

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

ALEXANDRA BORBA

A PSICOLOGIA NA EMERGÊNCIA: URGÊNCIA DE QUÊ?

Porto Alegre

2012

ALEXANDRA BORBA

A PSICOLOGIA NA EMERGÊNCIA: URGÊNCIA DE QUÊ?

Relatório de Intervenção apresentado como Trabalho de Conclusão para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Porto Alegre
2012

A Psicologia na Emergência: urgência de quê?

BORBA, Alexandra¹

RESUMO

Este é um estudo feito a partir de uma experiência profissional como psicóloga no Sistema Único de Saúde – SUS, especificamente na Unidade de Emergência de um hospital pediátrico conveniado ao SUS. A inserção do Psicólogo como profissional de equipe multidisciplinar faz parte da busca pela Integralidade na saúde. Através dos encontros vivenciados com os usuários e profissionais de saúde no contexto da emergência, porta de entrada do hospital e outras vezes do próprio sistema de saúde, evidenciaram-se algumas urgências. Urgências relacionadas à formação em psicologia e das demais profissões da saúde, urgências do SUS e das instituições de saúde e a urgência da humanização e integralidade do cuidado. Isso se reflete nas demandas dos próprios usuários, que chegam aos serviços de urgência/emergência nem sempre por motivo de emergências médicas, denunciando que as urgências ficam diluídas no sistema de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Emergência; Psicologia; Integralidade.

¹ Bacharel em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

INTRODUÇÃO

O presente estudo é um relato de experiência profissional como psicóloga na Unidade de Emergência SUS de um hospital infantil de Porto Alegre, conveniado ao SUS. A escolha por esta unidade deu-se principalmente porque chamava minha atenção a sua movimentação. Longas filas de espera, retornos freqüentes e nenhum profissional da psicologia atuando efetivamente como nas demais unidades do hospital. A experiência profissional teve a duração de seis meses e fez parte de um estágio profissional supervisionado.

Para representar as urgências que os encontros evidenciaram, utilizo trechos de algumas falas e situações vivenciadas por mim no contexto da emergência, em interação, em relação com usuários e profissionais da unidade. Considero o contexto onde os acontecimentos² ocorreram, como os vivenciei, transformando-os em citações que retratam os sentidos que produziram, dando-lhes status de exemplos que dizem algo sobre as urgências. As falas de usuários e trabalhadores de saúde na unidade representam e descrevem as urgências como se apresentaram, naquele momento, naquele contexto.

Para preservar o sigilo, os nomes utilizados para identificar os recortes de falas e situações que se configuraram como produtoras de sentidos, afetos, impasses, questionamentos e (re) conhecimentos no cotidiano da Unidade de Saúde, são fictícios.

A partir disso, o presente estudo traz uma leitura cartográfica feita a partir dos recortes dos encontros estabelecidos com os atores envolvidos nos processos de saúde no cotidiano de uma Unidade de Emergência, a fim de representá-los e identificá-los através da experientiação, da reflexão sobre a minha trajetória na Emergência, que aqui relato. A utilização de recursos cartográficos é a criação de uma língua e de uma história para realidades em processo (CECCIM, FERLA, 2005). A experiência no sentido Foucaultiano (FOUCAULT, 2000) do termo, é algo a não ser apreendido

² Acontecimentos no sentido de rupturas, dobras, lacunas, onde emergem novas significações, múltiplas, que se irradiam como novas possibilidades.

para ser apenas repetido ou transmitido, e sim a fim de potencializá-la, representar suas urgências e produzir novos sentidos. Na saúde, a experienciação significa interação, relação em dobra, que se efetiva entre a educação da saúde e trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), como uma escuta poética de uma questão problemática (CECCIM, FERLA, 2005).

A minha experiência profissional no cotidiano da unidade deu corpo e vida a este trabalho, constituindo-se na medida em que fui sentindo as urgências nesse contexto, a partir dos encontros com os atores implicados, usuários e trabalhadores da saúde, me colocando na relação do/com o cuidado, estando disponível para a produção de afecções e conexões ali presentes, dos/com os sujeitos envolvidos. A partir das demandas recebidas, como quadros agudos de patologias simples em crianças ou familiares que relatavam as dificuldades de acesso aos níveis de atenção primária, tornaram-se mais evidentes as lacunas no SUS denunciando que as urgências ficam diluídas diante da desarticulação do sistema de saúde, e que o cuidado não estava se efetivando da forma integral como deveria. Ao mesmo tempo percebi a urgência da formação em saúde, deficitária no que diz respeito às diretrizes do SUS, e a uma escuta mais preparada para atuar de forma transdisciplinar, integral e humanizada nas instituições de saúde.

