe. Existe porque é, houve uma mudança na, no perfil das doenças, vamos dizer assim. Antigamente, a gente não tinha, por exemplo, antibiótico, então as pessoas morriam era de infecção, de pneumonia, era de parasitose, que levava à anemia, não tinha como tratar, né? [...] Hoje a gente trata, apesar da gente ter as infecções hospitalares aí de difícil controle, a gente trata bem as infecções, né? A gente é, trata a hipertensão, trata o diabetes, só que a nossa população, ela, a cada dia que passa, ela vai envelhecendo mais, né? A idade, que o ser humano tende a aumentar e com isso vai, nós vamos ter cada dia um número maior de doenças, as crônicas degenerativas (*sic*).

MR2 – Muito, porque inclusive até a pirâmide já diz isso, né? A tendência agora é a senilização da população, né? Então a gente vê aí a faixa etária mudando, a gente pega mesmo no consultório aí, normalmente pegava paciente de 50, 60 anos, agora hoje é paciente de 70, 80 anos. E com isso doenças crônicas a tendência delas é ir aparecendo, é paciente seqüelado, que é uma coisa que me preocupa muito. Muito paciente seqüelado vivendo muito porque, não sei nem se a gente pode colocar vivendo, mas assim, estando vivo, por muito tempo. É uma coisa que eu queria te falar, eu coloco muito em questão às vezes...(sic).



Como motivo para o aumento do número de doentes crônicos, citaram, ainda, a deficiência das políticas de saúde associada às dificuldades de adesão ao tratamento.

MA3 – Os idosos foram muito abandonados quando adultos e o adulto de hoje está muito abandonado. [...] Então as políticas públicas hoje elas beneficiam os programas materno-infantil, adolescência, que eu acho que é extraordinário, tem que continuar. Mas ela não tem um programa para dar continuidade à atenção aos adultos portadores de doenças crônicas degenerativas tipo hipertensão e diabetes (*sic*).

MA4 – São doenças que não deveriam ser crônicas, mas que se cronificam por falta de assistência médica e de outras deficiências. A falência do tratamento se dá por vários motivos. Os dois principais seriam: o não tratamento inicial, quer dizer, a pessoa vai ficando crônica de uma doença curável. Sendo tratado, o abandono do tratamento, que causa uma resistência dos bacilos contra aquele antibiótico que está sendo usado e quando você vai tratar pela segunda vez, o que é freqüente acontecer, às vezes aqueles antibióticos já não são bons, você às vezes não consegue sucesso e vai cronificando a doença, tem que trocar medicamento. A doença que não era crônica ela vira crônica em função de uma deficiência do paciente e do sistema de saúde (*sic*).

Aqui é retomada a mesma linha de raciocínio que questiona a crescente medicalização da vida e a ineficácia dos equipamentos de saúde para fazer-se frente aos seus efeitos. Como afirmaram Singer *et al.* (1978, p.63) sobre os serviços de saúde:

O grande problema dos SS não está em sua penetração em áreas que lhes seriam impróprias por serem alheias ao complexo saúde-enfermidade orgânica, mas no fato de serem incapazes de satisfazer as expectativas do público. Além da iatrogênese, isto é, dos males causados pela ação médica, à qual Illich deu tanta publicidade, é na incapacidade de oferecer qualquer solução, preventiva ou curativa, aos que são afligidos por doenças crônicas degenerativas, por distúrbios funcionais de origem psicossomática e por "moléstias mentais" que reside a falha essencial dos SS. E, paradoxalmente, é desta falha que se origina grande parte do dinamismo que provoca a expansão ilimitada do campo de atuação dos SS, ou seja a medicalização da sociedade (SINGER *et al.*, 1978, p.63).

Por último, os entrevistados apontaram como mais um motivo para o aumento de doenças crônicas a mudança no estilo de vida da população. Isso indica uma determinação mais complexa dessas doenças, que se tornam, por

isso, dependentes de uma série de recursos muito mais amplos, que extrapolam os limites estritamente médicos ou os evidenciam ainda mais. Chegou-se à região da intersetorialidade.

MA1 – Mas, por exemplo, essa questão de estilo de vida, as pessoas não se exercitarem e a questão da obesidade, etc., isso tá propiciando uma série de problemas, dentre eles a hipertensão que eu já citei para você, o diabetes, que são doenças que hoje em dia está virando epidemia (*sic*).

#### 6.4 A doença crônica e a relação médico-paciente

Pode-se deduzir, até aqui, que o médico não estará imune ao paradoxo criado pela própria instituição médica e que o contato com o doente crônico o remeterá, por vezes, na dependência de sua capacidade e de sua vontade reflexiva, ao conflito entre a racionalidade e a ética, entre a onipotência e a frustração, entre o saber e o ignorar.

MR2 - A qualidade de vida. A gente tem pensado muito no tempo de vida. A gente, no CTI, você vê, pacientes tem uma parada cardíaca, lógico, o médico quer mantê-lo vivo, mas depois o paciente de 80, 90 anos, paciente nem abrir o olho abre, tá lá respirando com aparelho, vai às vezes até para casa, com que qualidade de vida a gente não sabe. Mas também não cabe a nós julgar entre morrer e viver, então a gente fica nesse dilema, não sabe se deve fazer ou não deve, mas a gente sempre deve avaliar assim, não é querendo ser Deus, lógico, mas ter em mente essas limitações da vida. Não cabe a nós botar o fim ou não numa pessoa, mas saber que todo mundo tem o seu fim. Muitas vezes a gente tem saber respeitar (*sic*).

A análise de Balint (1984, p.95) aplica-se sobre o encontro entre o médico e seu paciente. De acordo com o autor, o paciente, ao procurar o médico, exhibe-lhe sua doença de forma desorganizada em termos de sintomas. O médico empreende, então, uma tarefa de organização dos sintomas, de acordo com seus arsenais teóricos e técnicos, respondendo a alguns sintomas e rejeitando outros.

Ocorrerá, a partir daí, um “acordo” entre o profissional e seu paciente sobre a doença a ser tratada. E pode-se acrescentar a forma como esse tratamento será conduzido. A complexidade que envolve a doença crônica trará nuances para o encontro médico-paciente e para o acordo a ser firmado entre os dois.

Quando abordados sobre o tipo de exigência que o doente crônico apresenta ao médico, os entrevistados se referiram à convivência contínua com o paciente, o que os obriga a compartilhar suas angústias:

MR2 – Com certeza, porque você cria um laço muito maior com ele, né? Não é um paciente que você chega, por exemplo, pneumonia. Paciente chega, você trata a pneumonia e ele sai em 10 minutos. Grato a você e feliz e satisfeito. Pronto, acabou. Agora, o paciente crônico não. Ele fica muito mais tempo com você. Você vai ter um laço muito maior com ele. Muitas vezes você não vai conseguir curá-lo. Porque a doença crônica você não vai curar normalmente. Você vai ter de acompanhar e vai viver as mesmas angústias junto com ele, vai viver o sofrimento dele. Então isso aí é mais pesado, é mais difícil para o médico. Igual você tava falando, esse desejo de onipotência do médico. Ele não consegue atingir em pacientes com doença crônica, isso aí perturba a cabeça dele, com certeza (*sic*).

Sabe-se que a relação médico-paciente é produto de um jogo de identificações. De sua parte, o paciente, ao revelar ao médico sua doença, o faz através de uma série de mecanismos conscientes e inconscientes. Depositará na figura do médico seus temores e suas esperanças, reeditando na relação transferencial que se estabelece, fantasias arcaicas. O médico, por sua vez, reagirá a esta demanda com todo o arsenal psíquico de que dispõe. De acordo com Borges (1990, p.211):

Durante sua prática pessoal e cotidiana, o médico é levado, mesmo que disso não se dê conta, a retomar contato com “o paciente” que nele existe, isto é, com as etapas desse desespero e dessa impotência que é “o estar doente”, redescobrimo, dessa forma, uma linguagem esquecida e mutilada nele pela “de-formação” médica: a linguagem da dor, do sofrimento indizível, do horror da morte, do ódio pela dependência do outro. E são essas palavras que na sua prática vão servi-lo ou tornar impossível que ele escute, fale e cuide do seu paciente (BORGES, 1990, p.211).

No caso da doença aguda, todo esse processo de identificação e a angústia gerada por ele serão resolvidos com a cura do paciente (ou a sua morte). O paciente crônico, ao contrário, “obriga” seu médico a uma convivência contínua com essa angústia e, em conseqüência, à utilização de outros recursos psíquicos para dar conta dela. O fato é que os médicos, em sua grande maioria, em função de sua formação exacerbadamente tecnicista, não estão conscientes do jogo de forças psíquicas que constituem e modulam o campo da consulta médica, orientando, então, sua conduta unicamente para a atividade prescritiva.

MR1 – Olha, a doença crônica é, é uma doença, é o seguinte: você não tem muita assim, cura para oferecer para o paciente. Você vai oferecer uma estabilidade, né? Você vai permitir que esse paciente tenha uma vida mais do que ter uma vida, ter uma qualidade de vida, né? Esse paciente, à base de medicamentos, ele tenha uma vida, vamos dizer assim, assintomático. É um paciente que exige mais do médico? Exige. Exige porque, doença crônica é, o paciente tem dificuldade para aceitar. Então ela tem que ser muito bem orientada, o paciente, né, o que que ele tem, como que ele tem que levar a vida dele, o que que ele tem fazer, o que que ele pode, o que que ele não pode, a importância dos medicamentos, dele tomar os medicamentos, né? Então, assim, exige-se mais do médico do que numa doença aguda (*sic*).

Como parte dessa conduta prescritiva, surge a necessidade de imporem-se limitações aos hábitos do paciente.

MR2 – [...] É muito fácil a gente, às vezes, impor tantas limitações para uma pessoa, assim : você vai comer 20g de carne, por exemplo. Agora tenta você se colocar um dia no lugar dessa pessoa, comer 20g de carne e uma pitadinha de sal. É muito difícil. E a gente joga isso um dia para o outro, para o paciente. É muito fácil você prescrever e mandar, né? Mas você tem que se colocar no lugar da dificuldade de fazer aquilo. É você estar pensando que você tá ali do outro lado também. Claro que isso aí vai beneficiá-lo. Mas será que vai beneficiar tanto o organismo dele a ponto dele ter tanto sofrimento (*sic*)..

MR1 – Muito complicado. Ainda mais quando o paciente ele já vem assim, ele já tá moldado ali com costumes. Como que você, às vezes, chega para um paciente e fala com ele assim : “Olha, a partir de hoje, você não vai usar mais banha de porco, você vai usar óleo de soja.” – “Dr. mas, a minha vida inteira eu usei isso. Eu tô com 80 anos, a vida inteira eu usei isso, nunca me fez mal.”, né? Ou então ele vira para você fala assim: “Ah Dr. eu usei, mais eu faço a comida com óleo, passa duas horas depois eu já tô com fome.” Né? Então, são costumes, são coisas que não é fácil não, né? E sem contar o restante que envolve às vezes, vício. Então é muito difícil (*sic*).

Balint (1984, p.207) identificou a conduta prescritiva com a função apostólica do médico, que teria como propósito a conversão do paciente às suas próprias normas e credos. E mencionou o seu aspecto contratransferencial estritamente relacionado com o sentimento de auto-estima: “um aspecto particularmente da função apostólica é a necessidade que o médico sente de provar ao paciente, ao mundo inteiro e sobretudo a si mesmo que é um bom médico, um profissional bondoso, digno de confiança e capaz de ajudar.”

MR2 – Gostinho de quero mais, né? E até o paciente, ele te cobra isso. Mas e a minha doença, não curou não, Dr.? Olhe, a sua doença não tem cura. É difícil você falar isso, entendeu? Às vezes, não é nem um câncer, é uma insuficiência cardíaca, uma doença que a gente só controla. Não cura, né? Então é difícil até para a gente falar isso para o paciente. Ele entender isso. Mas a gente não é Deus, né? E então a gente tem que aprender a lidar com isso (*sic*).

Tähka (1988) também sugeriu que o sentimento de auto-estima do médico encontra-se relacionado com a imagem do grande curador. É claro que no decorrer de sua experiência profissional e de seu próprio amadurecimento pessoal, incluindo ainda suas características de personalidade, o médico encontrará formas mais flexíveis de lidar com essa imagem idealizada. Caso contrário, suas condutas estarão voltadas, em detrimento do bem-estar do paciente, para a comprovação de sua habilidade profissional. O próximo depoimento mostra com clareza a distinção entre habilidade técnica e habilidade relacional, esta última atribuída ao profissional de saúde mental.

MA4 – Eu acho que o médico que mexe com doenças agudas, ele talvez tenha que ser até tecnicamente mais experiente que o médico que mexe com doenças crônicas. Porque há, pela própria definição de aguda, um tempo exíguo às vezes, para ele fazer um diagnóstico e decidir o tratamento. Por outro lado, o desafio do doente crônico eu diria que seria mais para o lado daquilo que é o seu campo de pesquisa, que é o psicológico. Quer dizer, o indivíduo crônico, ele vai adquirindo defesas e, dependendo da personalidade dele, ele vai desenvolvendo um tipo de psiquismo, reestruturando a *psiqué* dele de maneira a se adaptar àquela doença. Ele vai sofrer privações graves na vida dele. Então eu acho que no caso da doença crônica, a atuação da Psicologia provavelmente vai ser muito maior que no caso das doenças agudas (*sic*).

Nesses casos, o encaminhamento ao psicólogo pode funcionar como uma punição àquele paciente que não corresponde às suas expectativas, não lhe atestando a capacidade que de forma idealizada acredita possuir. Ou, ainda, como uma forma de livrar-se do questionamento dessa imagem ideal tão preciosa para sua auto-estima, depositando o “problema” no paciente. Não é por acaso que os entrevistados mencionaram a necessidade de participação de outros profissionais no tratamento do doente crônico:

MA1 – Olha, isso aí é uma coisa que a gente tem que falar para o paciente toda vez que ele vai no consultório. Toda vez que ele vai no consultório a gente tem que bater nessa tecla. E essas doenças, elas estão se tornando umas doenças que têm que ser uma abordagem multidisciplinar, você tá entendendo? [...] Mas todas essas doenças que eu tô falando para você, hipertensão, diabete, essas que você citou aí também, aids, etc. exige vários profissionais trabalhando juntos, né? Essas doenças acabam gerando uma série de problemas para a pessoa, você tá entendendo? É, no dia-a-dia que acaba às vezes ela precisando de um apoio psicológico (*sic*).

Além do aspecto psicodinâmico envolvido na relação médico-paciente, é preciso abordar as relações de poder que aí se estabelecem. De antemão, cabe perguntar se as condições em que se dá o encontro médico-paciente em um serviço público são favoráveis ao estabelecimento de uma negociação na qual cada um deles entrará em pé de igualdade. Em primeiro lugar, ao doente da classe popular não é dado o direito de escolher seu médico, sendo este um fator limitante para a formação do vínculo e para o estabelecimento do sentimento de confiança. Boltanski (1989, p.35), a esse respeito, afirmou que:

[...] isso acontece por não existir para eles nenhum meio de submeter à crítica as palavras ou os gestos do médico, nem de estabelecer, no que é relatado em seguida ao discurso do médico, pelos parentes e amigos do doente, a parte da verdade ou de mentira ou, simplesmente o provável, o possível e o impossível ou fantasmagórico.(...) Os membros das classes populares sabem que tudo pode acontecer com o seu corpo, ou por culpa da doença ou por culpa do médico, e que não há mal tão monstruoso que não possa atingi-los.”

Além disso, muitas vezes, o doente que vai àquele estabelecimento hospitalar ou à consulta com determinado médico encontra-se carregado de ansiedade em função de comentários ouvidos de vizinhos, parentes ou amigos que ali já estiveram e relataram experiência extremamente negativa. Ou eles próprios já passaram por ela, como ilustra esse depoimento:

MR2 – E uma coisa que eu tenho notado, de um tempo para cá, às vezes, um pouco de descrença também no médico, no Hospital. A gente vê muito, paciente chega, você propõe o tratamento para ele ou ele já te fala assim: “não, eu tratei com um médico em outro lugar, ele não fez nada. Então, vai ser mais uma vez que num vai acontecer nada...” Descrença na saúde e no profissional muito grande. Importante isso, para a gente estar refletindo o que que nós estamos fazendo de errado, né? (*sic*).

Em segundo lugar, e também em decorrência desse primeiro fator, sabe-se que a relação de poder que se estabelece *a priori* entre esse par é assimétrica: o doente, por sua própria condição de fragilidade, está à mercê do conhecimento e da boa vontade do médico. E este, na arrogância do sujeito suposto saber, é o detentor da verdade sobre a vida e morte daquele que, pelo menos temporariamente, é plena carência. Acrescente-se a isso a já tão divulgada, pela sua ininteligibilidade, linguagem médica. Diz-se temporariamente porque o adoecimento e o tratamento consistem em um processo durante o qual o doente poderá vir a mudar de lugar. E é desejável que essa mudança ocorra. Orfali<sup>1</sup> (*apud* SPINK, 2003, p.145) propôs três planos em que se constrói a experiência hospitalar do paciente, esteja ele padecendo de doença crônica ou aguda: no primeiro, tem-se a situação de emergência ou de sofrimento e a demanda do paciente será de acolhimento. Nesse plano, em função da sua condição de fragilidade, ele não só aceita como quer ser tratado como doente. No

---

<sup>1</sup> ORFALI, K. Hospital experience: identity construction of the patient. **XII Congres Mondial de Sociologie**. Madrid, 9-13/jul. 1990.

segundo plano, passada a situação emergencial, o paciente já espera ser tratado como pessoa e sua demanda é de informação. No terceiro, em função da retomada de sua autonomia, demanda ser tratado como cliente ou respeitado como usuário. Chegou-se, então, ao terceiro ponto desta pesquisa, que consiste em três aspectos inter-relacionados: o caráter regressivo da doença, o processo de infantilização ao qual o doente é submetido durante o tratamento e, por último, a necessidade de que ele saia desse lugar, assuma sua condição de adulto e, dessa forma, possa colaborar efetivamente para o sucesso do tratamento.

P2 – Esse paciente crônico, percebe que, se essa doença é crônica, afeta mais a vida dele. Se é crônica, ele demanda mais conhecimento, até mesmo para aderir a esse tratamento. Se esse paciente decide não participar ativamente desse tratamento, de uma forma ou de outra, conscientemente ou inconscientemente, ele acaba boicotando e até mesmo, né, com essa ansiedade pela alta, até chegar ao abandono de tratamento, que são os pedidos que a gente tem: para poder ter adesão ao tratamento (*sic*).

Surge, então, a demanda para que o psicólogo reverta o jogo: daquele paciente cuja dependência num primeiro momento foi reforçada através de inúmeros mecanismos (GOFFMAN, 1987), espera-se agora que apresente postura adulta e colaborativa. Caberá, então, ao psicólogo fazer o “trabalho de conscientização”.

P3 – Eu acho que sim, principalmente quando o médico tá consciente dessa necessidade de posicionamento do paciente na cura dele porque nós sabemos que o paciente, a necessidade do paciente atuar frente ao seu restabelecimento. Quando o médico tem essa consciência, ou sabe, ele busca, sim, ele vai, vem à Psicologia e faz o pedido porque ele sabe que nós podemos nesse momento ajudar, sim. Eu tento fazer essa conscientização (*sic*).

É claro, no entanto, que esse “trabalho de conscientização” que o médico delega ao psicólogo deve limitar-se, como resultado, ao acordo e obediência do paciente às prescrições médicas. Mais do que isso, uma postura



verdadeiramente adulta, ativa e participativa não será apreciada pelo médico consultante.

P1 – Mas ele (o médico) tá muito interessado no que o cara tem no coração, que que o cara tem no pulmão. “Não, é seu papel aí. Faz ele tomar o remédio. Isso não é problema meu não” (*sic*).

E aí se encontra o psicólogo diante de um grande impasse: entre a demanda e o encargo, que resposta oferecer? Para aumentar ainda mais a complexidade dessa situação, tem-se o quadro psíquico do paciente e as demandas que ele próprio irá formular ao psicólogo.