Partindo dos conceitos de Emergência (situação de sofrimento com risco de vida) e Urgência (situação de sofrimento sem risco de vida)³, analiso a urgência como um conceito que transborda o território geográfico e estende-se ao território existencial, onde em qualquer ponto da rede (unidade básica, ambulatorial, especializada, hospitalar, até a emergência) toda situação de emergência/urgência precisa de atendimento, de cuidado, seja qual for a 'urgência' ali apresentada. Implicada em oferecer um atendimento de qualidade aos usuários da emergência pediátrica, me deparei com questões complexas que se configuraram como urgências na minha prática cotidiana. As situações vivenciadas me levaram a questionar de quem ou de quê exatamente eram aquelas urgências. Seriam urgências da formação em psicologia? Urgências da formação em saúde? Urgências do SUS? Urgências das instituições e serviços de saúde? Urgências da população, dos usuários?

³ BRASIL. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

As urgências com que me deparei na emergência pediátrica e que pretendo apresentar neste relatório de intervenção, nem sempre estão relacionadas a urgências médicas, mas a situações diversas e adversas evidenciadas pelos encontros com usuários e profissionais de saúde na Unidade de Emergência Pediátrica. Essas situações que se constituíram como questões importantes a serem pensadas em minha prática de intervenção, evidenciaram pelo menos três urgências que procuro apresentar neste trabalho.

A primeira é a urgência de uma formação mais integrada entre ensino e fazer em saúde, que prepare os profissionais para atuar de forma transdisciplinar, não só na área da psicologia, mas das demais profissões da saúde, urgência de uma formação que atue na lógica de assistência 'usuário-centrada'⁴ ao invés de 'profissão-centrada'. Outra urgência é a da integralidade e humanização do cuidado, urgência de um cuidado capaz de constituir-se como dispositivo produtor de vínculos e de novas significações na relação usuário-cuidador, de uma escuta capaz de identificar a questão ali colocada, a fim de propiciar um encontro entre as necessidades dos usuários e o desenvolvimento do sistema de saúde. E uma terceira urgência referente ao próprio sistema de saúde, ao SUS, e às instituições de saúde, urgência que denuncia a desarticulação e falta de integralidade nos níveis de atenção, evidenciada no contexto da emergência através da demanda recebida, dos encontros com usuários e trabalhadores dessa unidade. Essa urgência, denunciada nas instituições de saúde, torna-se mais evidente nas unidades de urgência/emergência, que sofrem o estrangulamento da demanda reprimida no nível de atenção básica, dificultando e inviabilizando o lugar da urgência propriamente dita.

Diante de tantas urgências evidenciadas em um contexto tão complexo como o da Emergência, o objetivo deste estudo é pensar as possibilidades/impossibilidades, da integralidade e humanização do cuidado a partir das demandas recebidas no serviço de emergência e de uma possível contribuição da psicologia para esse processo.

⁴ Expressão utilizada por Merhy (2003) para designar que todas as ações em saúde devem estar centradas nas necessidades dos usuários.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 1946 a Organização Mundial de Saúde – OMS em seu documento oficial de criação apresenta o conceito de saúde definida pelo bem-estar físico, mental e social, sendo que até então esta costumava ser definida pela ausência de doenças. A própria palavra saúde deriva de um termo de origem alemã que significa ‘um estado de integridade do corpo’ (STRAUB, 2005), confirmando que a conceituação anterior era incompleta.

A partir de então ocorreram transformações importantes no campo da saúde no Brasil, principalmente entre as décadas de 1970 e 1990. Este período, marcado pela ressignificação da causalidade na explicação da doença, passando esta a ser vista como um processo e, especialmente, como um fenômeno complexo e transdisciplinar que precisava ser abordado englobando as dimensões bio-psico-sociais foi fundamental também para pensar a inclusão substantiva da psicologia nos serviços de saúde (SPINK, 2003).

A década de 1970 foi a de maior repressão política no Brasil, período do “milagre econômico”. A ampliação e a modificação do campo da saúde mental, realizada a partir de meados dos anos 1980 no Brasil, constituem fato analisador das transformações sociais, determinadas, principalmente, nas lutas pela (re) democratização da sociedade. No transcorrer do século vinte, a luta pela sobrevivência passou a coexistir com a luta pelos direitos de viver e de escolher como viver, de diferentes parcelas da população. Movimentos sociais vigorosos nesse contexto, como os ecológicos e os dirigidos à conquista e à garantia de direitos específicos de populações excluídas e/ou segregadas por questões ideológicas, étnicas, religiosas, políticas, econômicas, de gênero, de idade, de patologias ou de necessidades especiais, provocaram novos paradigmas, bem como outras estruturas organizacionais junto aos serviços e políticas públicas (FAGUNDES, 2006).

Neste mesmo período foi amplamente discutido o conceito de saúde introduzido mundialmente pela OMS. Por remeter ainda à distinção entre

físico, psíquico e social, além de dar a idéia de que seria possível um estado de perfeito equilíbrio e completude, um 'todo completo' ou 'nada de doença', esse conceito tornou-se defasado (DONNANGELO, 1979). Surgiram novos conceitos no cenário das políticas públicas em saúde, entre eles, o conceito sintetizado por Galli (1986), que é condizente à subjetividade humana, ao sinalizar que se trata de um estado de relativo equilíbrio e integração, superando conceitos e práticas que almejam um estado permanente de saúde:

(...) um estado de relativo equilíbrio e integração entre elementos conflitivos constitutivos do "sujeito da cultura" e dos grupos, com crises previsíveis e imprevisíveis, registradas objetiva e subjetivamente, do qual as pessoas ou os grupos participam ativamente, gerando suas próprias mudanças e no contexto social (GALLI, In: FAGUNDES, 2006).

Antes mesmo de ser consagrada como diretriz política pela Constituição Federal Brasileira a integralidade já era uma das 'bandeiras de luta' do chamado Movimento Sanitário. Nesta época, a noção de integralidade manifestava certa indignação da população ao então sistema de saúde que possuía políticas distintas para a assistência e prevenção em saúde. Ao defender que ações preventivas e assistenciais estivessem articuladas, a população exigia que os responsáveis pela formulação das políticas de saúde levassem em conta ambas as dimensões, garantindo o acesso igualitário às necessidades em saúde (MATTOS, 2003).

Essas mudanças que acompanharam a Reforma Sanitária no Brasil culminaram na construção do Sistema Único de Saúde – SUS com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) instituída juntamente com a Constituição Federal de 1988. O SUS, idealizado como política social e uma conquista popular visa romper com o antigo conceito de saúde com vistas à humanização e qualificação dos serviços. Para tal, conta com diretrizes doutrinárias que o regem: Universalização da Saúde, Equidade, Integralidade e princípios organizativos, que têm como função garantir as diretrizes doutrinárias: Regionalização, Descentralização e Participação Popular (BRASIL, 2007).

O conceito de Galli (1986) já sintonizava as diretrizes do Sistema Único de Saúde, dava suporte para que a participação ativa fosse considerada uma prioridade da política de saúde mental, conferia positividade à saúde mental e superava conceitos anteriores, pela sua plasticidade e relatividade. As transformações em saúde mental são instigadas pelo destaque aos modos de pensar, sentir e fazer, referidos à noção de integralidade e à busca de coerência entre propósito de mudança, métodos e organizações, enquanto tríade indissociável (FAGUNDES, 2006).

Concomitantemente a esta reformulação do paradigma sobre o processo saúde-doença e às transformações no cenário da saúde no Brasil, entre as décadas de 1980 e 1990, principalmente, aumenta substancialmente a participação dos psicólogos na luta e na discussão pelo atendimento psicológico para as camadas sociais excluídas deste tipo de tratamento. Porém essa preocupação não acontece por acaso. Na mesma época há uma crise nos atendimentos em serviços privados, que leva muitos profissionais liberais a procurarem outras formas de inserção no mercado de trabalho, ocorrendo uma migração dos consultórios privados e a abertura de postos de trabalho no serviço público (CRP-06, 1995; JACÓ-VILELA et al., 2001).

As mudanças nos modos de inserção da categoria deram origem ao que o Conselho Federal de Psicologia - CFP denomina de “novas áreas”, “atividades emergentes”, “novos fazeres” para o psicólogo, e remetem à nova realidade do exercício profissional. As práticas clínicas tradicionais, desenvolvidas em consultórios privados para uma clientela privilegiada, têm sido desde então alvo de críticas ao *status quo* da psicologia no Brasil (BOTOMÉ, 1979; SPINK, 1992).

A opção feita pela utilização da nomenclatura "Psicologia da Saúde" em vez de "Clínica" no estudo conduzido pelo Conselho Regional de Psicologia 6ª região (CRP-06, 1995), já aponta para uma reflexão sobre esta questão a partir da delimitação conceitual entre psicologia clínica e psicologia da saúde. É importante destacar que não estamos diante de dois campos mutuamente exclusivos, já que alguns estudos apontam para a possibilidade de movimentos inovadores no interior de áreas consolidadas, como é o caso da clínica (CFP, 1994; SPINK, 1992).