#### 6.5 Manifestações emocionais do doente

O mapeamento das interconsultas permitiu colher dados tanto sobre o que o médico observa a respeito das manifestações emocionais do paciente, por meio das quais justifica seu pedido de parecer, quanto as manifestadas pelo psicólogo em resposta a esse mesmo pedido. Buscou-se, então, relacioná-las da forma como foram expressas por ambos os profissionais e agrupá-las em categorias mais amplas, obedecendo a freqüência com que elas aparecem nos pedidos e nos pareceres. Ressalte-se que não foi pretensão do presente estudo abarcar todas as possíveis manifestações psíquicas do doente hospitalizado, que se sabe são múltiplas, nem traçar um perfil reducionista e rotulador desse paciente e sim apenas sistematizar os dados que apareceram e principalmente relacioná-los ao encaminhamento médico.

Fica evidente no QUADRO 1 a predominância de manifestações emocionais que poderiam facilmente ser identificadas como normais e em sintonia

com a situação enfrentada: tristeza, abatimento, desânimo, medo, etc. Isto sugere uma possível tendência à “psicologização” ou “psiquiatrização” das vivências do paciente e a possibilidade de que essas manifestações não sejam a causa principal do pedido de interconsultas. Em seguida, encontram-se as manifestações que indicam quadro depressivo, seguidas das que indicam um quadro de transtorno mental grave como, por exemplo, história prévia de tentativa de auto-extermínio e, por último, aquelas que indicam a presença de um quadro ansioso.

#### QUADRO 1

Manifestações emocionais do paciente na percepção de médicos

Período: abril/2003 a março/2004

| <b>DESCRIÇÃO</b>                                   | <b>FREQÜÊNCIA</b> |
|--|-------------------|
| Mecanismos adaptativos e de ajustamento à situação | 27                |
| Quadro depressivo                                  | 18                |
| Indícios de transtorno mental grave                | 8                 |
| Quadro ansioso                                     | 7                 |
| <b>Total</b>                                       | <b>60</b>         |

Vale lembrar aqui que, de acordo com muitas pesquisas, os médicos costumam ter dificuldade em identificar problemas mentais. Segundo Botega (1995, p.60), “apesar de causarem considerável sofrimento e implicações clínicas, pelo menos 30% dos pacientes acometidos por transtornos mentais não são reconhecidos como tais pelos seus médicos.” Para o autor, esse fato pode ocorrer

em função de alguns fatores, tais como: os pacientes expressam somente sua queixa física; as "pistas" fornecidas pelo paciente sobre seu estado emocional não são reconhecidas pelo médico; a falta de privacidade do ambiente hospitalar; os médicos se detêm na investigação ao encontrarem uma causa física; certos sintomas atribuídos tanto a uma doença orgânica quanto mental podem dificultar o diagnóstico; etc.

A partir de experiência própria, esse fenômeno se apresenta também no estabelecimento hospitalar em que se deu o presente estudo. Inúmeras vezes foi propiciada a oportunidade de acompanhar pacientes encaminhados por outros profissionais da equipe (assistentes sociais e enfermeiros) ou até mesmo por solicitação feita por eles próprios, familiares e outros pacientes, podendo constatar, através de uma avaliação psicológica, a pertinência do pedido. Nesses casos, sempre casou estranheza a ausência do encaminhamento médico. Por ocasião das entrevistas, essa questão foi retomada, pois se pensou que o aprofundamento desses dados poderia contribuir para o melhor discernimento sobre o encaminhamento médico.

É interessante observar que os médicos costumam atribuir caráter crônico ao quadro psíquico do paciente associado, como no quadro orgânico, às condições de vida da população assistida. Mais uma vez destaca-se o fato de que a demanda aos serviços de saúde, incluindo os de saúde mental, é ampla, cruzada, atravessada por outras carências, às quais os serviços responsáveis não conseguem responder.

MA4 – O que eu vejo aqui é que os pacientes já chegam aqui, sob o ponto de vista psicológico, com coisas tão cristalizadas que é difícil dizer até que se trata de distúrbios. São coisas quase que caracteriológicas, né? (*sic*).

Strain<sup>2</sup> (*apud* BOTEGA, 2002, p.44) postulou oito categorias de estresse psicológico a que está sujeito o paciente hospitalizado, de acordo com as fases psicodinâmicas de desenvolvimento: ameaça à integridade narcísica, ansiedade de separação, medo de estranhos, culpa e medo de retaliação, medo da perda do controle de funções anteriormente adquiridas, da perda de amor e de aprovação em função do sentimento de desvalorização, da perda ou de dano de partes do corpo e, finalmente, o medo da morte. Nesse caso, prevalece, de acordo com a percepção dos médicos, entre as reações emocionais mais comuns, o medo da morte.

MR2 – Eu acho que primeiro o medo da doença, o paciente já entra no Hospital, se sente todo temeroso, quer saber o diagnóstico, o que que tá acontecendo. Uma coisa que eu noto muito aqui, uma ansiedade de saber o diagnóstico, de curar e ir embora. Isso aí é normal em toda pessoa, né? E, medo de morte, acho que isso é inerente a toda pessoa, mas principalmente no paciente hospitalizado (*sic*).

São citadas, ainda, corroborando os dados apresentados nas TAB. 1, 2 3, as manifestações relativas ao impacto do diagnóstico, particularmente a depressão:

MR3 – Depressão. Os pacientes deprimem, ficam angustiados com internações... prolongadas, angustiados por causa da demora do exame... Ele fica, quando ele sabe, que você vai explicar para ele, porque às vezes ninguém nunca explicou, que é uma doença grave e tal, a grande maioria é depressão (*sic*).

Como se poderia esperar, os psicólogos percebem as reações emocionais do paciente de forma diferenciada, o que é confirmado pelos dados apresentados no QUADRO 2. Verificou-se mais freqüência na menção feita pelo psicólogo, de reações do paciente que podem ser consideradas saudáveis e adequadas ao enfrentamento da situação de crise, com menos freqüência de

---

<sup>2</sup> Strain, J.J. **Psychological interventions in medical practice**. New York:Appleton, 1978.

referências a quadros depressivos e ansiosos. Grande parte das afirmações feitas pelo psicólogo encontra-se relacionada à vivência do paciente, do adoecimento e da internação, como, por exemplo: dificuldade em lidar com o mal-estar físico, fantasias mórbidas, internação anterior, resistência em admitir dependência, etc. Chama a atenção também o registro de dificuldades nas áreas social, familiar ou pessoal, dado bastante pertinente se se considerar o perfil do paciente já traçado anteriormente. Muitas vezes é difícil distinguir com clareza problemas sociais de problemas psíquicos.

#### QUADRO 2

Estado emocional do paciente observado e mencionado pelo psicólogo

| DESCRIÇÃO  | FREQÜÊNCIA |
|--|------------|
| Mecanismos adaptativos e de ajustamento à situação | 46         |
| Dificuldades relativas ao adoecimento              | 26         |
| Dificuldades nas áreas pessoal, familiar e social  | 16         |
| Sufrimento em função da internação                 | 15         |
| Quadro depressivo                                  | 12         |
| Relacionamento interpessoal                        | 6          |
| Manifestações positivas                            | 5          |
| Quadro ansioso                                     | 3          |
| <b>Total</b>                                       | <b>129</b> |

De forma geral, nota-se, comparando os QUADROS 1 e 2, que as menções feitas por médicos e psicólogos diferem em alguns aspectos. Em

primeiro lugar, verifica-se a diferença numérica de registros: em 58 encaminhamentos analisados, encontraram-se 60 menções a manifestações emocionais do paciente feitas pelo médico e 129 feitas pelo psicólogo. Uma vez que é o psicólogo quem apresenta uma avaliação do paciente, parece óbvio que seja ele quem deve apresentar mais detalhes sobre o quadro clínico. Outro fato relevante é a ausência de registros feitos pelo médico, relativos ao sofrimento do paciente diante do adoecimento e internação, dado que, comparado à frequência de registros feitos pelo psicólogo sobre esse aspecto, mostra a diferença entre as opiniões desses dois profissionais.

Como afirmado anteriormente, as manifestações emocionais encontradas no paciente internado são múltiplas e podem variar de acordo com cada estrutura de personalidade, história pessoal, com o sentido que este atribui ao adoecimento e internação, suas experiências de adoecimento anteriores ou de familiares e, ainda, segundo a natureza de seu acometimento orgânico. No entanto, é preciso distingui-las quanto a seu grau de normalidade. De acordo com Botega (2002, p.45), as reações de ajustamento estão entre os transtornos mais frequentes dos pacientes internados no Hospital Geral. Segundo esse autor, “as reações de ajustamento podem ser tomadas como uma síndrome parcial de um transtorno específico do humor, a meio caminho entre o normal e um transtorno psiquiátrico de mais gravidade.” Para ele, via de regra os sintomas presentes nas reações de ajustamento são de natureza depressiva.

Ainda sobre as manifestações emocionais do paciente, não poderia deixar de ser abordada a presença dos mecanismos de defesa, outro recurso adaptativo também mencionado pelos médicos e psicólogos. Em sua vertente psicodinâmica, encontram-se basicamente relacionados ao adoecimento e à

hospitalização: a negação, a regressão e o deslocamento. Pela negação, o paciente “evita” o conhecimento de sua real condição. Tal conhecimento, ainda que temporariamente, lhe seria insuportável, portanto, ele o adia ou o recusa indefinidamente. Frequentemente, ouve-se do médico a afirmação de que o paciente parece não compreender a dimensão da gravidade de sua doença, embora isto já lhe tenha sido explicado algumas vezes. A aceitação da doença, das limitações que ela impõe e das ameaças de incapacitação que a acompanham constitui um processo de duração variável para cada paciente, que muitas vezes não acompanha e entra em desacordo com o ritmo de tratamento imposto pelo médico e pela organização hospitalar. A regressão funciona como uma atualização de um modo de funcionamento ligado a etapas mais precoces da vida do indivíduo e se traduz em atitudes de mais dependência e passividade diante do impacto emocional causado pelo sofrimento. Essas atitudes, como já mencionado, são reforçadas pela internação e também por familiares e amigos do paciente. Sua presença deve ser encarada a partir dos parâmetros da normalidade, embora sua duração ao longo de todo o tratamento impedirá que o paciente adote atitudes mais maduras e responsáveis em relação à sua própria condição. O deslocamento consiste no mecanismo de transferir a preocupação do doente do órgão realmente acometido pela enfermidade para um órgão sã. Dessa forma, evita-se, também, o confronto tão penoso com a realidade.

Não é objetivo deste estudo o aprofundamento das questões psíquicas relacionadas com o processo de adoecimento e internação. Por ora, basta saber que vias elas percorrem e como os profissionais percebem-na, atentando para o fato de que o limite entre a normalidade e a doença deverá sempre ser observado com cautela. Na maioria das vezes, apenas o apoio e a orientação psicológica,

bem como informações médicas claras e condizentes com a capacidade emocional e cognitiva do paciente de ouvi-las e compreendê-las, são recursos suficientes para ajudá-lo.

Em relação à preponderância, nos QUADROS 1 e 2, da forma vaga com que as manifestações emocionais são registradas pelos dois profissionais, faltam elementos para afirmações mais categóricas do que aquelas que já foram feitas até aqui. Particularmente, no que diz respeito ao esclarecimento da demanda médica, os dados pareceram pouco esclarecedores, pois são bastante subjetivos. Ainda que não se possa esperar desse profissional tanta clareza e objetividade em relação a uma área de conhecimento que não lhe é específica, acredita-se que a forma vaga e por vezes incompleta com que ele expressa sua demanda tem a ver com a pouca clareza que ele tem de seus objetivos, na formulação dessa demanda. Ou, ainda, que essa ausência de clareza tem como função encobrir o encargo embutido na demanda manifesta. Em contrapartida, esses dados levam a pensar também na necessidade de que o psicólogo seja mais objetivo em suas avaliações, o que facilitaria enormemente a condução de novos estudos e a sua comunicação com os outros profissionais da equipe. O próximo capítulo, ao tratar da oferta que o psicólogo apresenta no ambiente hospitalar, propicia a oportunidade de discutir um pouco mais essa questão.



## 7 A OFERTA

Uma vez abordados a prática de nossos dois atores e o perfil do paciente alvo de sua atividade assistencial, passar-se-á a discutir a implicação do psicólogo na oferta de seu serviço no Hospital Geral. Cientes da multiplicidade de atravessamentos que sua atuação sofre, elegeram-se dois aspectos fundamentais para o delineamento de sua oferta: sua formação e inserção no estabelecimento hospitalar.

### 7.1 Formação e prática do psicólogo no Hospital Geral

O trabalho do psicólogo no Hospital Geral diferencia-se do tradicionalmente exercido no consultório privado, sob vários aspectos: objetivos, técnica, enquadramento, etc. Viu-se que a Psicologia Hospitalar, embora circunscrita ao âmbito da Psicologia Clínica, tem características bastante específicas, uma vez que está voltada para o processo saúde-doença e aplicada aos níveis assistenciais secundário e terciário. Romano (1999), em entrevista ao *Jornal de Psicologia do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP)*, comentou:

Acontece que dentro de um consultório estamos entre quatro paredes, nada acontecendo em volta. Só entra dentro da sala o que o paciente trazer. Dentro do Hospital, a sala do psicólogo está inserida no meio do "burburinho". O mundo não existe apenas através da boca do paciente. Eu posso sair para saber coisas. A família dele vem visitá-lo e eu posso formar o meu conceito a respeito do relacionamento dele com a mãe. Aliás, essa é uma discussão muito grande, porque os psicanalistas teimam em dizer que a demanda só existe a partir daquilo que o sujeito solicita e, dentro do Hospital, não é assim que acontece. Há uma demanda que você não precisa solicitar. Eu sei que ela existe. Se o

paciente vai fazer uma cirurgia cardíaca, eu já sei de antemão que daqui a um ano ele pode ficar deprimido. Então, posso atuar em cima disso, orientar a família sobre essa depressão e seus sintomas. Existe uma demanda do sujeito, mas existem outras coisas que posso fazer antecipadamente (*sic*).

Tal especificidade remete obrigatoriamente ao corpo teórico-técnico que a fundamenta e orienta. De acordo com Chiattonne (1987), a direção da atuação do psicólogo hospitalar diverge da forma clássica dos atendimentos clínicos, já que a organização lhe impõe a necessidade de utilização de novos recursos, entre eles as psicoterapias breves e emergenciais, sempre voltadas para a situação de adoecimento e hospitalização. O primeiro aspecto salientado pelos psicólogos entrevistados quanto à especificidade do trabalho no Hospital Geral é o pertencimento a uma equipe multidisciplinar e a conseqüente necessidade de lidar com outros profissionais, trocar informações, inteirar-se da parte médica do caso. Há aqui um dado importante na diferenciação entre o trabalho feito no consultório privado e o realizado no estabelecimento hospitalar. No primeiro caso, o psicólogo, ainda que por vezes participe de discussões de casos ou supervisões (com colegas da mesma área), trabalha isoladamente apenas com o seu paciente. O psicólogo hospitalar, no entanto, ainda que a este respeito se tenham várias considerações, nunca empreende qualquer trabalho com seu paciente, do qual, concretamente, não participem outros profissionais. Sempre será necessária, mesmo que de forma por vezes rudimentar, a troca de informações.

P2 – Você acaba tendo que ter um conhecimento sobre doenças, qual é o impacto, sobre cirurgias, o que vai ser feito, qual o tempo decorrente que ele vai precisar ficar naquele momento, para poder informar. Isso é um trabalho que é feito com a equipe, eu não posso me colocar na posição nem de médico nem de enfermeiro, mas acaba que eu tenho que ter um foco para me orientar, para perceber até que ponto é fantasia. Então, tem que ter um conhecimento sobre saúde, doenças em geral, na área onde você está trabalhando (*sic*).

Possuir maleabilidade para lidar com os imprevistos que esse novo *setting* impõe é outro aspecto considerado significativo pelos entrevistados. Entre os diversos elementos nele presentes, citam-se: a rotatividade dos pacientes; as suas condições físicas que muitas vezes o impedem de sair do leito ou até mesmo de falar; os vários procedimentos e exames a que têm que se submeter; o sono às vezes prolongado em função das medicações; os horários das refeições - que, juntos os últimos três, contribuem para a limitação do tempo com o paciente; a falta de privacidade nas enfermarias, as interrupções, etc.

P3 – Maleabilidade com relação aos pacientes, com relação aos profissionais também, os colegas de toda equipe, porque é justamente por termos que lidar com essa, com o eventual, com o imprevisto, com a mudança rápida. Diferente do atendimento particular onde você pode programar, você pode contar com certos recursos que aqui isso não é possível. De alguma maneira, você tem sempre um imprevisto, você tem sempre, é preciso ter muita flexibilidade aqui dentro pra nós podermos desempenhar esse papel e ainda assim conseguir ajudar o paciente. Esse contexto muda a direção do atendimento. Um atendimento também focal, emergencial (*sic*).

Os entrevistados alertaram, ainda, para a diferença de condição, do ponto de vista da autonomia, entre o usuário de um serviço público e o usuário de um serviço privado. No Hospital público, o doente não tem escolhas, a não ser aceitar a assistência oferecida, não importando por quem e de que maneira.

P1 – E o consultório, às vezes a gente vai doente, mas é consultório: a pessoa pode marcar sua própria consulta, ele pode ir espontâneo, você não tem um tanto de profissional ao redor dele. Eu acho que é bem diferente, bem significativo, né? (*sic*).

Quanto a isto, é importante lembrar a assimetria que se estabelece na relação entre os pacientes de um Hospital público e os psicólogos. Sobre esta questão, vale citar as considerações de Costa (1989, p.31):

Desde o início, o cliente do serviço público, além da consciência de sua doença, tem bem clara a consciência de seu estatuto de cidadão doente da diferença cultural que o separa do terapeuta: ele vai ao consultório para falar de seus problemas a alguém que usufrui mais direitos civis

que ele; que pertence a uma classe social superior à sua; que se veste, fala e se porta de um modo que não é o seu; que ele não escolheu para ser seu médico e vice-versa; a quem ele não tem o direito real de pedir, por exemplo, para ser atendido mais vezes se precisar; a quem ele vê como lhe prestando um favor, quando é bem atendido; que ele teme contrariar, pois sabe que não pode dispensar seus serviços, caso não esteja satisfeito; de quem ele muitas vezes tem medo, porque sabe que o doutor detém o poder burocrático-funcional de mandá-lo de volta ao trabalho em casos de auxílio-benefício, etc. (COSTA, 1989, p.31).

Considerando as especificidades do cenário hospitalar, os entrevistados referem-se à necessidade de eleição de um foco para o tratamento, sempre em torno da doença e da internação e da utilização de técnicas adequadas ao tempo disponível para o trabalho junto ao paciente e aos objetivos propostos.

P2 – Primeiro lembrar que o paciente internado, ele tá sofrendo por um motivo, então existe uma causa. Não é toda, somente, uma história de vida. Aqui nossa causa principal é inicialmente esse adoecimento. E a partir disso você vai focalizar o seu trabalho, né? Então o objetivo maior mesmo é diminuir o sofrimento (*sic*).

Entretanto, nos pareceres dos psicólogos em resposta às solicitações de interconsultas pelos médicos, observa-se alto índice na frequência de objetivos amplos no acompanhamento ao paciente (QUADRO 3), traduzidos particularmente pelo núcleo de frases - “expressão e elaboração dos sentimentos”. Em termos técnicos, isto indica a intenção de se conduzir uma psicoterapia? A qual modalidade psicoterápica o psicólogo estaria se referindo? De que tipo de estratégias o profissional lançará mão para alcançar tais objetivos? Em contraste com esses objetivos amplos, encontra-se um segundo grupo de objetivos que sugere que os psicólogos estão inseridos na lógica da instituição médica, procurando promover a adesão ao tratamento, o que corresponde ao atendimento da demanda mais freqüente explicitada pelo médico.

Pode-se inferir que o psicólogo encontra-se ainda entre dois extremos de atuação: o tradicional, emprestado da Psicologia Clínica, que visa aos processos psíquicos do paciente, independentemente do contexto no qual atua, e o outro, em que atua como coadjuvante do médico. Chama-se a atenção do leitor para o fato de que os objetivos em torno da situação de internação aparecem com frequência significativamente menor.