Muitos psicólogos reivindicaram na época que o fazer clínico fizesse parte da Psicologia da Saúde, porém este reconhecimento não é unânime entre os próprios psicólogos, que ainda hoje travam longos debates acerca da área de conhecimento em que melhor se situaria a psicologia, se na das ciências humanas ou das ciências da saúde. A divisão no campo da psicologia em diferentes áreas, cada qual com seu estilo próprio, parece arbitrária e controversa, se considerada a multiplicidade teórica e epistemológica da psicologia e sua interface com as demais ciências da área da saúde. Mais ainda, se considerarmos a complexidade da saúde como fenômeno multideterminado e a prática da psicologia sobre esta realidade em ambientes institucionais diversificados, exigindo novos enquadres que transcendam rupturas teórico-práticas e as distâncias entre as áreas da própria psicologia (ANGERAMI, 2002; NEME, 2003).

Psicologia e Saúde são indissociáveis, pois é impensável uma Psicologia que não esteja a favor da saúde. Portanto, a Psicologia da Saúde, inicialmente proposta como um novo ramo ou especialidade da psicologia, apresenta-se mais como um campo aberto à construção e à consolidação de uma prática integradora, atenta às demandas contemporâneas na área da saúde, podendo constituir-se como importante canal de interlocução transdisciplinar contribuindo à visão multifatorial do adoecimento, na humanização dos procedimentos nos serviços de saúde bem como nas relações entre profissionais e pacientes (ANGERAMI, 2002; NEME, 2003; SPINK, 2003).

Portanto é lançado ao psicólogo o desafio, em vistas dessa mudança de paradigmas no cenário da saúde, de desconstruir o que historicamente vem dificultando sua visão e atuação efetiva sobre a realidade social: as distorções teóricas, as práticas descontextualizadas e etnocêntricas, a psicologização dos problemas sociais e a reprodução das relações hierarquizadas de poder no âmbito institucional, na medida em que não estão capacitados para perceber as especificidades culturais dos sujeitos (MARTIN-BARÓ, 1997; BOTOMÉ, 1996).

Segundo Spink (2003) “(...) a formação recebida nos cursos de graduação e a forma de inserção do psicólogo no setor da saúde pouco contribui para a compreensão das formas e da dinâmica dos serviços de

saúde”. A formação em psicologia, por ser amplamente fundamentada na prática clínica não instrumentaliza o psicólogo a intervir a partir de uma visão mais integral dos sujeitos, atravessados por situações sociais, condições físicas e psíquicas tão diversificadas, complexas e adversas, como as que são encontradas nas instituições de saúde em geral, principalmente as de saúde pública, que atendem uma parcela da população mais desfavorecida.

Como afirma Rosalina Carvalho da Silva (1992):

há uma frequente desadaptação da prática psicológica nos níveis de atendimento que requerem ações que fogem ao modelo psicoterapêutico tradicional. Por identificar a prática psicoterápica como sinônimo de atuação clínica que o modelo único de atuação tem sido mantido e imposto aos diferentes níveis de atenção em saúde, sejam eles primários, secundários ou terciários. Isto é, independentemente dos tipos de serviços e de suas necessidades, a Psicologia tem em geral tentado exercer um único modo de atuar através dos atendimentos psicoterápicos de seguimento contínuo e/ou prolongado. Esse modelo, em geral privilegiado na formação profissional da área clínica, pode sem dúvida estar bem adaptado ao exercício em clínicas autônomas ou mesmo nas instituições públicas de caráter ambulatorial. Porém, será inadequado e até mesmo poderá tomar o lugar de outros níveis de atuações clínicas que se mostrem necessários em hospitais, centros de saúde etc. (SILVA In: CAMPOS, 1992, p. 21-2).

Figueiredo (1997) também atenta para a discrepância entre os pontos de vista dos psicanalistas e dos pacientes em relação à representação da doença, tratamento e cura, considerando ainda as diferenças socioculturais quando se trata de transpor o atendimento psicoterápico à população de baixa renda no serviço público. Segundo a autora, para contornar essa discrepância, há a necessidade de relativização de valores, concepções de subjetividade e causalidade psíquica por parte dos psicoterapeutas para que possam contribuir efetivamente aos atendimentos nos serviços de saúde públicos.

Diante desta desadaptação das práticas psicológicas aos serviços de saúde, o CFP vem propondo constantemente ao longo dos últimos anos questionamentos importantes a respeito das atividades profissionais tradicionais no âmbito da clínica individual e a busca por formas inovadoras de atendimento às demandas sociais. A construção de novos espaços e a emergência de práticas inovadoras, têm sido apontadas como caminhos

alternativos a serem trilhados por uma psicologia menos elitista e mais significativa do ponto de vista social (CFP, 1992, 1994; SPINK, 1992, 2003).

A urgência por práticas inovadoras em saúde, capazes de prestar um cuidado na sua dimensão complexa e transdisciplinar, exige um deslocamento das práticas instituídas nos serviços de saúde da lógica dos especialismos para a gestão de um cuidado usuário-centrado. Assim, a formação em psicologia por si só não é suficiente para justificar as limitações que o psicólogo enfrenta na instituição hospitalar. Antes mesmo de ser reconhecida como profissão no Brasil, a prática psicológica já era utilizada para auxiliar a medicina (ROMANO, 1999; JACÓ-VILELA et al., 2001; SPINK, 2003). Spink (2003) faz referência à reprodução das relações hierarquizadas, afirmando que estas se dão na forma de inserção do psicólogo no setor de saúde, pela falta de autonomia e pela subordinação ao médico.

Segundo Foucault (1979) a análise de poder é uma análise das relações, pois os sujeitos se relacionam uns com os outros segundo sua necessidade e possibilidade. Não só a prática da psicologia, mas a estruturação da maior parte do trabalho nas instituições hospitalares ainda hoje é fundamentada na visão e hegemonia biomédica (FOUCAULT, 1979; ANGERAMI, 2002; MERHY, 2003; NEME, 2003) instituindo a supremacia deste saber e a hierarquização das relações de poder entre os profissionais da saúde e destes sobre os pacientes na instituição hospitalar a partir desta lógica.

O cotidiano nos diversos pontos da rede de saúde, não só no ambiente hospitalar, instituiu-se como um território de disputa, tensionamento, no qual a psicologia é colocada num 'não-lugar', fazendo com que ela tome emprestado o saber de outras áreas, reproduzindo assim a lógica dos especialismos médicos, onde as perspectivas reducionistas e individualizantes do sujeito e a fragmentação dos saberes nas diversas especialidades se tornam um dos maiores propulsores dos trabalhos multidisciplinares no contexto hospitalar (ROMANO, 1999; ANGERAMI, 2002; CAPOBIANCO, 2003).

A partir da lógica dos especialismos, os atendimentos realizados pela psicologia no ambiente hospitalar ocorrem, na maioria das vezes, através das interconsultas, uma forma muito comum de inserção do psicólogo nas atividades hospitalares. Os pedidos de interconsulta aparecem em situações

de conflitos implícitos entre o paciente, o médico e a instituição e estes encaminhamentos entre profissionais da saúde são processos a serem compreendidos psicodinamicamente, abrindo um campo de investigação multidisciplinar (BOTEGA, 2006).

Reforçando a fragmentação dos saberes pela divisão do trabalho de equipe em atendimentos multidisciplinares, os profissionais 'psi' são chamados a intervir sob os aspectos emocionais do paciente. Enquanto o médico é aquele que tudo sabe sobre o corpo e a doença, o psicólogo é aquele que recebe a demanda daquele paciente que 'não tem nada' orgânico, tornando-se assim, um 'especialista do nada' (ROMANO, 1999; CAPOBIANCO, 2003). Afinal, poucos profissionais se arriscam a falar sobre as emoções, campo tão pouco objetivo que não garante nenhum saber consistente a respeito do paciente. Como consequência da 'hiperespecialização' identifica-se o problema da despersonalização do paciente como um agravante para o estado clínico do mesmo (ANGERAMI, 2001) e também para o desenvolvimento das ações em saúde.

A multidisciplinaridade, como apontado por Passos e Benevides (2000), é um diálogo entre profissionais mais identificados com tal ou qual disciplina, remetidos, na maior parte das vezes, a determinados especialismos. É um movimento de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, pela sua natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares. Ou ainda, de outra forma, o movimento de criação de uma zona de intercessão entre essas áreas, entendida como interdisciplinaridade. De ambas as maneiras, o que se tem como efeito é a manutenção das fronteiras entre as disciplinas, os objetos e os sujeitos desses saberes.

Dessa forma, os psicólogos nas instituições de saúde correm o risco de incorrer no erro de responder às demandas psi de forma 'medicalizante', classificando, quantificando e fechando diagnósticos. Para Foucault (1977), trata-se de participar de uma desdramatização do corpo e do sofrimento, quando a dor passa a ser um sintoma descritível, classificável e até controlável, perdendo qualquer dimensão que a ligue ao trágico. Segundo o autor, o especialismo funciona como um dispositivo de saber-poder difuso no tecido social visando a normatização e a disciplinarização dos corpos.