### QUADRO 3

#### Objetivos do psicólogo no acompanhamento ao paciente

| <b>OBJETIVOS</b>                               | <b>DESCRIÇÃO</b>  | <b>FREQUENCIA</b> |
|--|---|-------------------|
| Objetivos “amplos”                             | Expressão dos sentimentos                                       | 36                |
|  | Elaboração dos sentimentos                                      | 32                |
|  | Crescimento da auto-estima                                      | 10                |
|  | Avaliação do caso   | 2                 |
|  | Vivenciar todas as etapas do luto                               | 1                 |
|  | Diminuir fantasias  | 1                 |
| Objetivos referentes à adesão                  | Conscientização   | 7                 |
|  | Desenvolvimento do autocuidado                                  | 6                 |
|  | Sensibilização  | 3                 |
|  | Estimular participação ativa no tratamento                      | 2                 |
|  | Adesão ao tratamento  | 2                 |
|  | Abordagem do etilismo   | 1                 |
|  | Canalização de seus sentimentos para o positivo                 | 1                 |
|  | Adaptação   | 1                 |
|  | Ajuda na compreensão e aceitação da realidade vivida no momento | 1                 |
| Objetivos referentes ao processo de internação | Diminuir sofrimento causado pela internação hospitalar          | 8                 |
|  | Melhorar vínculo do paciente com a equipe                       | 1                 |
| Sem referência aos objetivos                   |   | 8                 |
| <b>Total</b>                                   |   | <b>123</b>        |

Em pesquisa realizada com psicólogos hospitalares do Rio Grande do Norte, Yamamoto; Trindade; Oliveira (2002) encontraram os seguintes dados:

[...] todos os psicólogos que trabalham diretamente com os pacientes, desenvolvem atividades psicoterápicas em suas diversas modalidades (breve, de apoio, individual ou grupal). Em seguida, figuram as mais diversas variantes de trabalhos que agrupamos sob o rótulo de “orientação/aconselhamento”: grupos informativos, trabalhos pré e pós-cirurgia, preparação para diagnóstico, esclarecimentos diversos e aconselhamento psicológico propriamente dito (60% do total de psicólogos). A avaliação psicológica (também tomada de forma ampla, incluindo psicodiagnósticos, elaboração de pareceres, triagens e demais modalidades), embora praticada por pouco menos da metade dos profissionais, o que não deixa de ser um dado expressivo, aparece apenas em terceiro lugar entre as atividades dos psicólogos nos hospitais potiguares (YAMAMOTO; TRINDADE; OLIVEIRA, 2002).

Esses autores avaliam esses dados como a “... utilização de recursos tradicionais para enfrentar situações pouco usuais na prática clínica convencional” e os atribuem ao fato de a expectativa de busca de novas referências teórico-metodológicas para esse novo campo de atuação não estar sendo cumprida. Quais seriam os entraves encontrados pelos profissionais nessa busca? Fiorini (1993, p.49) identifica um deles, afirmando que, de forma geral, as psicoterapias ministradas nas instituições assistenciais carecem de clara conceituação de suas técnicas, em função do caráter predominantemente empírico de sua aplicação. O autor atribui esse estado de coisas às condições em que a prática assistencial se desenvolve, citando a pressão que exerce sobre o profissional o volume de demandas e a conseqüente ausência de disponibilidade para uma elaboração mais teórica dos fundamentos dessa prática. Acredita-se que esta seja uma justificativa bastante plausível, mas o empirismo ao qual o autor se refere tem suas raízes em algo anterior à sua prática: a formação acadêmica.

Perguntado aos psicólogos se a formação recebida nos cursos de graduação prepara-os adequadamente para esse exercício profissional, foi unânime a afirmação de que ela é insuficiente para o exercício de suas atividades

e que o esforço para a construção desse saber-fazer fica a cargo de cada profissional.

P1 – Não. Acho que não. Eu acho que nas escolas, pelo que eu tenho visto, tá começando, né? É uma coisa nova. Eu tenho 23 anos de formada. Eu não estudei essa cadeira de Psicologia Hospitalar, eu precisei fazer um curso por fora, para eu estar atuando. Eu tenho título de especialização em Psicologia Hospitalar já na carteira e tudo. Foi assim, eu acho que a maioria de todos que entraram foram nu e cru. Ninguém sabia nada. Todos que entraram aqui no Hospital, ninguém tinha experiência. Foi adquirida através do tempo (*sic*).

Yamamoto; Trindade; Oliveira (2002), em pesquisa realizada com psicólogos hospitalares no Rio Grande do Norte, verificaram a significativa freqüência da procura por cursos de pós-graduação *lato sensu* entre os entrevistados em função da insuficiência dos conhecimentos adquiridos na graduação. Almeida (2000, p.25) referenciou que essa inadequação refere-se principalmente à ausência do debate sobre a saúde, em seus aspectos mais amplos: políticos, econômicos e sociais. Spink (2003, p.33-34) identificou três problemas para o desenvolvimento de um marco teórico adequado à Psicologia da Saúde: o predomínio do modelo psicodinâmico no ensino básico da Psicologia, o enfoque do indivíduo como ser abstrato e “a-histórico” e a ausência de paradigmas verdadeiramente psicológicos para tratar o processo saúde-doença.

Outro aspecto relevante para esta análise consiste naquilo que o profissionalismo denomina cultura profissional: “...conjunto de valores culturais, imaginários e identidades sociais específicos, preferências teóricas e técnicas, estilos de vida, padrões de relação com a clientela, com a sociedade mais ampla e com a vida política (VASCONCELOS, 2002, p.116)”. De acordo com essa perspectiva, Dimenstein (2000), em artigo sobre a cultura profissional do psicólogo e suas implicações para a prática no campo da saúde pública, destacou alguns aspectos responsáveis pela formação da identidade desse profissional. Segundo a

autora, o processo de legitimação do saber psicológico está estritamente relacionado às ideologias dominantes do sistema capitalista, por uma postura pouco questionadora e transformadora em relação à sociedade e suas instituições. Mais do que isso, é atribuída a esse profissional uma função de controle social, exercida principalmente por meio do mecanismo de “psicologização” do comportamento individual. Outro aspecto abordado refere-se à ênfase dada durante a formação desse profissional aos valores individualistas, o que recai também no formato de aquisição de conhecimentos do próprio psicólogo, transformando o processo de formação num percurso singular, baseado na crença do “cada um por si”. A autora chama a atenção para a repercussão negativa disso na formação de uma identidade profissional e para a disponibilidade de troca entre seus congêneres. Muito mais ainda entre outras categorias profissionais. Por último, cita as conseqüências que a transposição de uma prática clínica tradicionalmente exercida em consultórios privados e estabelecimentos unicamente voltados para a saúde mental acarreta para o formato da intervenção desse profissional no campo da saúde pública. Entre elas, destacam-se: a baixa eficácia das terapêuticas; o alto índice de abandono dos tratamentos; a “psicologização” dos problemas sociais; e seleção e hierarquização da clientela. E acrescentam-se: submissão ao enfoque médico do processo saúde-doença e uma atuação alienada e vulnerável à captação da lógica institucional.



## 7.2 A inserção do psicólogo no Hospital Geral

Não é somente em função da insuficiência em sua formação e da repercussão disso em sua prática que o psicólogo irá inserir-se de modo conflituoso no Hospital. Soma-se a esses fatores a ambigüidade institucional em relação à sua presença, com conseqüências não menos importantes. Na introdução deste trabalho, mencionou-se que a contratação desse profissional pelo estabelecimento hospitalar é uma constatação da pertinência de sua prática nesse ambiente. Pode-se dizer que essa constatação aparece no discurso institucional manifesto, bastante coerente com o seu ideal de trabalho. A prática, no entanto, mostra qual é a demanda institucional latente. É nesse sentido que Mello Filho (1992, p.33), analisando a atuação do profissional de saúde mental no Hospital Geral, afirma que freqüentemente o psicólogo atua mais como um agente dos interesses da instituição do que das necessidades efetivas do paciente. Tal ambigüidade se dá na medida em que sua presença tem efeito tranqüilizador para o objetivo institucional disciplinar se suas atividades estão despotencializadas. Goffman (1987, p.83) descreveu esse mecanismo ao referir-se aos recursos institucionais utilizados para o controle dos internados:

O controle dos internados é geralmente racionalizado através de funções ou objetivos ideais do estabelecimento e isso exige serviços técnicos humanitários. Usualmente, são contratados especialistas para a realização de tais serviços, ainda que seja uma forma de a direção não precisar mandar os internados para fora da instituição [...] Muitas vezes, um serviço psiquiátrico específico – por exemplo, psicoterapia de grupo, psicodrama ou terapia de arte – é apresentado com grande apoio da direção superior do Hospital; depois, aos poucos o interesse se transfere para outros aspectos e o especialista encarregado verifica que seu trabalho se transformou numa espécie de trabalho de relações públicas – e sua terapia recebe apenas um apoio simbólico, a não ser quando há visitantes e a administração superior se preocupa em mostrar como seus recursos são modernos e completos (*sic*).

Seguindo esse mesmo raciocínio, Souza (1999) afirmou que as diversas disciplinas chamadas a atuar no espaço hospitalar inscrevem-se no registro do saber médico, tendo como função primordial a "aspepsia" do doente, ou seja, livrá-lo dos entraves que impedem o médico de exercer sua prática de maneira adequada e confortável. Dessa forma, o psicólogo é visto como um aliado para o enquadramento do usuário às normas do estabelecimento, mais um agente normatizador, pois é preciso medicar, operar, "salvar" aquela vida, mesmo que essa vida não queira ser "salva"... O que sobra a esse profissional, dos ideais aprendidos durante sua formação? Goffman (1987, p. 305) dá a resposta:

A única ação, por parte do terapeuta, que parece coerente com sua obrigação com relação à Instituição e à sua profissão, é afastar essas queixas, ao convencer o paciente de que os problemas que pensa estar tendo com a Instituição – ou com seus parentes, a sociedade e assim por diante – são realmente problemas seus. O terapeuta sugere que enfrente tais problemas por uma reorganização de seu mundo interior, não por tentativas de alteração da ação desses outros agentes. Aqui temos um esforço direto, embora sem dúvida não intencional, para transformar o paciente, aos seus olhos, num sistema fechado que precisa de correção (GOFFMAN, 1987, p.305).

Como pode ser visto no próximo depoimento, os entrevistados salientam questões relativas à falta de clareza sobre o papel e a função desse profissional.

P1 – O médico já tem o lugar dele, o enfermeiro já tem o lugar dele. Psicólogo é para bater papo? Que lugar é esse o nosso? (sic).

Existe, ainda, segundo Martins (1992, p.162), uma desigualdade de condições entre o profissional de saúde mental e os demais profissionais do estabelecimento hospitalar no que se refere à definição de seu papel: enquanto os da equipe médica têm papéis relativamente bem estabelecidos e compartilham um mesmo referencial, que é o modelo biomédico, o interconsultor experimenta profundas dúvidas sobre suas funções.

Os entrevistados questionaram, também, a importância que a organização lhes atribui ao se referirem às relações de poder e distribuição de privilégios entre as diversas categorias profissionais.

P1 – Eu acho que hoje aqui (no Hospital) a gente tem muita trava, a gente não tem o privilégio que o médico tem, que eu esqueci de falar. Não é o mesmo privilégio. Na hora de misturar para ser médico a gente é médico. E então a gente fica um joguinho de pingue-pongue: "Peraí, eu quero que você seja médico, embola aqui, veste de branco, faz esse papel." Na hora de ter os direitos, a gente não tem os direitos do médico. Então, por que que a gente vai ficar embolado? (sic).

De acordo com os depoimentos dos psicólogos entrevistados, esse mecanismo institucional é evidenciado no Hospital Geral pelo baixo número de profissionais de saúde mental contratados, dos baixos salários que lhes são pagos, do espaço físico que na instituição lhes é reservado e da resistência à sua participação efetiva nos processos decisórios da instituição. A nosso ver, esses mecanismos organizacionais, junto aos outros, cumprem uma função determinada: a amortização dos efeitos de sua prática. Refere-se aqui ao jogo de forças que se dá no campo institucional.

P1 – Olha, no início é muito difícil. Acho que o psicólogo assusta, sim. Ele assusta por ser um psicólogo, por pensar diferente, ele assusta. [...]. Eu acho que o psicólogo é meio ameaçador, ele é meio o outro que vai cutucar. Você vai mexer com os médicos, você vai mexer com a enfermagem: "será que ele tá me analisando ou não?" (sic).

Marazina (1989, p.72), em um artigo sobre o trabalhador de saúde mental, registrou que:

Qualquer intervenção que pretenda despertar questionamentos, perguntas em relação aos saberes, às ferramentas de trabalho, coloca em jogo altíssimas ansiedades persecutórias. Imediatamente aparecem os jogos dissociativos que ajudam a evitar a reflexão: os novos *versus* os velhos, os médicos *versus* os outros; tudo se faz para que não se discuta o que cada um sabe ou, mais grave, o que não sabe. [...] convalidações cínico-defensivas do instituído, vivido como eternificado e imutável (MARAZINA, 1989, p.72).

Albuquerque e Siqueira (1990, p.127) também pontuam esse movimento:

Sabemos que esse tipo de atuação enfrenta resistências, que poderão surgir claramente ou apenas mencionadas de modo latente, mesmo entre aqueles que apóiam a idéia. E não poderia ser de outro modo, observar e descobrir pontos de conflito, promover mudanças pode ser visto como algo ameaçador (ALBUQUERQUE; SIQUEIRA, 1990, p.127).

Por último, Bleger (1992, p.52) sintetizou:

O psicólogo é – por sua mera presença – um agente de mudança e um catalisador ou depositário de conflitos e, por isso, as forças operantes na instituição vão agir no sentido de anular ou amortizar suas funções e sua ação; uma das modalidades mais comuns em que isto se tenta ou se consegue é a de enquistar o psicólogo em alguma atividade estereotipada, com o que se consegue um efeito mágico, tranquilizador (há um psicólogo) – (BLEGER, 1992, p.52).

Impossível não perceber nessas declarações o impacto provocado pela inserção na instituição médica sobre a identidade do psicólogo. Como foi possível observar nos depoimentos dos psicólogos, são constantes as referências ao desconhecimento da organização hospitalar e dos diversos profissionais da equipe sobre o sentido da prática do psicólogo. Nas entrevistas com os médicos, investigou-se essa questão e encontraram-se as seguintes declarações:

MA1 – Olha, eu para te ser sincero, eu não tenho opinião formada sobre isso assim, não. Você tá entendendo? Se eu dissesse para você, tecnicamente, aquilo que o psicólogo poderia fazer dentro do Hospital, sinceramente eu não saberia discorrer sobre isso para você, não. É, o que eu sinto é o seguinte, é que realmente, às vezes a gente se depara com alguns problemas que as pessoas têm, é, na área dentro da Psicologia, e que a gente não tem recursos para resolver (*sic*).

MA4 – E caberia ao psicólogo definir esses casos. Porque às vezes o médico e aí, mesmo os médicos que se interessam por Psicologia, já estariam entrando na área técnica. Eu costumo dizer muito que qualquer negócio você tem que identificar e isso é muito comum hoje em administração, identificar a necessidade do cliente. O cliente aí seria o médico que está pedindo ao psicólogo. Cabe ao psicólogo identificar a necessidade. O cliente, freqüentemente ou quase nunca, sabe o quer. Principalmente quando o que ele quer é algo fruto de conhecimento técnico profundo, como é o caso da Psicologia (*sic*).

Outros profissionais, no entanto, indicaram algumas tarefas e competências do psicólogo, demonstrando, assim, a relatividade desse desconhecimento.

MA3 – Pois é, além dessas que eu coloquei, né, eu acho, por exemplo, fazer um trabalho para avaliação cognitiva de todos os idosos que internassem no Hospital, né. Seria super interessante, né? É, eu acho que é por aí, essas coisas. Eu acho, a abordagem do alcoolista, abordagem do doente terminal, dele e família, né, abordagem do idoso, ele e família. Eu acho que já é muito serviço (*sic*).

MA2 – Com certeza, trabalhar em suporte clínico, emocional e psicológico. Pensaria mais dessa forma. Todos os pacientes que estão internados, se você for procurar, todo mundo tem um quêzinho que poderia ter alguma ajuda com o psicólogo, né? Mas, como a gente vê, é que acaba, nem todos a gente pede interconsulta, né? (*sic*).

Em alguns depoimentos verificou-se a existência de uma visão distorcida da tarefa do psicólogo. Ficou claro nessas falas que o encargo embutido na demanda de assistência psicológica é a “assepsia” do doente e/ou familiar. O psicólogo é chamado, então, para acalmar, distrair, conversar com o doente, uma vez que o médico não tem disponibilidade para fazê-lo.

MR3 – Eu acho que a função do psicólogo é de conversar com o paciente para achar, para ver quais são os reais problemas, o que tá chateando. Às vezes o médico não tem tempo de fazer isso, né? [...] Às vezes até para desabafar mesmo. Paciente tá deprimido, mas a gente não tem tempo de ficar ouvindo.[...] Talvez se o médico pudesse dar uma atenção melhor para o doente, uma explicação melhor, não seria às vezes...Diminuiria talvez o número de parecer, digamos assim, que a gente passa para a Psicologia (*sic*).

Outros depoimentos indicam uma visão de complementaridade do trabalho do psicólogo em relação ao trabalho médico. É importante enfatizar o caráter ambíguo da noção de complementaridade. A tarefa de complementar parece ser vista mais como uma ajuda, um suporte do que como exercício de uma assistência baseada na integralidade do sujeito.

MR1 – Olha, o psicólogo, eu acho o seguinte: a maior parte das doenças, as doenças têm acometimento orgânico, mas tem junto um

comprometimento psíquico, tem um comprometimento que eu acho que vai além do orgânico. E eu acho, assim, que é de fundamental importância que tenha um profissional com uma formação, com um embasamento teórico-prático para nos ajudar a acompanhar esses pacientes. Um suporte, né? (*sic*).

Alguns profissionais têm uma visão mais integralista da assistência e da importância da interação entre os profissionais que se encarregam da assistência, sejam eles médicos ou não médicos.

MR1 – Eu acho que todo mundo deveria ter esse apoio, porque na verdade você acaba descobrindo, talvez você descobre coisa que eu não descubro, né? E a interação aí ajuda o paciente, né? É muito interessante esse trabalho. Eu já trabalhei em outros hospitais que tinha isso e já vi que funciona muito bem (*sic*).

MA4 – Não é possível imaginar uma pessoa que esteja doente, seja qual o grau da doença e seja qual o órgão acometido ou a especialidade que vai olhá-lo que não seja afetado em maior ou menor grau na parte psíquica ou na parte psicológica, vamos dizer assim. Então, dessa maneira, eu vejo que a função da Psicologia é integrar o arsenal terapêutico, vamos dizer assim, que inclui os médicos, o serviço de Psicologia, o serviço de Enfermagem, o serviço de laboratório, de raio X, etc. Quer dizer, todo mundo na área de saúde tem o seu papel (*sic*).

Percebem-se, nessas falas, diversos graus de conhecimento do médico sobre a função do psicólogo, desde as mais amplas até as mais específicas e desde as mais próximas do senso comum até as que mais se aproximam do conhecimento científico. De forma geral, os depoimentos dirigem-se para um campo de saber que não é próprio do médico e que, portanto, lhe é desconhecido. Na visão da maioria dos entrevistados, o psicólogo é um profissional que se ocupa daquilo que o médico não pode se ocupar ou por não saber ou por não ter disponibilidade. Fica visível o mecanismo de dissociação entre o psíquico e o orgânico e de suporte ao trabalho médico, atribuído pelos entrevistados à prática do psicólogo no Hospital.

Por último, apresentam-se as falas que expressam a necessidade de que o psicólogo trabalhe para esclarecer sua oferta junto às outras categorias profissionais.

MA4 – Nos outros casos que possam não ser pertinente, caberia à própria Psicologia dizer que não é pertinente e explicar por que. Faria parte, inclusive, de uma educação de nós, médicos, para melhorar a qualidade dos nossos pedidos (*sic*).

MA3 – Por isso que eu acho que a Psicologia, ela tem que se abrir, mostrar: nós nos propomos a, para eu saber o que que eu vou pedir. Por exemplo, eu não conheço o serviço, não conheço o que ele quer fazer o que que ele gosta de fazer. A não ser só porque o sujeito “tá triste”, vou chamar a Psicologia? Não. Aí também é banalizar muito sua profissão, né? (*sic*).