A partir da predominância do saber fragmentado que instaura um funcionamento dicotômico e hierarquizado na própria instituição, o usuário e seus familiares são postos no lugar daqueles que nada sabem sobre a doença, e o médico ocupa o lugar do saber, o que se impõe mais fortemente nas instituições públicas universitárias, por exemplo⁵ (CAPOBIANCO, 2003). Dessa forma, o usuário é privado de sua autonomia, do reconhecimento do saber e direito sobre o próprio corpo e da valorização da sua percepção sobre sua doença. Como conseqüência, teremos um usuário passivo no seu processo de tratamento, delegando toda a responsabilidade aos serviços e à equipe de saúde.

Se, pelo contrário, fosse considerada a perspectiva do usuário e não mais só a do médico ou de qualquer outro profissional da equipe sobre o seu processo saúde-doença, seria possível maior conscientização e protagonismo do próprio sujeito sobre sua experiência. Além de uma tomada de postura mais ativa diante do tratamento, essa mudança de paradigma por parte dos atores envolvidos no processo, possibilitaria aos profissionais e à instituição de saúde um confronto entre o significado social e o sentido pessoal do adoecimento dado pelo indivíduo (SPINK, 2003).

Segundo Merhy (2003) os usuários são portadores de um mundo de necessidades de saúde, podendo representá-las das mais variadas formas, devido sua diversidade e complexidade como indivíduos. Para lidar com esta complexidade, segundo o autor, o segredo é olhar e analisar cada situação real na sua singularidade, na maneira como o usuário constrói seu mundo e joga com os demais atores envolvidos no processo. No momento do encontro usuário-profissional de saúde, ambos atuando e jogando entre si, algo é produzido ali e deve-se estar atento a estes movimentos.

De acordo com Merleau-Ponty (1992):

Ao expor seu sofrimento, o paciente não apenas revela a sua dor, mas também a sua configuração de valores, ou até mesmo a maneira como toca tangencialmente o seu próprio universo perceptivo. Embora não possamos abarcar a totalidade de sua dor

⁵ Sobre esta afirmação da autora creio que caberia um estudo mais aprofundado acerca da relação desse fenômeno nas instituições públicas universitárias. Mesmo não sendo o objetivo deste estudo, não sendo então possível aprofundar a questão aqui, me parece relevante pensar se há diferenças e por que entre o saber produzido nas instituições públicas e nas privadas.

no dimensionamento daquilo que ele sente, ainda assim tenho como compreendê-lo em sua configuração de desespero. Torno esse encontro decididamente humano, onde a dor tangível na relação será aliviada, não apenas pela sua compreensão, mas também, e principalmente, pelo aspecto humano e humanitário que este encontro apresentará (MERLEAU-PONTY, 1992, p. 151).

Porém, presenciamos na atualidade, que o profissional da saúde que se envolve com a dor do paciente é praticamente alguém que destoa da totalidade dos atendimentos, onde praticamente faz-se uma redução drástica da pessoa a um simples sintoma. Ao fazer do paciente um fenômeno único, enfatizando sua individualidade e peculiaridade, estamos abrindo um espaço onde a condição humana estará preservada de maneira indissolúvel. O profissional de saúde será assim um catalisador que desencadeará uma modificação de atitude no paciente na medida em que, ao dar significado à sua condição humana, estará propiciando um ressignificado da doença e de suas implicações (ANGERAMI, 1998).

Considero importante apontar que essa posição 'ideal' do profissional de saúde não se dá sem algumas conseqüências, pois a dimensão integral do cuidado tem ressonâncias nos profissionais, que ao considerar a condição humana do paciente estará mais próximo da sua própria, na medida em que além de trabalhador da saúde pode vir a estar, ou já esteve, na condição de usuário. Talvez isso aumente a dificuldade de atingir essa posição ideal na atualidade. Pitta (1994) em sua pesquisa sobre o trabalho hospitalar, concluiu que a insalubridade ou penosidade desta atividade decorre da permanente exposição a um ou mais fatores produtores de doenças ou sofrimento, parte da própria natureza deste trabalho e de sua organização. As determinantes principais desse sofrimento que agem dinamicamente e eficientemente entre si e com outras, estaria no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro.

A fragilização destes [os pacientes] pela doença e pela dor tem ressonâncias, também, para a equipe de saúde que, ao prestar cuidados, inaugura um espaço de intersubjetividade nem sempre explicitamente reconhecido. Neste espaço, os membros da equipe são todos tocados - metaforicamente contaminados - pelas queixas e desejos que transitam nos interstícios da doença. O psicólogo fica, então, duplamente implicado: como membro da equipe -, e, portanto sujeito destas ressonâncias - e como principal depositário

dos incômodos que a todos atingem (SPINK In: MUYLAERT, 1995, 18).