Embora reconhecida a pertinência dessa proposta, não é certo que seu cumprimento seja a solução definitiva para sanar o problema do desconhecimento médico sobre a função do psicólogo no contexto hospitalar. Como visto, esse desconhecimento é relativo e, por vezes, bastante conveniente para a atribuição de encargos a esse profissional. A inserção do psicólogo padece de um problema mais amplo a resistência a mudanças, onde se trava a disputa entre o instituído e o instituinte. Cabe encarar esse jogo de forças como um processo no qual a cada dia se avança um pouco, recua-se um pouco, mas está-se sempre em movimento. É nesse sentido que os entrevistados assinalam o caráter permanente de construção dessa prática no Hospital Geral:

P2 – É tudo muito novo. Psicologia Hospitalar é nova dentro do Hospital, apesar de ter mais tempo, como o número de profissionais era muito pequeno e os profissionais de saúde mudam muito. Então, é sempre um trabalho novo. Então, a gente tá tendo sempre que cavar esse espaço, de mostrar, fazer a oferta, né, para esses profissionais. Para você entrar, é uma inserção que você vai fazendo aos poucos e que, à medida que muda os profissionais, você tem que estar o tempo todo refazendo isso (*sic*).

Quanto à divulgação da oferta do psicólogo no Hospital, acredita-se que um mecanismo mais efetivo e abrangente de socialização dessas informações

seria a sua participação no treinamento dos médicos residentes. Esta seria uma forma bastante adequada de suprir as carências deixadas pela formação acadêmica, uma vez que se encontra aliada à prática. Tal participação poderia se dar sob diversos formatos, entre eles os grupos operativos, muito utilizados já no campo da saúde mental, os seminários e a tão necessária participação em reuniões clínicas, das quais, no que se refere ao presente estudo, o psicólogo se encontra excluído.

Analisando a oferta que o psicólogo faz, conclui-se que ela carece de consistência e clareza, devendo isto, em grande parte, à sua derivação da prática clínica tradicional. Ora, o que os orienta nessa prática não é a demanda do sujeito? Essa demanda é suscitada pelos incômodos que ele sente em relação a si mesmo? O que se oferece não é a resolução de conflitos psíquicos que só a esse sujeito dizem respeito? E não será esta a oferta que se está a repetir nesse novo cenário? Em caso afirmativo, a demanda que é direcionada a esses profissionais da Psicologia ganhará coerência e a instituição ficará livre de suas implicações, já que o problema localiza-se apenas no paciente. Verificou-se, ainda, que a formação do psicólogo é insuficiente no que tange à atuação no âmbito da saúde pública, o que o torna mais suscetível às possíveis tentativas de distorção de sua prática no ambiente institucional. Tais distorções, por sua vez, constituem-se num poderoso entrave para a construção de saber e de prática realmente efetivos na promoção e recuperação da saúde e adequados à situação hospitalar.



## 8 A ANÁLISE DO ENCAMINHAMENTO

Até aqui se conheceram alguns elementos que participam da configuração da demanda que o médico encaminha ao psicólogo: os determinantes organizacionais, o perfil do paciente assistido por ambos os profissionais e a oferta que o psicólogo apresenta ao estabelecimento hospitalar. Este capítulo abordará a formulação da demanda propriamente dita, não sem antes tratar de mais um elemento de grande importância para sua configuração: a formação e prática médica.

### 8.1 Formação e prática médica

Quem é o médico que encaminha o doente ao psicólogo? Quais as suas características? Quais são as motivações que determinam o encaminhamento? De acordo com Botega (2002, p.74), cada médico tem seu limiar de encaminhamento, que é influenciado por vários fatores, entre eles a formação acadêmica, a experiência clínica, o interesse pelos aspectos psicológicos da prática médica, etc. A partir desses vários fatores, procurou-se investigar aquele que é comum a todos os médicos e que, por isso, torna possível a obtenção de dados mais concretos: a formação acadêmica.

Empiricamente, é possível observar a existência de diferentes visões entre os médicos sobre o valor e a credibilidade atribuídos à Psicologia. No mapeamento das interconsultas, encontram-se dois grupos entre os médicos

assistentes: de médicos consultantes e de médicos que não costumam fazer pedidos por interconsultas. Esse aspecto foi questionado aos entrevistados e a resposta confirmou as observações do presente trabalho:

MR1 – Alguns são mais preocupados, assim não, se... Não ficam satisfeitos apenas em tratar o orgânico, né? Outros, uns, resolvem a parte orgânica, muito bem, tá resolvido, dever cumprido. Outros não, têm uma preocupação maior com o todo. Tratam o orgânico, né? Outros tratam melhor também a parte é, parte psíquica do paciente (*sic*).

Um dos fatores aos quais os entrevistados atribuem tal heterogeneidade é o que as diversas escolas de Medicina oferecem em termos de formação na área da Psicologia:

MR1 – Olha, eu percebo essa diferença, sim, e eu noto o seguinte [...]. Vieram uns alunos, alguns do interior, outros da Federal, outros das Ciências Médicas, então tem uma diversidade, um grupo mais heterogêneo, né, de formação, assim, de local. Então, a gente vê, nota que às vezes, assim, tem pessoas de determinadas escolas que vêm mais preparado, sabe? Outros vêm menos (*sic*).

Em outros depoimentos, os entrevistados afirmam que, independentemente da Faculdade em que se deu sua formação acadêmica, o resultado será sempre deficiente no que diz respeito ao estudo das ciências humanas.

MA4 – Se você se ativer à formação exclusiva que você recebe durante o currículo da escola de Medicina, você provavelmente vai ter uma noção rudimentar de psicopatologia, é rudimentar, é pouco mais que a nomenclatura, né? Você não tem nenhuma noção de fazer diagnóstico de alguma doença, mesmo grave. Você dificilmente distinguiria uma pessoa que tem um distúrbio digamos neurótico, relativamente moderado, nem grave é, de um psicótico. Você tem dificuldade de ver o que que é uma manipulação, um ganho secundário e você não pensa muito sobre esse assunto, isso não faz parte do seu mundo, do seu vocabulário. É uma questão, em última análise, de falta de conhecimento, também conhecido como ignorância. [...] O indivíduo raciocina, então, como Psicologia, como se fosse um profissional, que fosse uma pessoa culta, de senso comum e que se ocupa de ficar pensando sobre coisas mais ou menos ociosas - o que é uma visão de um homem ignorante de meados do século XIX (*sic*).

No que se refere especificamente à disciplina de Psicologia Médica no currículo médico, Muniz e Chazan (1992, p.38) afirmaram que esta deve estar voltada obrigatoriamente para a prática médica, elegendo nesse campo três focos principais: o ensino e as vivências em torno do aprendizado médico; a prática médica propriamente dita; e todos os aspectos nela envolvidos, tais como: a organização dos serviços de saúde e seu impacto para o doente; o contexto socioeconômico, cultural e familiar do doente; a relação médico-paciente; as relações entre os diversos profissionais da equipe de saúde, etc.; e a prevenção da iatropatogenia. Neste último, os autores distinguem diversas formas de detectar e prevenir os efeitos iatropatogênicos da prática médica, destacando-se aquele de mais pertinência para o estudo da interconsulta psicológica: "...começar a distinguir os pacientes que podem receber ajuda psicológica do médico em geral daqueles que necessitam ser encaminhados aos especialistas em doenças mentais" Essa afirmação leva a questionar o alcance e a efetividade da participação da Psicologia Médica como disciplina do currículo acadêmico. E obriga a constatar, pelo menos no âmbito contemplado pelo presente estudo, a sua insuficiência ou a sua fragilidade diante das orientações dominantes na formação médica, ou seja, o biologismo, o mecanicismo e o reducionismo, os quais já foram aqui referidos na revisão sobre o processo de institucionalização da Medicina.

Campos (1997, p.182) ilustrou a renúncia da Medicina em considerar a presença do social e do subjetivo no processo de adoecimento com a expressão paradigmática – ciência e a arte de curar. E afirmou que após as contribuições da Psicanálise, da Epidemiologia e da Medicina Social, a Medicina, hoje, não pode mais ser operada como uma arte. Os entrevistados confirmam essa análise em

suas ponderações sobre a postura predominantemente reducionista de sua prática:

MA4 – Porque os médicos sendo assim um pouco porque não dizer onipotentes mesmo, de achar que a doença se resume ao que está nos compêndios da medicina. [...] Então, eu vejo que reduzir a pessoa humana a um amontoado de órgãos e de funções inter-relacionadas sem considerar o que é muito importante, que é a sua inserção cultural, seu bem-estar, a sua autoconsciência, etc., é uma redução pior do que seria feita por um veterinário (*sic*).

MA4 - Eu vejo o Hospital hoje, sinceramente, como paciente, as vezes em que eu já fui paciente, eu não chego a entrar em pânico, pelo fato de ser médico, extremamente um tratamento muito mecanicista, você se sente quase numa linha de montagem. As pessoas são desumanizadas na profissão (*sic*).

Se a formação acadêmica na área das ciências humanas é deficiente, ou pelo menos não é homogênea, impõe-se um critério pessoal para o desempenho médico quanto às demandas emocionais do paciente. Sendo assim, não surpreende a distinção que alguns dos entrevistados fazem entre formação acadêmica e formação pessoal.

MR1 – Olha, eu acho, eu fico observando, eu acho que pode ser formação, tem a ver e também eu acho assim um pouco de vida pessoal, sabe. É como se diz, é criação, né? (*sic*).

Esse dado revela um outro aspecto da formação do médico, que é a combinação do que lhe é oferecido no campo do conhecimento científico e que se constituirá em seu esquema referencial, com suas características e vivências individuais. Sabe-se que uma das formas de suprir as deficiências da formação e assegurar um exercício profissional de mais qualidade no setor psicológico é a própria psicoterapia. Entre os sete entrevistados médicos, apenas dois submetem-se ou já se submeteram a um processo psicoterapêutico:

MA2 – E outra coisa também, visão particular também. Eu fiz, comecei a fazer terapia. Por causa de algumas coisas profissionais, por causa de algumas coisas pessoais. Você tem uma visão diferente das coisas

também. [...] Pois é, aí é uma questão particular. Os que têm sabem como funciona. Os que não a têm se afastam (*sic*).

MA4 – Influencia de uma maneira absolutamente decisiva, né? Eu acho que quem se submete, sempre voluntariamente, é claro, se não à Psicoterapia, no meu caso à Psicanálise, muda. [...] Por definição, você tá mexendo com gente e é até uma questão cognitiva, né, você é gente, [...] e tá querendo mexer com pessoas doentes, se você não firma aí uma personalidade, não trabalha o problema da transferência, o problema da relação com as pessoas, inclusive as pessoas doentes, você vai ser muito... Você vai ser envolvido, você vai ser manipulado, o doente mente, né, é claro, porque ele não quer ver as coisas, como ninguém quer ver coisa ruim (*sic*).

É possível apreender, a partir desses depoimentos, que a formação acadêmica também se encontra em transição entre o velho e o novo paradigma assistencial, mantendo, porém, de forma predominante, a visão biologicista e reducionista de seu objeto. Essa visão será traduzida, *a posteriori*, em uma prática que reproduz a lógica através da qual a instituição médica se estruturou e que possibilitou observar-se no início deste estudo. Em resposta às questões formuladas no começo deste tópico, encontrou-se como fator predominante para o encaminhamento o critério pessoal, ou seja, uma sensibilidade individual para os aspectos emocionais presentes no processo de adoecimento e internação hospitalar. Não é difícil concluir que, diante dessa heterogeneidade de visões e posturas, o psicólogo só será aceito antes como pessoa e somente depois como profissional. Um pouco como acontece no início da relação entre analisando e analista, quando este último é investido de projeções as mais variadas e indiscriminadas pelo primeiro, para apenas muito mais tarde conseguir-se discriminar a quem exatamente pertence tal ou qual característica.

## 8.2 A demanda

No decorrer da análise dos pedidos de interconsultas, verificou-se que, no período pesquisado - abril/2003 a março de 2004 -, o número total de internações nas enfermarias de clínica médica foi de 1.671 e de 120 o número de pedidos de interconsultas, o que resulta em 7,12% de pacientes encaminhados ao psicólogo. Vale lembrar que, dos 120 pedidos, apenas 58 foram encontrados e, portanto, utilizados neste estudo. Ao traçar-se o perfil do paciente assistido nas enfermarias de clínica médica, definiu-se que ele é, de maneira geral, um doente crônico e/ou grave, pertencente à classe popular. A situação de adoecimento e internação hospitalar é sabidamente causadora de sofrimento psíquico, mas nem por isso todos os pacientes necessitam ser assistidos por um psicólogo, pois muitos deles possuem recursos próprios e diferenciados para o enfrentamento dessa situação. Constatou-se, ainda, que o encaminhamento feito pelo médico ao psicólogo baseia-se mais em sua forma pessoal de lidar com os componentes psíquicos do processo de adoecimento do que em seus conhecimentos científicos sobre os mesmos. Cabe, então, perguntar-se: dentro desse universo, qual será o paciente a ser encaminhado pelo médico ao psicólogo? E por que?

O QUADRO 4 apresenta de forma mais detalhada os motivos pelos quais o médico encaminhou o pedido de interconsulta.. Os núcleos das expressões onde está contida a demanda foram agrupados nas categorias que mais se repetiam: adesão ao tratamento, dificuldades em relação ao diagnóstico, referências ao componente psicogênico da doença, dificuldades do paciente em relação ao processo de adoecimento, referência aos componentes econômico-sociais da vida do paciente e referências à configuração familiar do paciente e/ou

à participação da família no processo de adoecimento/ internação. Será possível visualizar sua organização e frequência no QUADRO 4.

#### QUADRO 4

##### Demandas formuladas pelo médico

| GRUPOS   | DEMANDAS  | FREQ |
|--|---|------|
| Adesão ao tratamento   | <p>Pede que a Psicologia converse com o paciente a respeito do etilismo e seus riscos.</p> <p>Solicita reforçar orientação quanto à necessidade de fazer uso regular da medicação após alta.</p> <p>Não trata em casa, está sempre internando, seu prontuário é imenso.</p> <p>Não receptivo ao tratamento.</p> <p>Suspeita de que o paciente não faz uso da medicação.</p> <p>Não está se alimentando.</p> <p>Bebe cinco doses de pinga/dia</p> <p>Continua fumando e comendo doces escondido.</p> <p>Não demonstra interesse em tratar-se emocionalmente.</p> <p>Parece não compreender seu quadro de ansiedade.</p> <p>Refratária ao tratamento.</p> <p>Resistente até às mudanças de decúbito.</p> <p>Uso irregular de insulina.</p> <p>Paciente quer deixar o Hospital.</p> <p>Paciente não aceita tratamento cirúrgico.</p> | 22   |
| Dificuldades do paciente em relação ao processo de adoecimento             | <p>Preocupado com seu estado de saúde.</p> <p>Preocupado com relação ao seu futuro.</p> <p>Não encontra razões para viver.</p> <p>Preocupado por causa do problema de coração.</p> <p>Nega melhora do quadro de depressão</p> <p>Necessita internação prolongada.</p>   | 5    |
| Dificuldades do paciente em relação aos procedimentos médicos e internação | <p>Deverá ser submetido à gastrostomia para alimentar-se.</p> <p>Tendo o pé esquerdo amputado há uma semana.</p> <p>Provavelmente será encaminhado para transplante hepático.</p> <p>Provavelmente será encaminhado para cirurgia.</p> <p>História de retirada do pênis (falectomia) e da bolsa escrotal e testículos (orquiectomia) por doença sexualmente transmitida.</p> <p>Necessita internação prolongada.</p>  | 6    |
| Dificuldades em relação ao diagnóstico                                     | <p>Paciente não sabe do diagnóstico.</p> <p>Ajuda para comunicar diagnóstico.</p> <p>Não aceita diagnóstico.</p> <p>Paciente não falou comigo sobre o tumor.</p> <p>Diagnóstico recente de HIV+.</p> <p>Paciente com receio de tal doença.</p>  | 9    |

Continua QUADRO 4

| <b>GRUPOS</b>  | <b>DEMANDAS</b>   | <b>FREQ</b> |
|--|---|-------------|
| Configuração familiar e/ou participação da família no processo | Mãe muito ansiosa.<br>Esposa ansiosa.<br>Filhos também pedem acompanhamento psicológico para o paciente.<br>Divorciado há 10 anos, filhos saudáveis.<br>Familiares dizem que o paciente está triste e deprimido.                    | 5           |
| Sobre o componente psicogênico da doença                       | Quadro coincide com o falecimento da mulher e várias outras perdas.<br>Separação recente.<br>Já fazia acompanhamento psicológico.<br>Refere sintomas não justificáveis fisiologicamente.<br>Morte do filho há mais ou menos um ano. | 5           |
| Referência a aspectos econômico-sociais da vida do paciente    | Problemas sociais.<br>Licença no trabalho há dois anos.<br>Dificuldades financeiras.  | 3           |
| Em relação à alta hospitalar                                   | Reavaliação do caso para alta<br>Dificuldade para dar alta  | 2           |
| Sem referência à demanda                                       |   | 1           |
| <b>Total</b>   |   | <b>58</b>   |

O QUADRO 4 mostra que a demanda mais freqüentemente formulada pelos médicos é pela ajuda do psicólogo na adesão do paciente ao tratamento. Essa demanda coincide com o grupo de doenças orgânicas predominantes nos pacientes assistidos nas enfermarias de clínica médica: a doença crônica. A probabilidade de que o paciente apresente dificuldades de adesão ao tratamento diante de um quadro crônico é obviamente maior que nos quadros agudos.

Em segundo lugar, encontram-se as demandas referentes às dificuldades do paciente em relação ao processo de adoecimento, tratamento e internação e que podem ser responsáveis por boa parte dos sintomas depressivos percebidos e mencionados pelos médicos em seus



encaminhamentos. Destacam-se aqui o grupo de demandas correlacionadas à comunicação de diagnóstico e o impacto dessa comunicação no psiquismo do doente e que coincidem com as necessidades de outro grupo de doenças mais freqüentemente encontradas nos pedidos – as graves, como aids e câncer.

Em seguida, encontram-se as demandas de participação da família no processo de tratamento, dado que revela, ainda que de forma incipiente, a preocupação do médico com a estrutura familiar do paciente. O grupo de demandas que fazem referência aos possíveis componentes psicogênicos da doença foi encontrado com a mesma freqüência. Paradoxalmente, este último constituiu um dos principais motivos para o encaminhamento do paciente ao psicólogo. Sabe-se, através de inúmeras pesquisas já realizadas, que esses casos estão longe de ser raros, ao contrário, são bastante incidentes. O que significa, então, tão baixa freqüência desses encaminhamentos? O desconhecimento do médico sobre a influência dos fatores emocionais no processo de adoecimento? O predomínio de uma leitura estritamente organicista dos sintomas?

Também é baixa a freqüência de demandas relativas ao momento da alta hospitalar. Esse dado não causa surpresa e já foi constatado que a decisão sobre a alta raramente é compartilhada pelo médico com o psicólogo, ainda que ele tenha sido solicitado a participar da assistência ao paciente por meio do pedido de interconsultas. Alguns médicos chegam até mesmo a protestar, caso o psicólogo manifeste a necessidade de discussão sobre a alta de determinado paciente. Tal manifestação é percebida por esses profissionais como uma intromissão do psicólogo na condução do tratamento, que deve ser considerado apenas através de parâmetros biológicos. É impossível não apontar para a

contradição que aqui se expressa, pois, como já visto na discussão sobre os determinantes organizacionais da prática médica, os médicos demonstraram, em seus depoimentos, grande preocupação com essa situação. Deduz-se, portanto, que essa preocupação se relaciona muito mais à perda de sua autonomia do que à necessidade de se encontrar a melhor solução para a condução do caso.

É importante salientar, ainda, a ausência de menção às dificuldades do médico nesse processo, salvo indiretamente em relação ao pedido de ajuda para a comunicação do diagnóstico. Albuquerque e Siqueira (1990, p.124), em pesquisa sobre a interconsulta psicológica realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, relataram que:

[...] cerca de 21% dos atendimentos correspondem ao que, após avaliarmos, referimos como dificuldade na relação ao doente. É natural que nenhum pedido justificasse essa dificuldade explicitamente. Na maioria das vezes, essa questão era exteriorizada com o termo "paciente difícil", "paciente queixoso" e, mais freqüentemente, "paciente difícil de dar alta", sendo geralmente observados apenas os aspectos inerentes ao paciente, ocorrendo em raríssimas exceções alguma menção às dificuldades dos profissionais em lidar com o mesmo (*sic*).

Martins (1990, p.133) fez o mesmo relato em artigo sobre o Serviço de Interconsultas da Escola Paulista de Medicina: Chamou a atenção, na época, para a "baixa referência a 'dificuldades na relação médico-paciente', dado este contrastante com os diagnósticos efetuados pelos interconsultores...". Essas informações permitem perceber a ausência da percepção por parte do médico em sua implicação na relação com o paciente e da importância desta na condução do tratamento, mantendo, de forma predominante, em relação a este último, a visão de objeto em detrimento da visão de sujeito. Ao psicólogo, portanto, não se demanda o trabalho em torno das possíveis e freqüentes complicações que surgem nessa relação. Ao projetar no paciente as dificuldades inerentes ao par, o

médico se exime de suas responsabilidades nesse campo e permanece na posição imaginária de detentor do saber. Ao psicólogo caberá acatar o encargo de acalmar o paciente e muitas vezes de fazê-lo compreender e aceitar as limitações relacionais de seu médico.

Por ocasião das entrevistas, avaliou-se a coerência dos entrevistados em relação às demandas formuladas nos pedidos. De acordo com os médicos, suas demandas se referem às seguintes situações: momento de comunicação de diagnóstico, gravidade do caso ou óbito; dificuldades em relação à adesão ao tratamento apresentadas pelos pacientes; hospitalismo; depressão e ansiedade reativas; problemas disciplinares em relação às normas e rotinas hospitalares; doenças psicossomáticas (componente psíquico predominante); problemas sociais; avaliação e reabilitação cognitiva. A análise dos pedidos de interconsultas, bem como dos depoimentos, revelou como demandas preponderantes no encaminhamento feito pelo médico ao psicólogo a adesão ao tratamento e a comunicação de diagnóstico ou óbito. Este estudo deteve-se na discussão das duas. Um terceiro aspecto que perpassa todos os outros também será discutido – a relação médico-paciente.

### 8.2.1 A adesão ao tratamento

Conforme já foi visto, a doença crônica traz como característica principal a necessidade de implicação do paciente em seu tratamento e a forma como a prática médica se institucionaliza no espaço hospitalar, através da tecnologia disciplinar, e incide diretamente na autonomia do paciente. Essa autonomia é

imprescindível para a tomada de uma posição adulta e responsável pelo paciente em relação ao seu tratamento. É importante salientar, ainda, que, como resultado do grande esforço feito para sua legitimação, o saber médico cria concomitantemente um grande distanciamento do saber popular (BOLTANSKI, 1989) e desmerecimento e desautorização de seu saber e de suas práticas. Para se impor como autoridade e ampliar sua jurisdição, a Medicina estabeleceu um enorme abismo conceitual entre o médico e o doente. Esse abismo trará também conseqüências importantes para a implicação do doente em seu tratamento. Esses dois fatores intrínsecos à instituição médica colocarão, *a priori*, importantes entraves ao processo de adesão ao tratamento.

Nesse aspecto, podem ser encontrados diversos fatores que interferem diretamente no processo de adesão (BOTEGA, 2002, p.50), entre os quais: a noção de doença que o paciente possui; suas expectativas quanto à melhora de seus sintomas ou até mesmo à cura; o esquema de tratamento a que deve se submeter, inclusive sua viabilidade em termos de custos financeiros para o paciente; as manifestações da doença ou o grau de incômodo ou de limitações impostos pelos sintomas; a operacionalidade e grau de eficiência dos serviços de saúde e a relação médico-paciente.

Quando abordados quanto aos fatores que interferem negativamente na adesão do paciente ao tratamento, os entrevistados identificaram problemas que se encontram circunscritos a esses marcadores. Em primeiro lugar, foram citadas as características da própria doença, que muitas vezes segue seu curso de forma assintomática, prejudicando o discernimento do paciente sobre o custo/benefício de seguir as prescrições médicas.

MA1 – Olha, essa questão de adesão ao tratamento, eu trabalho dentro da minha especialidade, na nefrologia, e o clínico também, evidentemente, tem oportunidade muito grande de trabalhar com isso,

com algumas doenças que a gente luta com essa questão da adesão. Uma que eu posso citar para você é a hipertensão. É uma doença que não dá sintoma, a pessoa não sente nada, tem que fazer dieta, não pode comer com sal, tem que tomar remédio para o resto da vida, a doença não tem cura, né? (*sic*).

Do ponto de vista do esquema de tratamento, os entrevistados consideram a possibilidade de uma terapêutica que envolve, às vezes, uma medicação onde os efeitos colaterais se sobrepõem ao bem-estar que ela deveria proporcionar ao paciente e que acaba por não corresponder às suas expectativas de melhora.

MA1 – Muitas vezes, uma pessoa que não sentia nada, de repente começa a sentir efeito colateral do remédio e fala assim: "Antes eu não tinha nada e agora eu tô sentindo isso e não vou tomar essa porcaria não" (*sic*).

Ainda em relação ao esquema de tratamento, verifica-se a preocupação por parte dos entrevistados em diminuir a sua complexidade, facilitando a sua compreensão e execução pelo paciente:

MA1 – Então, por exemplo, eu evito ao máximo de dar remédio para o sujeito tomar três ou quatro vezes ao dia. Eu procuro sempre dar aqueles remédios que ele vai tomar, no máximo, duas vezes por dia. Se ele tiver dinheiro, um comprimido por dia (*sic*).

É importante considerar, no que diz respeito à noção da doença, suas características, o esquema de tratamento que ela requer e as diferentes representações que o médico e o paciente têm sobre a mesma. De acordo com Helman (1994, p.102-103):

A definição médica de um problema de saúde, portanto, é, em grande parte, fundamentada nas mudanças físicas de estrutura e funcionamento do organismo, que possam ser demonstradas objetivamente e quantificadas com base nas mensurações fisiológicas "normais". As mudanças anormais ou as enfermidades (*diseases*) são consideradas "entidades" com "personalidade" própria caracterizada por

sintomas e sinais particulares. Cada personalidade de uma enfermidade (*disease*) é constituída por uma causa característica, um quadro clínico (sintomas e sinais), resultados de investigações hospitalares, uma história natural, um prognóstico e um tratamento apropriado. [...] No entanto, essa perspectiva não inclui as dimensões sociais e psicológicas dos problemas de saúde nem o contexto em que aparecem – o que determina o significado da enfermidade (*disease*) para o paciente e para aqueles que o rodeiam (HELMAN, 1994, p.102-103).

Fica patente nesta descrição o lugar do sintoma na prática médica - o da verdade da doença - em oposição, conforme Quinet (1980), ao lugar ocupado pelo sintoma na Psicanálise - o lugar da verdade do sujeito. E "... a verdade do sujeito não é da ordem da objetividade, mas da intersubjetividade, o que pressupõe uma relação, uma identificação com outros semelhantes e significativos para o sujeito em questão" (BORGES, 1990, p.210). A identificação, descrição e organização dos sintomas em determinado quadro nosológico livrará o médico de incertezas e eventuais surpresas?

Constatou-se que na grande maioria das vezes, as representações que o paciente traz sobre sua própria doença, o sentido que ele dá a ela, não são dados considerados importantes pelo médico, sendo até mesmo menosprezados. É possível perceber, já nos primórdios da ciência médica, uma forma peculiar de relação entre médico e paciente. Este último será tomado apenas como um veículo de fenômenos que, estes sim, aos primeiros interessam. Impossível não lembrar aqui a relação que Goffman (1987) estabeleceu entre a prática médica e o modelo de serviço de reparação.

Uma solução é a anestesia; outra é o ramo maravilhoso do "tratamento de não-pessoa", encontrado no mundo médico, pelo qual a pessoa é cumprimentada com o que passa por civilidade. E recebe um adeus da mesma forma e tudo ocorre entre esses dois momentos como se o paciente aí não estivesse como uma pessoa social, mas apenas como um bem que alguém deixou (GOFFMAN, 1987, p.278).

É possível perceber a forte influência que esse tipo de orientação tem na formação médica até os dias de hoje: “os manuais de semiologia e de clínica reforçam e sistematizam essa conduta. Recomendam o máximo de objetividade na coleta da história clínica, propõem que sejam desconsideradas todas as declarações ‘vagas’ do paciente e todas as percepções subjetivas do profissional” (CAMPOS, 1997, p.182). Essa influência, por sua vez, será determinante na prática clínica. Em artigo onde preconiza a reforma da prática médica, o mesmo autor distinguiu três tipos de clínica: a “clínica oficial”, onde o sujeito é colocado entre parênteses e o olhar do médico se dirige apenas à doença; a “clínica degradada”, que segue os princípios básicos da clínica oficial e agrega problemas advindos de uma política de saúde inadequada e do comportamento alienado dos profissionais que a praticam; e, por último, a “clínica ampliada” ou “clínica do sujeito”, onde a doença, esta sim, seria colocada entre parênteses, para que o olhar do médico se dirija à pessoa do doente. O autor chama a atenção para o fato de que colocar a doença entre parênteses não significa excluí-la, mas sim considerá-la de uma outra perspectiva: a doença como parte da existência de um sujeito concreto. Acredita-se que a perspectiva ampliada da clínica médica incorpore a participação do psicólogo de forma mais clara e livre de distorções, uma vez que estaria incorporada a essa clínica, de forma verdadeiramente efetiva, as dimensões psíquicas do adoecimento.

Outro aspecto abordado pelos entrevistados foram as condições econômicas e sociais da população assistida, classificada como de baixa renda, que dificultam a aquisição da medicação. O nível educacional baixo também foi mencionado como característica dessa população e como grande empecilho no

processo de conscientização. Ficou evidente nos depoimentos a visão preconceituosa dos profissionais em relação ao saber da clientela de baixa renda:

MR1 – É, primeiro fator que eu acho que tá ligado à adesão de tratamento é a parte de informação. A parte de educação do paciente. Vou citar para você um exemplo de que que um paciente um dia me falou. Ele não estava tomando o medicamento. Um dia eu abordei esse paciente e perguntei para ele, é, a questão, porque que ele não tava querendo tomar os medicamentos e eu queria saber se era por motivo financeiro, se era por motivo, se ele achava que não precisava, se ele, é, se era falta, assim, de saber até como tomar o medicamento. Mas ele virou para mim e falou assim : “Doutor, remédio, se fosse bom, vendia no mercado.” Então pensei, o que que eu vou falar pra ele? Mais uma vez orientei, expliquei para ele o motivo porque ele estava internando, todas as vezes, é porque ele não tomava o medicamento e, então assim, é um exemplo que eu vejo, que assim, o que que falta aí? Falta informação, né? (*sic*).

MA2 – A clientela nossa aqui do sistema público é uma clientela assim toda especial. A gente sabe que, se a gente tem alguma dificuldade de vida, eles têm o dobro, o triplo, quatro vezes mais. E isso serve para eles estarem qualquer coisinha abandonando tudo, né? E é muito mais fácil para eles, vai para casa, não acha o remédio, não toma, descompensa, volta e interna, fica aqui um bom tempo (*sic*).

P1 – Um trabalho até assim meio primário, saber que você tem que tomar o remédio. Eu acho que é o poder socioeconômico que faz a pessoa aderir ao tratamento. Não acreditar que a tuberculose tá aí, não acreditar que a aids tá aí, não acredita. Melhora um pouquinho, torna a voltar. E a doença não espera isso, né? (*sic*).

De acordo com Boltanski (1989, p.44):

As explicações dadas pelo médico ao doente variam, efetivamente, em função da classe social do paciente; os médicos, em geral, não dão longas explicações senão àqueles que julgam “bastante evoluídos para compreender o que vai lhes ser explicado”. Para o médico, efetivamente, o doente das classes populares é em primeiro lugar um membro de uma classe inferior à sua [...] e que, fechado na sua ignorância e seus preconceitos, não está, portanto, em estado de compreender a linguagem e as explicações do médico e a quem, se se quer fazer compreender, convém dar ordens sem comentários, em vez de conselhos argumentados (BOLTANSKI, 1989, p.44).

Daí a conduta essencialmente prescritiva e autoritária adotada correntemente pelos médicos, quer na clínica, quer nos programas de saúde pública (CAMPOS, 1997, p.191). O próximo depoimento ilustra o formato de



intervenção que se quer acreditar “explicativa”, mas onde se pode notar seu caráter predominantemente impositivo.

MR3 – Igual o diabético. O diabético não tá sentindo nada, então ele acha assim, para que que eu vou tomar o remédio? Aí você tem que explicar: se não tomar o remédio, você vai ficar cego, vai perder perna, vai ter infarto, vai ter derrame. Você tem que explicar para o paciente porque que ele não... Ele não quer tomar o remédio, ninguém vai obrigar ele, enfiar goela abaixo, ele tá tomando, não é para mim que ele tá tomando, ele tá tomando para ele. Eu falo para o paciente: “o senhor não tá fazendo nenhum favor para mim tomando remédio, o sr. tá fazendo é para o sr. O senhor tá aqui porque o sr. quer, internado. Por que o senhor veio para o Hospital? Ninguém tá te obrigando a ficar aqui.” Então eu sempre converso, explico (*sic*).

A consciência dessa deficiência em sua prática, ainda que parcial, pois justificada predominantemente pela organização do trabalho no serviço de saúde, aparece no depoimento de alguns dos entrevistados. Ao se referirem a essa organização e sua interferência no processo de adesão, afirmam que esses serviços oferecem ao usuário uma Medicina de pior qualidade, principalmente em função da dificuldade de acompanhamento no pós-alta hospitalar, com retornos ambulatoriais muito distantes entre si, consultas mais rápidas e menos tempo dedicado pelo médico a cada paciente.

MA1 – O indivíduo, por exemplo, que entra num posto de saúde e com uma hora tem que atender 10. É claro que aquele paciente você não vai gastar tempo com aquele paciente, para poder explicar tudo para ele que precisava explicar, então ele vai sair dali e não vai sentir a importância do tratamento. E é aquilo que eu te falei, eu vou ter que gastar dinheiro, vou ter que fazer dieta para o resto da vida, esse sacrifício todo, nem sei se esse trem vai servir pra mim. Mas quando a gente tem tempo de fazer isso com o paciente, de mais baixa renda, de nível social mais baixo, eu acho que a adesão deles também melhora (*sic*).

Na visão dos entrevistados, tal forma de organização incidirá diretamente na qualidade da relação médico-paciente. Entre os aspectos ressaltados por eles, encontra-se principalmente a constatação de que existe um grande distanciamento entre os dois pólos. Como motivos para esse

distanciamento, são citados os diversos vínculos empregatícios que os médicos mantêm, ocasionando pouca disponibilidade de tempo para o investimento na relação e, ainda, a rotina de trabalho nas enfermarias:

MR1 – [...] mas tem de correr para pegar plantão daqui a meia hora no outro Hospital e isso compromete, de uma certa forma, sim. E, sem dúvida, quando você desenvolve uma relação médico-paciente boa, é, tudo é muito mais fácil para trabalhar (*sic*).

MA2 – Uma questão que acontece muito, mudança. O colega sai de férias, eu vou olhar ele no leito. Aí você chega, pega uma idéia completamente diferente, paciente não gosta, aí sai brigando com você. Outro dia mesmo, um paciente nosso, me deram o leito para olhar e o colega não tinha avaliado um problema. Fica internado mais hoje e amanhã e depois a gente vai embora. Ele assinou o termo e foi embora. À vontade. Eu não dou alta (*sic*).

Botega (2002, p.87-88), analisando os diversos fatores que influenciam o encaminhamento do paciente pelo médico, citou a falta de tempo como um deles e ressaltou o mecanismo de evitação que lhe é subjacente. Mais uma vez o médico irá se colocar em uma posição defensiva em relação aos aspectos psicossociais presentes no relato do paciente. Dessa forma, consegue-se racionalizar e justificar o receio do que o contato emocional com o paciente poderá provocar no médico. Sendo assim, a organização e rotina do trabalho hospitalar - rodízio de leitos, plantões, férias, substituições entre os profissionais - protege-o, e também a outros profissionais, do estabelecimento de um vínculo.

Contribuem também para esse distanciamento, na visão dos entrevistados, as orientações recebidas durante a formação, que preconizam a desconsideração, pelo médico, dos aspectos subjetivos presentes no relato do paciente, que poderiam vir a perturbar seu raciocínio clínico. Tais orientações se dirigem também à subjetividade do próprio médico e impõem o apagamento dos dois sujeitos dessa relação em prol da preservação da máxima objetividade.

MR1 – Olha, especificamente, aqui, eu vou citar um exemplo para você, que não é coisa assim geral, isso é uma coisa mais em serviço onde tem

a residência médica. Às vezes, a gente vai examinar o paciente, vai o residente e o preceptor, muitas vezes é discutido o caso do paciente ali, com ele. O paciente nem sempre entende os termos utilizados, eu vejo que isso gera um pouco de apreensão no paciente. Eu vejo que a gente começa a falar, por exemplo, de um caso, esse caso nós vamos tratar assim, assim, se não resolver nós vamos pedir tal exame, se o exame mostrar isso, nós vamos indicar tratamento cirúrgico para ele. Aquilo na cabeça do paciente, eu acho que vai gerando um conflito maior do que o conflito que ele tem com a própria patologia dele. Aquilo ele imagina além do que já, é, do que às vezes está sendo falado. Então eu vejo assim muitos pacientes que ficam apreensivos, na hora se emocionam (*sic*).

Pressionado, então, pela organização de seu trabalho e desprovido de recursos técnicos para o manejo dos aspectos emocionais envolvidos nessa relação e, portanto, despreparado para perceber e se posicionar adequadamente frente às reações transferenciais e contratransferenciais despertadas nesse encontro, o médico reage com perplexidade e se vê obrigado a contar quase que unicamente com suas ferramentas pessoais.

MR3 – E é lógico, também, que você tem que estar naquele dia bom, né? Tem dia que você tá chateada, tem dia que você quer acabar logo. Todo mundo é humano, né? Tem dia que você não tá bem emocionalmente, eu sei que eu não posso descontar em quem tá na minha frente, mas, assim, eu não desconto a minha angústia, minha raiva, mas eu também não vou ficar dando mais atenção (*sic*).

MA1 – Eu não sei por que uma pessoa quando me vê fica inibido de falar certas coisas comigo. Eu tenho um temperamento assim meio, sou mais quieto, mais calado, mais tímido, mas não vou dizer para você, mas eu atendo os pacientes meus todos com educação, etc. Procuo dar atenção para eles, no período em que tô com eles esse negócio todo, e eu não consigo enxergar por que às vezes eles ficam com receio de expor alguma coisa para mim, entendeu? E mesmo porque eu nunca me coloquei diante dos meus pacientes assim, eu lá no pedestal: eu sou o doutor, eu nunca..., meu jeito é esse. Mas, até procuro brincar com uns ou outros aí, com futebol (*sic*).

MA4 – Problemas até de transferência. O paciente exige do médico algo que talvez o médico não tenha para dar. [...] É uma assunto muito difícil para o médico. Ele geralmente revela irritação, uma certa impaciência com esse tipo de paciente. O paciente manipula, que é uma das defesas do indivíduo, as várias defesas que ele desenvolve são antipáticas, né? O médico não tá muito bem resolvido naquela posição. Talvez, até é muito interessante essa observação, o médico seja mais bem treinado para ver patologias agudas, onde ele vai ser mais mecanicista, mais eficiente, sem críticas (*sic*).

Outro entrave citado para a aproximação entre os dois pólos é o constante uso da linguagem técnica. Isso, além de funcionar como um entrave óbvio à compreensão do paciente de sua doença e processo de tratamento, reforça a relação de poder assimétrica entre aquele que tudo sabe e aquele que tudo ignora. Mais uma vez percebe-se a presença de um mecanismo defensivo do médico que, ao se posicionar de forma tão inacessível, protege-se dos questionamentos do paciente e de possíveis dúvidas sobre a condução do tratamento.