Para Angerami (2003), se a dor está presente na pessoa do paciente, igualmente pode manifestar-se no profissional de saúde. A configuração de sofrimento e empatia com a dor do outro, não nos torna mais ou menos eficientes em nossa atuação profissional. Ao contrário, esta será muito mais ampla e profunda com a nossa condição humana sendo exercida em sua totalidade. A condição humana não precisa ser negada na prática profissional, nem ser transformada em algo disforme para que se tenha uma atuação profissional pautada pela razão. Segundo o autor, a humanização do trabalho em saúde pode ser alcançada através do resgate da empatia, sentimento que denota a própria condição de envolvimento do profissional com a doença e a figura do paciente, necessário na busca pela humanização. Porém, para ele, este sentimento não se ensina academicamente, a humanização do hospital seria um dos principais objetivos a serem alcançados pelo psicólogo na instituição hospitalar.

O funcionamento institucional fragmentado e dicotômico reflete na relação entre profissionais de saúde e usuários, e não se refere só à prática do psicólogo, mas também dos demais trabalhadores em saúde. A visão fragmentada, e muitas vezes reducionista do paciente, se configura como uma forma desumanizada de atendimento, negando a condição humana expressa na dimensão da totalidade dos sujeitos. A produção do cuidado que se configura no trabalho em saúde, pela interação entre equipes e usuários, serve também como analisador dos serviços e do próprio sistema de saúde (MERHY, 2003).

A urgência denunciada por esse tipo de funcionamento é a falta de integralidade nos processos do próprio sistema de saúde, que tem lacunas e problemas ainda sem solução e urgentes para a efetivação do SUS. A fragmentação dos processos de trabalho, das relações entre os profissionais, da rede assistencial, a falta de complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência, o desrespeito aos direitos dos usuários, a formação em saúde distante do debate e da formulação das políticas públicas, modelo de atenção centrado na queixa-conduta,

verticalização e burocratização do sistema público de saúde, entre outras, são entraves que dificultam a implementação do sistema (BRASIL, 2004).

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (2000), afirma que a saúde e o bem-estar das pessoas ao redor do mundo dependem muito do desempenho dos serviços de saúde, sendo que o Brasil está entre os países que apresentam menor equidade em saúde, segundo a OMS. Cabe ressaltar que esta avaliação baseou-se em cinco critérios: saúde integral da população, desigualdades em saúde, nível integral de resposta do sistema aos aspectos não-médicos (satisfação do paciente e avaliação do sistema), desigualdade entre a população (o modo como as populações de diferentes status econômicos são atendidas pelo sistema de saúde) e a distribuição do custo financeiro do sistema de saúde dentro da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), nas últimas décadas o Brasil conquistou alguns avanços em relação aos indicadores de saúde na infância, como redução da mortalidade infantil e diminuição dos casos de desnutrição, porém registrando um aumento na incidência de doenças crônicas. O Ministério da Saúde acrescenta ainda que essas influências epidemiológicas relacionam-se com a oferta de serviços e com a disponibilidade de recursos e critérios técnico-administrativos adotados pelo SUS.

A partir disso, o Ministério da Saúde mediante a Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002, atribuiu o crescimento da demanda nos serviços de Emergência e Urgência e sua sobrecarga, como resultantes do aumento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família – PSF, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), o que transforma estes serviços numa das áreas mais problemáticas do SUS.

Segundo a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2003), as transformações demográficas, sociais e econômicas pelas quais passa a sociedade brasileira causam impacto sobre as condições de vida e saúde da população, gerando novas demandas para os serviços de saúde. Os dados do Programa Nacional de Avaliação por Domicílio – IBGE (2003), em pesquisa nacional sobre o acesso e utilização dos serviços de

saúde pela população, apontam que 80% dos brasileiros têm um serviço de saúde de uso regular e que a porta de entrada ao sistema varia de acordo com a renda familiar, sendo que os mais jovens e com renda familiar mais baixa procuram mais os postos, centros de saúde e ambulatórios de hospitais. A atenção primária respondeu a 40% dos atendimentos realizados, registrando o aumento dos serviços de Pronto-Socorro e Emergência como de uso regular, o que é apontado como inadequado para este tipo de atendimento.

Dessa forma os serviços de Emergência acabam por funcionar como porta-de-entrada do sistema de saúde e não do hospital como seria desejável, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária, além das urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pouca resolutividade, que implicam em repetidos retornos e enorme reprodução de consultas de urgência. (ROMANO, 1999).