Em contrapartida, nota-se que o paciente se ressentido dessa relação qualitativa e quantitativamente deficitária. O contato com o médico torna-se gerador de um conjunto de sentimentos compostos, entre outros, de ansiedade, vergonha, medo, raiva e fragilidade.

P2 – O médico nem sabe as dúvidas do paciente porque ele não tem coragem de se colocar, ele não se sente, na verdade, à vontade com esse profissional. Muitos se queixam que não se sentem à vontade com ele para poder falar e perguntar. Se sentem à vontade comigo de perguntar questões médicas. Só que o meu objetivo, como é ele participar mais, eu tento incentivar ou o paciente ou o profissional a se aproximar mais e ter um maior número de informações (*sic*).

P3 – Muitas vezes o paciente não tem nem o direito de perguntar o que tão fazendo com ele. Tem paciente às vezes que eu atendo e que eu às vezes pergunto: – “Você já conversou com seu médico, você já tá participando?” - Não, eu não posso perguntar pra eles. Às vezes eles respondem: “Não eu não posso perguntar nada porque o médico acho que ele não gosta.” Ou ele não me responde, eu pergunto ele não me responde. Quer dizer, muitas vezes o paciente nem é considerado como uma pessoa dona do desejo, da própria vida ou até de poder se perguntar “o que eu tô fazendo aqui, pra que eu tô aqui?”. (*sic*).

Não será difícil abstrair que essa forma de interação traz conseqüências negativas para o sucesso do tratamento, particularmente no que diz respeito à adesão do paciente às prescrições médicas. Interessante é notar que esse tipo de dificuldade, ainda que não esteja expressa explicitamente nos pedidos de

interconsultas, configura-se, na prática, como uma demanda freqüente ao psicólogo. Mas, como interpretá-la e como atendê-la?

É possível notar entre os entrevistados, médicos e psicólogos, controvérsias sobre qual profissional é responsável pelo trabalho em torno da adesão e, ainda, qual é a função de cada um desses profissionais.

MA3 – Mas eu acho que, antes de tudo, essa indicação aí de adesão ao tratamento, acho que isso aí é querer passar para vocês uma função, antes de tudo médica. É claro que o trabalho, né, de conscientização ajuda, vocês também têm que participar, né? É interessante a ajuda de vocês, mas o médico tem que assumir isso. A essência do tratamento é medico. Isso é a minha posição, né, não sei se é a certa (*sic*).

MA4 – Por exemplo, insulina, tem diabético que não sei muito bem porque, que eu nunca me preocupei em saber, é muito comum o preconceito do indivíduo contra a insulina. Ele é diabético, mas ele não sabe muito bem o que que é isso, mesmo depois que o médico explica, o que não é suficiente, bom seria que tivesse uma equipe multidisciplinar, inclusive com psicóloga para fazer grupos de diabéticos, etc. para definir o que que é diabete e aquele indivíduo passava ali algumas horas, servindo, inclusive, como centro irradiador de informação sobre a doença ao público. [...] Então, eu acho que nesses casos o preconceito é uma coisa social, uma coisa da história psíquica, da personalidade, então eu acho que isso tem mais a ver com a Psicologia do que com a própria Medicina. Nesse caso específico, eu acho que seria pertinente a interconsulta, sim (*sic*).

Ficou evidente nos depoimentos o predomínio de uma visão compartimentada sobre o papel de cada um dos profissionais no trabalho junto ao paciente. Essa visão sugere uma prática multidisciplinar ainda rudimentar. E indica, ainda, um “arranjo” entre os profissionais, o que impede a reflexão sobre a dimensão psicossocial que perpassa o problema da adesão. Essa situação foi descrita por Berlinguer (1978, p.167) da seguinte maneira:

A relação médico-paciente, assentada somente sobre o ato terapêutico, não constitui ato sanitário, não movimenta o mecanismo capaz de transformar um fenômeno negativo (a doença de um indivíduo) em sinal positivo de problemas que devem ser enfrentados a fim de impedir outras doenças e de deficiências que se relacionam com o nível de conhecimentos científicos, a funcionalidade dos ordenamentos sanitários, o caráter adequado das relações sociais. A intervenção do médico sobre cada indivíduo, embora eficaz, perde sua projeção externa e torna-se restrita em relação à possibilidade de influenciar em casos semelhantes e de afastar causas morbígenas.[...] No plano social, a

redução da relação médico-paciente a um circuito fechado, em lugar de dar sua contribuição para evidenciar os contratos, leva a ofuscá-los; e no lugar de facilitar o desencadeamento de conflitos sociais necessários, tende a afastar as soluções, ainda quando historicamente já são necessárias (BERLINGUER, 1978, p.167).

De toda maneira, fica evidente o encargo contido na demanda médica pelo trabalho do psicólogo em torno da adesão ao tratamento: a reparação dos danos causados pela forma com que a prática médica se estruturou ao longo de seu processo de institucionalização e que se reproduz por força da manutenção do instituído e pela resistência à mudança. Cabe ao psicólogo, portanto, estar atento aos aspectos psicodinâmicos envolvidos no encaminhamento do paciente que demonstra dificuldade de adesão ao tratamento. Em algumas ocasiões, esse encaminhamento poderá indicar antes uma atitude defensiva por parte do médico perante seu sentimento de frustração ou culpa diante do insucesso do tratamento do que a crença de que um especialista possa efetivamente ajudar. Ou, ainda, indicar uma intenção punitiva para aquele paciente que não se ajustou ao esquema de tratamento proposto. Essa afirmação não significa, de forma alguma, que o psicólogo não tenha um trabalho a fazer junto ao paciente para implicá-lo e conduzi-lo ao cuidado de si. Significa, sim, que ao psicólogo cabe também refletir sobre a sua participação na construção de um novo lugar a ser ocupado pelo sujeito frente ao processo de adoecimento e sua relação com a instituição médica. Como propôs Campos (1994, p.50):

Defendo um movimento progressivo, um processo, onde se buscaria descentrar, ampliar o horizonte e as responsabilidades do olhar clínico, demonstrando que a cura ou a promoção da saúde depende sempre do meio social e da história psíquica de cada indivíduo e que, portanto, as ações clínicas que se pretendem eficazes não poderão nunca se restringir à mera utilização de drogas ou de técnicas cirúrgicas [...] Ou seja, além desse clássico padrão de intervenção terapêutica, urgiria trazer para o rotineiro espaço da prática clínica a valorização da fala e da escuta. Falas do profissional, do doente e da sociedade. Escuta de uns pelos outros. Sem a renovação dos modos como vem se exercendo a comunicação profissional/paciente ou serviço de saúde/comunidade,

nunca diminuiremos a dependência do homem moderno da instituição médica (CAMPOS, 1994, p.50).

### 8.2.2 Comunicação de diagnóstico de doença grave ou óbito

De acordo com o mapeamento das interconsultas e com os depoimentos dados nas entrevistas, a comunicação de diagnóstico de doença grave ou óbito é também um motivo bastante freqüente de encaminhamento do paciente ao psicólogo. Analisaram-se, pois, quais seriam as motivações subjacentes a esse tipo de encaminhamento.

Em primeiro lugar, Áries (1989) referenciou as transformações sofridas pela forma através da qual a sociedade ocidental lida com a morte. Segundo esse autor, existe uma grande diferença entre a consciência que o homem da Idade Média tinha de que era um morto adiado e o sentimento contemporâneo que associa a morte a um fracasso pessoal. Esse sentimento de fracasso surge de uma nova perspectiva em que se coloca a vida - obrigatoriamente feliz, pelo menos aparentemente. A presença da morte perturba, portanto, o ideal de felicidade da sociedade moderna. A morte anteriormente presente na vida familiar e comunitária passa, então, a ser reclusa do ambiente hospitalar. Trata-se de camuflá-la, poupando a sociedade de uma realidade que a muito custo se esforça para negar: a realidade do infortúnio, da vulnerabilidade e da fragilidade humana. Restrita ao Hospital, a morte torna-se, então, um fenômeno técnico, segmentada em diversas etapas entre as quais não é possível distinguir a morte verdadeira e que, diluindo-a em pequenas mortes, dilui-se também a emoção a ela associada. Cabe, assim, à equipe de saúde fazer a assepsia da morte, tornando-a mais

palatável à sociedade. Nessa tarefa, espera-se contar com a contribuição do paciente e a cumplicidade da família. Ao médico, na maioria das vezes, resta a decisão sobre o momento adequado de declarar a morte de seu paciente. De acordo com Áries (1989, p.188), ele o fará em função de quatro parâmetros: o respeito à vida, que leva a prolongá-la indefinidamente; a humanidade, que leva a abreviar o sofrimento; a consideração da utilidade social do indivíduo (jovem ou velho, célebre ou desconhecido, digno ou degradado) e o interesse científico do caso. Tal responsabilidade, que antes era arcada pela sociedade como um todo e agora se encontra concentrada apenas na figura do médico, obviamente não será exercida sem conflitos. Fantasias de onipotência e sentimentos de culpa serão despertados concomitantemente. Alguns médicos comentaram essa situação:

MR2 - Porque a gente, muitos falam que sim, outros falam que não, mas a gente convive com isso muito o tempo inteiro e pensa muito só na parte da doença, se a doença é terminal ou não, é, às vezes esquece-se o paciente, é. Então, a gente às vezes é um pouco, tem muita dificuldade nessa parte (*sic*).

MR2 - A qualidade de vida. A gente tem pensado muito no tempo de vida. Mas também não cabe a nós julgar entre morrer e viver, então a gente fica nesse dilema, não sabe se deve fazer ou não deve, mas a gente sempre deve avaliar assim, não é querendo ser Deus, lógico, mas ter em mente essas limitações da vida. Não cabe a nós botar o fim ou não numa pessoa, mas saber que todo mundo tem o seu fim. Muitas vezes a gente tem que saber respeitar (*sic*).

Diante desse dilema e motivado talvez por uma necessidade de dividir a responsabilidade dessa tarefa ou até mesmo livrar-se dela, o médico fará o encaminhamento:

MR1 – Então, assim, outra coisa, a parte, assim, é, notícia de óbito do paciente, né? Abordar a família é uma coisa muito difícil. [...] Então, eu acho, assim, nesse momento, eu acho a atuação do psicólogo de muita importância, acho que, assim, para nós médicos, às vezes falta muita, é, falta Psicologia mesmo, para a gente abordar isso, né? (*sic*).

MA2 - Lembro de alguns casos de câncer que eu pedi. É, aquele paciente que a família não quer contar, mas o paciente tá te pedindo para saber o que que é... Isso é muito comum também... (*sic*).



As reações dos médicos diante da proximidade da morte do paciente e as condutas tomadas a partir daí são diversas e dependentes do quanto sua auto-estima estiver relacionada à imagem de grande curador (LEÃO, 1994). Nesses casos, o bem-estar do paciente estará relegado a segundo plano, sendo mais importante a constatação de sua habilidade profissional. As relações transferenciais estabelecidas entre o par também ditarão tipos de conduta variados. Omitir o diagnóstico, por exemplo, poderá ser uma forma de não perder a admiração do paciente e seus familiares. Assim, o encaminhamento ao psicólogo poderá funcionar como um elemento reparador do sentimento de confiança rompido ou como a busca de mais um cúmplice na manutenção do silêncio.

MA3 – É, outra situação que eu vejo também é na questão de pacientes com doenças terminais, né? Paciente que não sabe o que que ele tem. [...] E, voltando assim, no caso da fase terminal, como abordar essa pessoa, né? Que tipo de conversa eu tenho que ter com eles? [...] Eu ainda não tenho maturidade para falar, eu prefiro não falar. A não ser que as pessoas me perguntem, se me perguntar eu falo. Mas a grande maioria, acho que 99,9%, não pergunta porque não quer ouvir, né? E no fundo é porque eles sabem. Então eu acho que... como agir com essas pessoas, melhorar a qualidade de vida delas na instituição? (*sic*).

Esgotadas as possibilidades de recuperação, diante das manifestações emocionais do paciente e obrigado ao contato com a iminência da morte em um corpo ainda vivo e falante, o médico pode se ver sem recursos. O encaminhamento ao psicólogo, então, pode servir como uma forma de projetar a angústia no outro, mantendo o perigo à distância. O depoimento seguinte ilustra perfeitamente essa situação:

MR1 – Agora é uma situação difícil. Todo dia você chega, o paciente: “doutor, eu não tô melhorando, doutor”. Todo dia a paciente chora e um dia ela chegou e falou: “doutor, desse jeito eu prefiro morrer.” Como tem outros pacientes, de colegas, que às vezes comentam, fala assim, paciente meu falou: “Oh, do jeito que eu tô sentindo dor eu não agüento mais, me dá um remédio para eu dormir”.[...] Você vai lidar com isso, é difícil, né, porque foge do arsenal que a gente tem (*sic*).

Encarregado, portanto, socialmente da tarefa de manter a morte à distância e também encarregado de ser o porta-voz do fracasso dessa tentativa, o médico se verá restrito a duas opções: lidar com o sentimento de impotência despertado por essa situação ou negá-la. No segundo caso, é bem provável que ele recorra ao auxílio do psicólogo.

MA4 – Um dos temas, por exemplo, que o médico tem dificuldade de falar sobre ele, paradoxalmente, é a própria morte, né? O que denota uma onipotência na origem da sua formação. Quer dizer, ele se considera um indivíduo que está lutando com uma espadazinha contra aquela foice lá da morte, a foice ganha todas (risos). Então, ele fica com dificuldades na onipotência dele e no narcisismo (*sic*).

Nesse tipo de encaminhamento, estará embutido o encargo, idealizado institucionalmente, de eliminação do sofrimento e de suas manifestações. O psicólogo se verá colocado no lugar de “pronto-socorro institucional” (MERCADANTE, 1997). Caberá a esse profissional, novamente, fazer a discriminação entre a demanda e o encargo e, a partir daí, possibilitar, através da fala e da escuta, o desvendamento dos mecanismos de evitação e a elaboração do sentimento de impotência que atinge tanto os profissionais quanto o paciente e sua família. Em relação ao paciente especificamente, o psicólogo deverá possibilitar a ele a vivência do sentimento de finitude com um nível de angústia tolerável e mais próximo possível do bem-estar psíquico. Nessas situações, dois recursos terapêuticos se tornam de fundamental importância: a escuta e a empatia.

### 8.3 O encargo

Ao longo deste estudo foi possível evidenciar algumas situações em que a demanda do médico não coincide com o encargo subjacente a ela. De forma geral, pôde-se verificar que tais encargos relacionam-se com a forma através da qual a prática médica se institucionalizou e, por isso, configuram-se em demandas institucionais. Mas, resta ainda saber como os psicólogos entrevistados percebem essa questão. Nas entrevistas, eles afirmaram que as situações em que os médicos mais pedem interconsultas envolvem, em sua grande maioria, o “paciente que incomoda”. Esse incômodo, de acordo com os entrevistados, se daria em função de algumas manifestações: choro fácil, muitas perguntas, pedido de alta ou não aceitação da mesma, não comer, dificuldade para dormir, etc..

P2 – Dentro da clínica médica eu sempre percebi: quando o paciente tem choro fácil, tá constantemente chorando, o choro incomoda. [...] E outros segundos motivos são depressão, o paciente fica mais apático, pára de comer, tem dificuldade para dormir ou dorme demais e isso afeta diretamente o tratamento. Ou ansiedade, ansiedade por alta, ou ansiedade diante do diagnóstico, prognóstico. A ponto desse paciente incomodar todos os profissionais. Começou a perguntar demais, a pedir alta ou falar que vai embora. Esses são os três motivos que eu mais percebi (*sic*).

P1 – Aquele paciente que incomoda. Aquele paciente que chora, aquele paciente rebelde, aquele paciente que incomoda o... Dificuldade de quem pede interconsulta. Lógico que tem alguns casos que não. Mas eu acho que a maioria é aquele paciente que tá incomodando. Às vezes a gente brinca que a gente tem que atender não é o paciente, é o médico que pediu interconsulta (*sic*).

P3 – Hoje mesmo eu tive um pedido assim. Quer dizer, até que, porque eu me detive na depressão primeiro, porque lá tava escrito paciente deprimido, mas quando eu fui checar sobre essa depressão me foi dito realmente essa questão. Quer dizer o paciente não está aderido ao tratamento, não está tomando o medicamento, então dentro, subtendido essa depressão, entendido por depressão tem toda questão de não estar tomando o medicamento, não estar aderindo, isso também incomoda o profissional, sim. Essa questão do paciente não estar aderido ao tratamento, não tá tomando a medicação, tá rebelde no leito, não quer tomar banho, não quer comer, incomodando os outros pacientes sim, também (*sic*).

Quem é, então, dentro de todo o universo de pacientes assistidos, aquele que será encaminhado com mais freqüência ao psicólogo? Em linhas gerais, pode-se afirmar, pela análise de encaminhamento dos pedidos de interconsultas, que é aquele que, em função de suas características de personalidade, de sua história individual e das condições que vivencia naquele momento, consegue, por seu comportamento, seja ele consciente ou não, colocar a conduta assistencial em questão. Isso feito, seja despertando sentimentos de inadequação, frustração ou impotência no médico que lhe assiste, coloca, de forma indireta, mas contundente, toda a forma como a instituição médica se estruturou e insiste em se manter. O que se espera, então, como resposta ao encaminhamento? Sobre a intermediação entre psicólogo e paciente, pela demanda feita através do médico, os psicólogos entrevistados comentaram:

P2 – Começa-se com uma demanda, depois ela muda completamente. Isso influencia no trabalho? Influencia. Até na expectativa, talvez até no trabalho multidisciplinar. Para choro fácil, espera-se que esse paciente pare de chorar. A demanda do paciente, não, ele quer expressar seus sentimentos. E aí? Esse profissional vai achar que seu pedido não tá sendo atendido. Que o profissional, às vezes não é tão competente ou que não tá tendo o número de atendimentos necessários, que um dia eu ouvi queixa (*sic*).

P2 – Qual que é o objetivo? Quem que eu devo atender? De quem que é o desejo? A adesão ao tratamento. Tem que trabalhar para esse paciente aderir? Não. Essa é a demanda do médico. Minha, meu trabalho com o paciente, é o que você conhece sobre a sua doença, seu tratamento, que quê você percebe, quais as dificuldades, as facilidades? Você quer aderir ou não, diante disso tudo? Você quer um tratamento, você quer cura ou não? Isso é um conflito, à medida que esse paciente se posiciona diferente do objetivo desse médico, meu objetivo vai ser diferente da demanda desse médico (*sic*).

P1 – Mas ele tá muito interessado no que o cara tem no coração, que que o cara tem no pulmão. "Não, é seu papel aí. Faz ele tomar o remédio. Isso não é problema meu não" (*sic*).

Para ilustrar a noção de encargo detectada nesses depoimentos e os conseqüentes conflitos que uma atuação que não responda às demandas institucionais podem eventualmente causar, cita-se um fato acontecido no

estabelecimento onde este estudo se realizou, em que se encontravam envolvidos uma psicóloga e um dos diretores do Hospital. Esse diretor, ansioso por resolver um problema de fuga de alguns pacientes, sugeriu, em tom jocoso, que as psicólogas se pusessem a jogar bola com os pacientes nos jardins do Hospital! Identificou-se esse tom jocoso em formato de chiste, como um sintoma da desqualificação profissional que a instituição deseja imprimir a esses profissionais, na tentativa de amortizar os efeitos de sua prática. Outros profissionais da equipe, nessa mesma linha e com o mesmo objetivo implícito, referem-se ao atendimento psicológico, não raras vezes, como “conversa com o paciente”.

## 9 A EQUIPE DE SAÚDE

Como já visto, a inserção do psicólogo, bem como de outros profissionais não médicos na assistência hospitalar, se deve a um novo paradigma resultante de um movimento que culminou na reforma sanitária e que pretende inverter a lógica pela qual o paciente será visto e tratado. De uma visão estritamente biologicista pretende-se saltar para uma visão integralista que dê conta de todas as dimensões do objeto. Na prática, a interação entre os diversos membros da equipe de saúde ocorre da forma como será vista a seguir.

### 9.1 A interação médico-psicólogo

Ainda que o psicólogo se empenhe na tarefa de realizar um diagnóstico mais amplo - que inclua elementos da relação médico-paciente e da inserção desse par em um determinado contexto, resta saber a quem apresentar o resultado de seu trabalho, com quem compartilhar o produto de suas análises? Ou: quem estará disposto a ouvi-lo? Uma vez que o médico, ao formular sua demanda, elege o paciente como depositário dos conflitos institucionais, estaria ele preparado para ouvir qualquer coisa que afirme o contrário? Ou que pelo menos venha colocar em outra perspectiva sua formulação original? Ora, mas não foi para isso que ele foi convidado a atuar!

Tratou-se, então, de investigar com os entrevistados como se dá a interação médico-psicólogo neste universo de pesquisa. Quando abordados a

esse respeito, ambos os profissionais concordaram que ela é quantitativa e qualitativamente ruim:

MA3 – [...] eu não conheço bem o serviço aqui da... apesar de já estar aqui há muitos anos, eu não conheço o serviço de Psicologia. Mas eu acho que falta isso, né? Então eu acho que tem que ter uma interação aqui entre a gente e a Psicologia. Talvez a gente sentar e conversar, estruturar alguma coisa, né? (*sic*).

MA1 – Olha, em particular, no meu caso, eu acho que existe um certo distanciamento entre a gente e vocês aqui. A gente tá no corredor ou tá aqui na sala de prescrição, a psicóloga chega e a gente pega e conversa. Mas não é nada programado, não tem nada assim de... (*sic*).

P3 – Eu acho que isso deveria acontecer sempre, sempre. O médico sempre deveria estar reunindo, o médico ou o psicólogo, ou os profissionais daquele paciente em questão deveriam sempre se reunir e debater. Mas isso não acontece sempre. É muito precário (*sic*).

É possível perceber, nesses depoimentos, que a comunicação é circunstancial, ou seja, inexistem mecanismos formais que promovam a interação entre os profissionais.

MA4 – Eu jamais vi um psicólogo em reunião clínica qualquer que seja da clínica médica do Hospital. Na clínica médica posso dizer desde 1990 (*sic*).

P2 – Normalmente, com a interconsulta, em atendimento com o paciente, assim que possível a gente entra em contato com o médico e tenta repassar alguma coisa, para poder discutir o caso. Mas isso não é possível com todos os profissionais, por uma questão de encontrar. Discuto com outros profissionais que estiverem disponíveis, sobre o assunto, leio o prontuário, mas discutir, normalmente, tem que ter essa proximidade, tem que ter profissional disponível para discutir (*sic*).

Entre as razões apontadas para a dificuldade de interação, os médicos citaram com mais frequência a ausência do psicólogo nas enfermarias:

MA4 – Mas, talvez, pela pouca presença, presença numérica, deficiente, do número de psicólogos. A Psicologia aparece pouco no Hospital, porque talvez a própria instituição não lhe dê a importância que ela tem. Eu vejo assim (*sic*).

As anotações feitas pelos profissionais no prontuário do paciente tornam-se então o principal veículo para a troca de informações entre médico e psicólogo.

MR1 – Olha, a maior parte das vezes, é, pelo que eu percebo, é feito através do prontuário. Às vezes, assim é ler o relatório que o psicólogo deixou, é, pelo que eu percebo, na maior parte das vezes é assim. Poucas vezes, a gente às vezes, senta, conversa, né? (*sic*).

Mas, como pode ser visto, sua eficácia é bastante limitada. Os médicos muitas vezes questionam a freqüência e a qualidade das anotações dos psicólogos.

MA4 – Eu procuro e geralmente eu não sei se há aí uma deficiência. Nós, médicos, somos muito treinados a escrever em prontuário. Prontuário é um histórico do paciente e a gente tem consciência que o nosso trabalho é em equipe. Se eu saio do Hospital agora, por exemplo, e o paciente teve um problema às duas horas da manhã, é muito importante que a pessoa que atenda aquele paciente saiba que que tá acontecendo com ele desde que ele internou e saiba toda sua história pregressa. Na área de Psicologia, eu não tenho visto anotações relevantes nas fichas e nos prontuários do paciente. [...] Possivelmente por falta de tempo, o que é compreensível porque o número de psicólogos é muito deficiente. Mas eu não sei se os profissionais não incorporaram esse hábito ou acham irrelevante ou já se acostumaram à posição secundária que lhes é atribuída pelo médico e não se dão ao trabalho nem de escrever nada no prontuário. É uma possibilidade também (*sic*).

MA3 – Não é só, eu já vi, não vou falar nome de quem, mas eu já vi algumas avaliações assim, muito superficiais, fulano tá triste, não sei o que... Assim, não me convenceram, né? Eu tô sendo absolutamente franca, que aliás é uma característica minha, sabe? Sem querer desfazer do trabalho de ninguém, não é por aí, né? Nem criar nenhuma polêmica. Mas assim, eu achei algumas avaliações que eu já vi... No entanto, você pode ver que você nunca viu uma solicitação minha (*sic*).

Cabe aqui questionar o preparo do psicólogo para se comunicar em uma linguagem que seja clara e objetiva. A preocupação com o sigilo profissional seria um dos motivos para informações tão reticentes? No que se refere à participação do profissional de saúde mental na dinâmica interdisciplinar, é necessário observar ainda outros aspectos. Valladares (1990, p.55) sugeriu uma



dificuldade de comunicação entre estes e a equipe médica. O autor observou que, em função de seu isolamento por longos anos em espaços, acadêmicos ou assistenciais, voltados exclusivamente para a saúde mental, o exercício do diálogo se restringiu apenas a seus pares, propiciando a criação de jargões ininteligíveis às demais áreas da saúde. Campos (1997, p.188), tecendo considerações sobre a necessidade de socialização dos *saberes psi* entre os profissionais da saúde, identificou também esse problema, afirmando que, em primeiro lugar, tem-se a própria ideologia dominante nas ciências da saúde, que induz a um fechamento todos os fenômenos que não tenham uma estruturação objetiva e que sejam, portanto, manejáveis à luz do conhecimento positivo. E, em segundo lugar, o corporativismo da “instituição *psi*” que, em sua arrogância de “sujeitos do saber”, apresentam a Psicanálise, a dinâmica do funcionamento do psíquico como uma nova cabala, a que só aos iniciados seria concedido o privilégio do conhecimento.

O QUADRO 5 mostra a baixa frequência de observações do psicólogo, direcionadas ao médico consultante - em 58 pedidos foram registradas apenas nove - sendo a sua maioria apenas o aviso de que o paciente já se encontrava sob acompanhamento psicológico. Esse fato confirma o depoimento dos médicos sobre a inexpressividade das anotações dos psicólogos no prontuário, o que, na prática, se traduz em atuações isoladas, reforçando a dissociação do objeto.

## QUADRO 5

Observações feitas pelo psicólogo ao médico

| SUGESTÕES AO MÉDICO  | DESCRIÇÃO   | FREQ     |
|--|---|----------|
| Sugestões / observações direcionadas ao médico consultante | Paciente já está recebendo atendimento.   | 4        |
|  | Frente ao diagnóstico, o médico encontrará momento adequado, e quase sempre sinalizado pelo próprio paciente, de esclarecer-lhe as dúvidas. | 1        |
|  | O uso da medicação muitas vezes está associado à aceitação da doença.   | 1        |
|  | Sugere estimular participação ativa no tratamento e responsabilização por suas atitudes.  | 1        |
|  | Sugere avaliar possibilidade de administração de medicação antidepressiva.  | 1        |
|  | Importante que a comunicação com o paciente seja sempre verbalizada.  | 1        |
| <b>Total</b>   |   | <b>9</b> |

É possível perceber, ainda, nas falas de médicos e psicólogos, movimentos contraditórios no que se refere ao interesse dos primeiros pelas anotações ou informações fornecidas pelos últimos.

P2 – Leitura, eu percebo que eles acompanham. A maioria deles acompanha, tanto é que dão notícia. [...] Mas existem os profissionais que não lêem. Às vezes fazem o pedido de interconsulta com o paciente já em atendimento. Com todas as anotações, cada atendimento é anotado, diariamente, todo atendimento é feita essa anotação e eu recebia interconsulta já com atendimento (*sic*).

P1 – Eu acho muito frio a interconsulta. E você dá uma resposta, respondendo no prontuário. É Psicologia? Nem olha. A gente sabe disso, tem médico que não vai nem ler. Entã, o como é que ele vai saber que tem a Psicologia dentro do Hospital? (*sic*).

MR1 – Às vezes o médico também chega e pede assim: “solicito acompanhamento do psicólogo para o Sr. Fulano de tal”. Aí o psicólogo tá acompanhando, o médico: “Bom, já solicitei o psicólogo. Já tá acompanhando, dever cumprido” (*sic*).

Considerados os aspectos organizacionais que dificultam a interação, tais como: a rotina de trabalho; o número insuficiente de psicólogos; o sistema de plantões e rodízios de leitos; a ausência de mecanismos formais que promovam o

encontro entre os diversos profissionais, etc. e consideradas, ainda, as diferenças entre as linguagens, fica claro, nos depoimentos seguintes, que o movimento de busca pela interação é feito muito mais pelo psicólogo do que pelo médico, evidenciando as relações de poder entre os dois e a já mencionada condição de superioridade do médico em relação aos demais profissionais da equipe. Diante dessa dinâmica, é pertinente o questionamento que Cecílio (2004) propôs quanto à inserção do médico na equipe de saúde: “Ele é ‘membro’ou ‘cliente’da equipe?”

MR3 – Aliás, eu sempre tô à disposição. Se quiser ligar, eu esqueço é de deixar meu celular às vezes no parecer. Eu tenho que pegar esse costume de fazer isso, mas qualquer um dos meninos tem meu celular (*sic*).

P2 – Mas é uma questão mais assim, da Psicologia, eu, de procurar para discutir. Esse profissional que pede através de interconsulta, eu como psicóloga, vou até ele e tento discutir o caso. Normalmente, sempre eu procuro o profissional, né? Não percebo o outro movimento, a não ser a interconsulta, de aproximação. Ou de saber ou de pedir informação ou de discutir ou de passar. É um movimento da Psicologia para o profissional médico (*sic*).

P1 – Como nós somos minoria, eu acho que cabe mais à Psicologia correr atrás. O Hospital é do médico. O psicólogo é um intruso que tá entrando... Então, nesse raciocínio, se o médico faz a interconsulta chamando, já é uma coisa ótima. Então, vamos responder com mais aconchego para ele (*sic*).

Muitas vezes, para além do isolamento, essas relações podem também se tornar tensas e conflituosas.

MA2 – Do mesmo jeito que tem a questão do médico com o psicólogo, tem a questão do psicólogo com o médico. É a gente sabe que tem colegas que acabam se estranhando um ao outro aí (*sic*).

MA3 – Então aceitar o profissional de reabilitação como um parceiro, eu acho que a clínica médica, não só daqui, mas de todos os lugares, ela oferece uma resistência muito grande (*sic*).

Que fatores seriam responsáveis por esse estranhamento? Na atuação do médico, pode-se identificar, entre outras, as premissas de racionalidade científica, dualismo corpo-mente e o enfoque na enfermidade em detrimento do

indivíduo (HELMAN, 1994, p.100-101). Ao psicólogo pode-se atribuir a ênfase aos aspectos subjetivos do processo de adoecimento e o enfoque no indivíduo como um todo. Dois profissionais que trabalham, portanto, a partir de premissas diferentes: objetividade *versus* subjetividade, eventos *versus* processos. Essa convivência entre práticas que se baseiam em princípios antagônicos gera, segundo se pode observar, vários desencontros no processo de assistência ao paciente. Acrescente-se a essa diversidade de visões, ideologias e formas de compreender o objeto, as diferentes posições hierárquicas e as diversas localizações na divisão do trabalho e ter-se-á a base de múltiplos processos de negociação, dos quais o Hospital será palco. De acordo com Carapinheiro (1998, p.59):

[...] se os objetivos oficiais do Hospital se definem como sendo o tratamento, a cura ou a recuperação da doença, sublinhando a organização das atividades das diferentes categorias profissionais, com esses objetivos coexistem, quase sempre de forma não pacífica, os objetivos operatórios próprios de cada grupo, ligados aos fins particulares que pretendem atingir no contexto do conjunto dos objetivos abstratos do Hospital (CARAPINHEIRO, 1998, p.59).

Pode-se pensar, por outro lado, em opostos que se complementam se essas práticas acontecessem sob a perspectiva da interdisciplinaridade, mas o que ocorre na maioria das vezes, como foi possível constatar pelos depoimentos, é a falta de integração, de comunicação e trocas entre os saberes dos profissionais da equipe. Até mesmo de uma perspectiva menos ambiciosa, que seria um funcionamento nos moldes de equipe multiprofissional, a relação médico-psicólogo deixa a desejar. Uma das psicólogas entrevistadas expressou da seguinte maneira esse desencontro e a conseqüente necessidade de negociação:

P2 – Porque eles não têm muito como ser contra, claramente, porque o foco é o paciente. Ninguém tem o que discutir. O paciente é o que define tudo. Apesar que na realidade há um outro sentimento. O sentimento é que seja sempre o que eles querem que seja tratado. Mas isso dificulta a

inserção. Se nosso objetivo é aproximar, ouvir, discutir em grupo, isso acaba dificultando. Esses profissionais acabam se afastando, diminuindo o contato em função dessa expectativa que foi frustrada (*sic*).

Ainda segundo Carapinheiro (1998, p.63), é na delimitação dos territórios de negociação na divisão do trabalho dos hospitais que a questão dos objetivos institucionais se torna estratégica. Se em nada houver acordo, há pelo menos um ponto: o objetivo básico do Hospital é recuperar o doente para o mundo exterior em condições de saúde física e mental.

Entende-se que todas as dificuldades aqui apresentadas fazem parte e estão de acordo com o momento presente de transição. As contradições verificadas nos discursos dos entrevistados e entre o próprio discurso e a prática são a expressão de um verdadeiro “cabo de guerra” que se trava entre o instituído e o instituinte dentro da instituição saúde. A apreensão a respeito daquilo que é novo suscita ansiedades e conflitos. Mas, conflitos que podem e devem ser resolvidos e só o serão através da própria prática, da capacidade própria de vivenciar angústias e do aprendizado da convivência com a alteridade.

## 9.2 A equipe multiprofissional

No que diz respeito à configuração da composição da equipe de saúde como um todo, Vasconcelos (2002) fez um trabalho de sistematização das práticas inter em sua relação com o paradigma da complexidade, definindo-as como práticas de interação participativa que incluem a construção e a pactuação de uma axiomática comum a um grupo de campos de saber conexos, definida no nível hierarquicamente superior e introduzindo a noção de finalidade maior que

define os elementos internos dos campos originais (VASCONCELOS, 2002, p.113). Está contida aqui a idéia de uma comunicação efetiva entre os diversos saberes e uma participação igualitária na construção da prática unificadora de seu objeto. Em contrapartida, o autor definiu as práticas plúriauxiliares como utilização de contribuições de um ou mais campos de saber para o domínio de um deles já existente, que se posiciona como campo receptor e coordenador dos demais; tendência ao imperialismo epistemológico (VASCONCELOS, 2002, p.113). O autor utilizou, para exemplificar tais práticas, exatamente a relação da Medicina com as outras disciplinas e profissões como: Sociologia, Psicologia, Psicanálise, etc. Para ele, a expressão "paramédica" para caracterizar essa colaboração é bastante ilustrativa. Aqui se percebe a existência de uma distribuição de poder desigual e de caráter predominantemente dominador. A consequência mais provável dessa prática será a manutenção da dissociação do objeto. É o que Birman (1980, p.25) denominou de "pluralidade discursiva" e "dispersão de novos objetos".

Abordados sobre a participação de outros profissionais na equipe de saúde, os médicos entrevistados enfatizaram sua importância para o sucesso do tratamento. Segundo eles, a tendência à superespecialização da Medicina, aliada ao acúmulo de conhecimento nas diversas áreas, impõe uma nova realidade aos médicos.

MA1 – Hoje em dia é muito difícil uma pessoa, dentro daquilo que ela faz, ela afirmar que ela está, assim, totalmente atualizada naquilo. É muito difícil, porque se você for ver a quantidade de publicação que tem aí, se você perguntar a pessoa, tal artigo assim, assim, você já leu? Se bobear ela diz: "Não, esse aí eu ainda não li não. Aonde que saiu esse artigo?" Eu falo : "Então, se você não leu você não sabe tudo, cê não tá atualizado." (*sic*).

Se, atualmente, é difícil estar completamente atualizado em uma determinada área, é impossível para um só profissional cuidar de todos os aspectos relativos ao processo de adoecimento.

MA3 – Eu tenho formação em geriatria também, né, sou geriatra, além de clínica, então a gente atualmente lida com o paciente idoso, ele necessita de uma avaliação interdisciplinar, não só multi, mais inter. A gente tem que conversar e trocar idéia para melhor assistir o idoso. Eu acho que assim como a fisioterapia, o geriatra, a enfermeira, a nutricionista, etc. têm importância no contexto, o psicólogo também tem (*sic*).

No entanto, é possível perceber nessas considerações a preocupação desses profissionais em manter uma posição diferenciada na equipe de saúde no que se refere à “propriedade” do paciente, utilizando, para isso, uma justificativa legal.

MA3 – Eu nunca pedi (IC). É, isso cria até um pouco de antipatia, talvez, frente às psicólogas. Às vezes que elas atenderam espontaneamente algum paciente, nunca fui contra. Só fui uma vez, que uma enfermeira, não vou dizer o nome, não precisa, é... ela procurou uma psicóloga sem me consultar. Isso eu não aceito. [...] Nenhuma intervenção no **meu** paciente sem que eu saiba ou aceite. [...] Se eu que sou a responsável técnica por aquele paciente, que ele tá internado no meu nome, né, então quem assina tudo e depois vai responder sou eu, né? [...] O médico é muito criticado por ser assim, mas na hora que a coisa fica feia nós é que vamos lá responder processo, né?”

Acredita-se que todos os profissionais envolvidos na assistência ao paciente são por ele responsáveis, inclusive legalmente, mas obviamente apenas na área técnica que lhes compete. No entanto, a divisão de responsabilidades, a falta de integração, a compartimentalização de saberes e ações, as dificuldades na interlocução, enfim, a configuração pluridisciplinar da equipe de saúde não se encontra traduzida apenas por mecanismos legais. A organização administrativa do estabelecimento hospitalar também se encarrega de estabelecê-la. Visualiza-se esse mecanismo por meio do organograma do estabelecimento hospitalar no qual se desenvolveu o presente trabalho (ANEXO A). Profissionais como

psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, farmacêuticos e nutricionistas encontram-se incluídos no Serviço de Apoio Terapêutico, subordinado à Divisão de Apoio Técnico, separados, portanto, dos serviços de Enfermagem Hospitalar e Médico Hospitalar, que pertencem à Divisão Assistencial Hospitalar. A noção institucionalista de atravessamento estabelece que existe no campo institucional uma interpenetração de forças e entidades reprodutivas e antiproductivas que estão a serviço da exploração, dominação e mistificação. Essas forças se opõem às forças e entidades que estão a serviço da cooperação, da liberdade e da produção e que se traduzem na noção de transversalidade (BAREMBLITT, 2002, p.34).

Para ilustrar a assimetria e a hierarquização características da equipe de saúde no ambiente hospitalar, analisa-se outro documento do estabelecimento em questão (ANEXO B). O então Diretor da Divisão Assistencial Hospitalar, em parecer emitido sobre quais profissionais da equipe de saúde poderiam solicitar interconsulta para os pacientes, afirmou que, após consulta feita aos coordenadores das diversas clínicas do Hospital, somente aos médicos compete solicitar interconsultas para *seus* pacientes. Tal decisão está em conformidade com o Projeto de Lei 25/2002, de autoria do senador Geraldo Althoff (Partido da Frente Liberal de Santa Catarina), que define o ato médico. De acordo com esse projeto, o médico se tornará o único profissional com poder de definir todas as atividades preventivas e assistenciais da área de saúde. Isto significa que todas as ações que envolvam procedimentos, diagnósticos de enfermidades ou impliquem indicação terapêutica têm que ser avaliadas, primeiramente, pelos médicos. Quanto aos transtornos psíquicos, a formação do médico não oferece recursos suficientes para que ele possa discernir a necessidade ou não do



paciente receber auxílio psicoterápico. Contudo, uma consequência ainda mais grave do ponto de vista da participação ativa do paciente nos cuidados com sua saúde é a encontrada por Corrêa (2003, p.3):

Se a importância dessa iniciativa concerne primeiro e particularmente à classe médica, suas consequências são amplas e concernem a toda sociedade, pois envolvem um direito fundamental do ser humano: o direito a um cuidado de si fundamental, qual seja o cuidar de sua saúde e da manutenção de sua vida pessoal, única e intransferível (CORRÊA, 2003, p.3).

Esse movimento parece representar um retrocesso na busca por uma prática efetivamente interdisciplinar no campo da saúde e, de forma geral, a ausência de disponibilidade dessa categoria profissional na conjugação de esforços dos diferentes profissionais para a solução dos problemas que se apresentam no campo da saúde. Qual ou quais seriam os motores desse movimento? Reserva de mercado? Disputas de poder?

É possível constatar que, em função de mecanismos como os citados, a presença dos diversos profissionais no campo de trabalho não é garantia de uma assistência pautada pela integralidade. Na prática, cada um permanece atuando isoladamente, reproduzindo, assim, a divisão do objeto.

MA2 – Hoje em dia, eu trabalho em geriatria, não tem como você cuidar de um paciente, adulto, adulto jovem, idoso, sem ter uma rede de contatos, sem ter uma rede de especialistas, para você estar acompanhando e cuidando. É a mesma coisa aqui dentro do Hospital. Os arranjos aqui dentro poderiam ser melhores. Tem hora que você vê, a gente sabe que tem os profissionais, mas eles não atuam ou não podem atuar ou não os deixaram atuar (*sic*).

Pereira (2001, p.254) observou essa mesma dinâmica em uma equipe de profissionais de um centro de saúde, descrevendo que o baixo nível de colaboração, as disputas pelo poder, prestígio e privilégios incrementados pelo sistema de hierarquias rígidas provocam um clima afetivo deteriorado:

O trabalho se transforma em rotina estressante, sem gratificação financeira ou simbólica, ausência de prazer e criação, com baixo teor de significado e com grande retorno de *stress* e proliferação de sintomas, onde o principal deles é o de embarcar no discurso do neoliberalismo que rotula de polígrafo e de eterno faltoso o funcionário público (PEREIRA, 2001, p.254).

Esse quadro é descrito pelos institucionalistas como regressão ao psicofamiliar. De acordo com Baremlitt (2002, p.77):

Essa experiência de impotência gera uma regressão do psicoinstitucional para o psicofamiliar, no sentido em que os sujeitos vão definir esse campo real em que estão como se fosse uma situação familiar arcaica pela qual já passaram, quando se estava construindo sua série disposicional. Ou seja, eles vão viver a situação de trabalho, a situação organizacional como se fosse uma situação familiar arcaica. E as figuras determinantes reais dessa situação atual vão transformar-se para eles nas figuras imaginárias de sua situação familiar (BAREMLITT, 2002, p.77).

Dessa forma, ainda que se tenha consciência da importância da troca entre os diversos profissionais e dos ganhos que se pode proporcionar aos pacientes através dessa prática, teme-se perder privilégios e autonomia profissionais. Vasconcelos (2002, p.117) referenciou que uma compreensão mais específica da dinâmica da cultura e identidades profissionais é de fundamental importância para o processo de implementação de novos paradigmas e para uma análise crítica das práticas interdisciplinares, uma vez que a emergência histórica de novos paradigmas é geralmente percebida de início pelos profissionais como uma quebra na sua segurança, o que o leva ao confronto das limitações da identidade já estabelecida e expõe, com isso, sua fragilidade.

É possível perceber, portanto, que, na prática, convive-se na maior parte das vezes com o antigo paradigma, como afirmou Spink (2003, p.69):

Embora conceitualmente louvável, na prática as equipes multiprofissionais não parecem ter logrado grande sucesso. As equipes reproduzem no seu interior as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo. O indicador mais óbvio

desse fenômeno é a posição subalterna das diferentes profissões face à profissão hegemônica: a Medicina (SPINK, 2003, p.69).

Dessa forma, o desafio é transformar um grupo de profissionais – equipe multiprofissional – que trabalham isoladamente, sobrepondo saberes e práticas na atividade de assistência ao paciente em um conjunto de profissionais - equipe interdisciplinar - que compartilham saberes e diferentes contribuições sobre o mesmo objeto e que os integram de forma coerente em uma nova forma de atuação. Nas palavras de Morin<sup>3</sup> *apud* Spink (2003, p.60), o problema não está em que cada um perca sua competência. Está em que a desenvolva o suficiente para articular com outras competências que, ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento.

---

<sup>3</sup> MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1983.

## 10 CONCLUSÃO

Esta pesquisa iniciou mostrando a ambigüidade do estabelecimento hospitalar em relação à presença do psicólogo. Chegou-se agora à conclusão de que essa ambigüidade é a expressão de duas forças presentes no campo institucional: o instituinte e o instituído. A necessidade de uma rede de assistência acessível e de boa qualidade à saúde mental das classes populares é legítima e fruto, em parte, de reivindicações desse próprio segmento social e requer, ainda, uma mudança igualmente necessária no modelo assistencial anterior, que se conhece como segregador e ineficaz. A necessidade de ampliação na visão e assistência ao sujeito é igualmente legítima. A participação do psicólogo nessa rede assistencial, incluindo o Hospital Geral, é de extrema pertinência. Esse movimento para o novo, no entanto, necessita, para sua implantação, de se submeter às estruturas administrativas e burocráticas já existentes e é facilmente captado pela lógica institucional reprodutora. Essa lógica amortiza, então, os efeitos do novo, tornando-o quase inócuo e, por conseguinte, pouco ameaçador. Em que consiste tal ameaça? A busca pela autonomia.

Como esta pesquisa se propôs a examinar mais especificamente a atuação do psicólogo no estabelecimento hospitalar à luz da abordagem institucionalista, a utilização da metodologia de análise dos pedidos de interconsulta médico-psicológica e de entrevistas semi-estruturadas proporcionou uma visão geral, ainda que restrita a um curto período de tempo e a uma clínica específica, da demanda que é dirigida a esse profissional e o encargo a ela subjacente.

Sugerem-se, então, outros recursos metodológicos que poderão ser úteis em futuras investigações em torno do problema da atuação do psicólogo no Hospital Geral. Primeiro, uma análise completa do prontuário do paciente, e não apenas do parecer, permitiria a verificação de outros aspectos da interação entre médico e psicólogo, tais como: frequência dos atendimentos do psicólogo, indícios de comunicação entre os profissionais através das diversas anotações, elementos que poderiam indicar as condutas tomadas por ambos os profissionais, encaminhamentos, etc.

Em segundo lugar, sugere-se um estudo comparativo entre pedidos de parecer de diversos profissionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc. Dessa forma, poder-se-ia obter dados sobre as diferentes visões dos profissionais da equipe sobre a função do psicólogo e ainda sobre os casos que a ele devem ser encaminhados. Ou, ainda, um estudo comparativo entre os casos atendidos por demanda espontânea do paciente e aqueles encaminhados pelo médico. Esse tipo de estudo permitiria verificar a pertinência e/ou adequação de ambas as demandas em relação à oferta do psicólogo.

Em terceiro lugar, propõe-se um estudo comparativo entre as demandas que as diversas clínicas do Hospital Geral dirigem ao psicólogo. Isso auxiliaria na discriminação das expectativas que as diversas especialidades nutrem em relação à atuação do psicólogo. Acredita-se que quanto mais se avançar na discriminação das demandas que lhe são dirigidas, mais se avançará na construção do saber e da prática efetivamente voltados para as necessidades reais do paciente e, por isso, também mais eficazes.

Em relação à formação e prática médicas, foi possível verificar seu caráter reprodutivo e restritivo ao novo objeto que a ela se direciona. A formação

acadêmica, tanto do médico quanto do psicólogo, encontra-se em descompasso com o novo paradigma assistencial. Chama a atenção aqui particularmente a deficiência no treinamento desses profissionais para o trabalho interdisciplinar, um dos principais arcabouços desse novo paradigma. Uma das formas para suprir em parte tal deficiência seria a participação do psicólogo no treinamento de residentes através de reuniões clínicas, grupos operativos, etc. Esse tipo de recurso, porém, não deve prescindir de uma revisão urgente nos currículos acadêmicos de ambos os profissionais.

A dinâmica da equipe multiprofissional reproduz de forma geral a dissociação do objeto e a fragmentação do cuidado. Quanto ao estudo dessa dinâmica, pensa-se que um caminho para o seu aprofundamento e enriquecimento estaria na “Sociologia das Profissões”. Nesse campo, estariam outros elementos que contribuiriam para o estudo dos conflitos e disputas de poder entre as diversas profissões que, por fugirem ao escopo deste trabalho, não foram diretamente abordados aqui, particularmente o processo de formalização das profissões através das legislações profissionais e a institucionalização de organizações corporativas que estabelecem as fronteiras de saber e competência entre elas (VASCONCELOS, 2002; SPINK, 2003).

A expectativa é de que não se tenha frustrado o leitor com a ausência de uma fórmula, de uma equação que possa resolver definitivamente tais problemas. As questões levantadas neste estudo carecem de outras leituras e investigações para que se possa aprofundá-las ainda mais. Isto significa um convite! Convite que é reforçado com uma citação provocativa de Guattari (1987, p.92):

O grupo sujeito ou que tem vocação para sê-lo se esforça para ter um controle sob sua conduta, tenta elucidar seu objeto [...] O grupo sujeitado não se presta a tal perspectivação; ele sofre hierarquização

por ocasião de seu acomodamento aos outros grupos. Poder-se-ia dizer do grupo sujeito que ele enuncia alguma coisa, enquanto que do grupo sujeitado se diria que “sua causa é ouvida”. Ouvida, aliás, não se sabe onde nem por quem, numa cadeia serial indefinida (GUATTARI, 1987, p.92).

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J.F.; SIQUEIRA, E.S. A interconsulta-médico psicológica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. *In: MIGUEL FILHO et al. Interconsulta psiquiátrica no Brasil*. São Paulo: Astúrias, 1990.

ALMEIDA, E.C. O psicólogo no Hospital Geral. *In: Psicologia: Ciência e Profissão*. Ano 20, no 3, p. 24-27, 2000.

ANGERAMI-CAMON, V.A. (org.). **O doente, a Psicologia e o Hospital**. 3ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

ÁRIES, P. **Sobre a história da morte no Ocidente**: desde a Idade Média. 2ed. Lisboa: Teorema, 1989.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: ed. Zahar, 1985.

BAREMBLITT, G.F. Apresentação do movimento institucionalista. *In: LANCETTI et al. Saúde e loucura*.n1, 2ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

\_\_\_\_\_. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.

BIRMAN, J. **Enfermidade e loucura**: sobre a Medicina das inter-relações. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. **Temas de Psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BORGES, S.M.N. Por uma clínica que a Psicanálise nos ensina. *In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org). Cidadania e loucura*: políticas de saúde mental no Brasil. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1990.



BORNHOLDT, E.; CASTRO, E.K. **Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional**, Brasília, 2004.  
<http://www.revistacienciaeprofissao.org/artigos/24-03/artigo06>

BOTEGA, N.J. (org). **Serviços de saúde mental no Hospital Geral**. Campinas: Papyrus, 1995.

\_\_\_\_\_ (org) **Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. *In: CECÍLIO, L.C.O. Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_ **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no Hospital**. 3ed. Porto: Ed. Afrontamento, 1998.

CECÍLIO, L.C.O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_ **Mudar modelos de gestão para mudar o Hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos**. Londrina-PR.  
<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2>. 2004.

CHIATTONE, H.B.C. A Psicologia Hospitalar e a pediatria do Hospital Brigadeiro – INAMPS – SP. *In: Bol. de Psiquiatria*, vol.20,no ½, p.13-16, jan/dez., 1987.

CORRÊA, J.A. Ato médico: reflexões preliminares. *In: Saúde mais*. Publicação de Conselhos Profissionais da Área de Saúde sobre o Ato Médico. Junho, p.3, 2003.

COSTA, J.F. **Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

DIMENSTEIN, M.A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estud. Psicol.** Natal, v.5 n.1.jan/jun., 2000.

FIORINI, H.J. **Teoria e técnicas de psicoterapia**. RJ: Francisco Alves, 1993.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 2ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.

FRANÇA, J.L. *et al.* **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. Belo Horizonte: ed. UFMG, 7ed, 2004, 241p.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. (org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 3ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina**. 3ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LEÃO, N. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. *In*: ROMANO, B.W. (org.). **A prática da Psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

LUZ, M. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 2ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

MARAZINA, I. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. *In*: LANCETTI *et al.* **Saúde e loucura**. n.1. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARTINS, L.A.N. A experiência do serviço de interconsultas da Escola paulista de medicina. *In*: MIGUEL FILHO *et al.* **Interconsulta psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Astúrias, 1990.

\_\_\_\_\_. Interconsulta hoje. *In*: MELLO FILHO, J. *et al.* **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. *et al.* Interconsulta psiquiátrica. *In*: BOTEGA, N.J. (org). **Serviços de saúde mental no Hospital Geral**. Campinas: Papyrus, 1995.

MELLO FILHO, J. *et al.* **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992.

MENDES, E.V. **A evolução da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1984.

MERCADANTE, M.C.P. A identidade do psicólogo hospitalar. *In*: FRÁGUAS JR., R. *et al.* **Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral: integrando especialidades**. São Paulo: Lemos, 1997.

MILLER, J.A. A Psicanálise e a Psiquiatria. *In*: MILLER, J.A. **Lacan elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

MINAS GERAIS. FHEMIG. **Relatório de Avaliação e diagnóstico situacional**, Belo Horizonte, 2002.

MORIN, E. **O problema epistemológico da complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1983

MUNIZ; CHAZAN. *In*: MELLO FILHO, J. *et al.* **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ORFALI, K. Hospital Experience: Identity Construction of the Patient. **XII Congres Mondial de Sociologie**. Madrid, 9-13/jul, 1990.

PEREIRA, W.C.C. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social**: teoria, método e prática. Belo Horizonte: Vozes/PUC Minas, 2001.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**. Série Conferências de Campo Grande, 1980.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. A interconsulta médico-psicológica no contexto institucional como espaço para a formação de médicos e psicólogos. *In*: **Temas em Psicologia**, São Paulo, n2, 1994.

ROMANO, B.W. Modelo para prática psicológica em hospitais. **Jornal de Psicologia CRP – SP**. Ano 17. n.119. nov/dez, 1999.

SILVA FILHO, J.F. A Medicina e a Psiquiatria. *In*: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (org). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 2ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

SINGER, P. *et al.* **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

SOUZA, M.L.R. **Os diferentes discursos na instituição hospitalar**. São Paulo, *Percurso*, n.23, p.35-42, 1999.

SPINK, M.J.P. **Psicologia Social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Petrópolis: Vozes, 2003.

Strain, J.J. **Psychological interventions in medical practice**. New York, Appleton, 1978

TÄHKÄ, V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre:Artes Médicas, 1988.

VALLADARES, H.M.A. Interconsultas – aplicação da ação e ensino. *In*: MIGUEL FILHO *et al.* **Interconsulta psiquiátrica no Brasil**. São Paulo: Astúrias, 1990.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

YAMAMOTO, O.H.; TRINDADE, L.C.B.O.; OLIVEIRA, I.F. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicol. USP**, v. 13, no. 1, São Paulo, 2002. Disponível na Word Wide Web: <<http://www.scielo.br>

**ANEXOS E APÊNDICES****Anexo A****Organograma do estabelecimento hospitalar**

**Anexo B**  
**Formulário de Interconsulta**

## Apêndice A

### Roteiro das entrevistas

#### 1 - Roteiro para entrevista com médicos

*Rapport:* Comentários introdutórios sobre a pesquisa, agradecimento pela participação, comentário sobre o trabalho do entrevistado: quantos anos de profissão, quantos anos de trabalho nesse estabelecimento hospitalar, etc. Pedido para gravar a entrevista.

1. Nós temos um Serviço de Psicologia neste Hospital. Nem todo Hospital Geral tem esse tipo de serviço. O que você pensa sobre isso?

Objetivo: verificar os seguintes aspectos: relevância, expectativas, funções do serviço.

2. Sobre a inserção do profissional de Psicologia na equipe de saúde.

3. De um modo geral, que situações o fariam recorrer ao auxílio do psicólogo?

Já pediu uma interconsulta? Por quais motivos?

O que você observou sobre a participação do psicólogo neste caso?

Na análise dos pedidos de interconsultas, encontramos maior concentração de demandas no sentido da adesão ao tratamento. Como você vê isso?

Que tipo de manifestações emocionais você observa com mais frequência nos pacientes sob sua assistência?

4. Sobre a troca de informações entre médicos e psicólogos envolvidos na assistência do mesmo paciente:

Ocorre? Como: Prontuário? Discussão de casos? Reuniões clínicas?

5. Aspectos organizacionais (próprios do funcionamento do Hospital) que interferem na prática do médico. Verificar a relação desses fatores com a relação médico-paciente e médico-psicólogo.

6. Aspectos que poderiam proporcionar melhorias nessa prática.

7. Você já fez algum tipo de psicoterapia? Ou algum estudo mais específico na área da Psicologia?

## 2 - Roteiro para entrevista com o psicólogo

*Rapport*: Comentários introdutórios sobre a pesquisa, agradecimento pela participação, comentários sobre seu trabalho neste Hospital: há quanto tempo, atividades, clínica em que atua atualmente, etc. Pedido de permissão para gravar.

1. Você membro do Serviço de Psicologia deste Hospital. Nem todo Hospital tem esse tipo de serviço. O que você pensa sobre isso? (verificar relevância, expectativas, funções, etc.)
2. Sobre a especificidade do trabalho nesse contexto organizacional.
3. Sobre a inserção do psicólogo na equipe de saúde hospitalar.
4. Quais os motivos você acha que levam o médico a solicitar atendimento psicológico para o paciente? Você conseguiria traçar um perfil do paciente que geralmente lhe é encaminhado pelo médico? Sobre a maior concentração de demandas em torno da adesão.
5. Sobre a troca de informações entre médicos e psicólogos envolvidos na assistência ao mesmo paciente. Ocorre? Como: Prontuário? Discussão de casos? Reuniões clínicas?
6. Aspectos organizacionais que interferem na prática do psicólogo hospitalar. Verificar a relação desses fatores com a relação médico-paciente, psicólogo-paciente e psicólogo- médico.
7. Aspectos que poderiam contribuir para a melhoria do serviço de Psicologia hospitalar.

## Apêndice B

### Termo de consentimento pós-informação

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais/ Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/ Departamento de Psicologia/ Curso de Mestrado em Psicologia Social

Título do Projeto: “A interconsulta psicológica no Hospital Geral: mecanismos institucionais que determinam a atuação do psicólogo hospitalar.”

Pesquisador: Simone Martins Maia – Psicóloga Clínica, especialista em Psicoterapias Institucionais, membro do Serviço de Psicologia do Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG.

Telefone para contato: 3322.2764

O objetivo deste trabalho é buscar uma compreensão científica sobre a forma de atuação do psicólogo clínico no contexto do Hospital Geral, através do exame da atividade de interconsulta psicológica. Para tal, faz-se necessário entrevistar as diversas pessoas envolvidas nessa atividade: médicos, psicólogos e pacientes. Para colher essas diferentes visões, serão realizadas entrevistas que poderão durar até cerca de uma hora, durante as quais serão feitas perguntas ao informante, dentro da área de interesse do tema de estudo.

Os registros feitos durante a entrevista não serão divulgados ao público, mas o relatório final contendo trechos das falas, sem citar os nomes, estará disponível para todos, quando terminado o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Este TERMO, em duas vias, é para certificar que eu,

---

concordo em participar na qualidade de voluntário do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser eu entrevistado e para as entrevistas serem gravadas em cassetes.

Estou ciente de que:



- ao término da pesquisa as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa;
- um técnico fará a passagem da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi falado, para discutir os resultados, mas essas pessoas estarão sempre submetidas às normas de sigilo profissional;
- não haverá riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa;
- sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo aos atendimentos e tratamentos que recebo ou às relações profissionais que mantenho com o entrevistador;
- terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer dúvida que eu tiver e que todas deverão ser respondidas de acordo com a minha compreensão.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_