(...) por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares continuam sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. (...) No entanto, as urgências/emergências, seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo, menos para a integralidade (CECÍLIO, MERHY, 2003, p. 200).

Portanto, no cotidiano das Unidades de Emergência tornam-se mais claras as distorções nos níveis de atenção em saúde e na utilização dos serviços por parte dos usuários, tendo essas unidades assumido um papel social muito importante para a comunidade. Configura-se como um campo vasto para análise das práticas, das relações, dos serviços e do sistema de saúde, pois se caracteriza como uma grande sala de espera de todos os problemas sociais (ROMANO, 1999).

A noção de integralidade se dá como parte de um processo complexo,

que passa pela produção de ações de cuidado de saúde em práticas de/entre os indivíduos em interação nesse processo, surgindo nesse contexto como expressão de insatisfação com as formas concretas dessas práticas. A noção de integralidade surge de uma lacuna, de um vazio (CAMARGO Jr., 2003). Falar de urgência é, necessariamente, falar de desespero, da falta de condições de atendimento mais humano, mais abrangente e mais solidário (ANGERAMI, 1998).

A integralidade da assistência, um dos princípios que regem legal e moralmente as ações e serviços de saúde (Lei Orgânica da Saúde 1990) é entendida como a articulação entre ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A atenção integral, como escuta à vida, redimensiona e reconhece o processo da doença ou o sintoma como experiências vividas, que relatam uma forma de encontro com o mundo. A partir disso, qualquer fator patológico pode tornar-se fator de existência na medida em que as experiências vividas ensinam e inscrevem no corpo e pensamento aspectos culturais, sociais, maneiras de viver, de se relacionar, de cuidar, de produzir, de ensinar (CECCIM, CARVALHO, 1997).

Para enfrentar os desafios referentes à efetivação do sistema de saúde, após quinze anos da implementação do SUS no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização – PNH, através da Cartilha ‘Humaniza SUS’, como documento base aos seus gestores e trabalhadores. Neste documento, a humanização é colocada como falha básica e principal política a ser desenvolvida para efetivação do sistema, devendo ser adotada como política transversal, desenvolvida através de mudanças nos modelos de atenção e gestão em saúde. Entende por humanização a valorização dos sujeitos implicados no processo de saúde, usuários, trabalhadores e gestores do SUS (BRASIL, 2004). Pode traduzir-se pela dimensão do cuidado em atitudes de acolhimento e escuta dos usuários e de suas demandas.

A humanização enquanto política pública de saúde deve efetivar, no cotidiano das práticas, os princípios do SUS, na medida em que se compromete com modos de fazer, com processos de transformação e criação da realidade. Ela se concretiza através da transformação dos modos

dos sujeitos entrarem em relação, formando coletivos, o que ocorre quando se experencia a inseparabilidade entre as práticas de cuidado e gestão do cuidado (BENEVIDES, PASSOS, 2005). Portanto, é fundamentalmente relacional, rompendo com a lógica racional e reducionista 'doença-cura', exigindo a produção de afetos, a criação de conexões que sirvam como dispositivo para a criação de novas significações do cuidado, para a invenção de novos modos de fazer em saúde.

Acredito que não deve ser uma busca isolada dos psicólogos nas práticas de saúde, pois desta forma a humanização se apresenta como um 'conceito-sintoma', o que é muito comum na trajetória pela busca da humanização dos hospitais e serviços de saúde. Os psicólogos e gestores da área da saúde, muitas vezes incorrem em ações fragmentadas guiadas pela própria imprecisão e fragilidade do conceito. Dessa forma, a humanização adquire sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo e até mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado pela qualidade total dos serviços (BENEVIDES, PASSOS, 2005).

A fim de se evitar uma 'idealização do humano' é necessário redefinir o conceito de humanização partindo das experiências concretas, considerando o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experencia nos movimentos coletivos, exigindo um reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde (BENEVIDES, PASSOS, 2005). Orientados por esta redefinição da humanização, nos aproximamos do conceito de trabalho afetivo, que representa a constituição de comunidades e redes sociais nas práticas de saúde. O trabalho afetivo tem o potencial do biopoder, o poder de criação da vida, produção de subjetividades coletivas e de sociabilidade. Através da observação atenta da produção dos afetos e suas redes de produção em nosso trabalho, se constituem formas de vida (HARDT, 2003).

Para atingir o ideal de humanização nas ações em saúde, a Cartilha Humaniza SUS (BRASIL, 2004) propõe uma prática semelhante sob o conceito de Clínica Ampliada. A clínica ampliada é uma clínica centrada no sujeito, onde a escuta, a construção de vínculos e a atenção aos fluxos de afeto na relação trabalhador-usuário, são prioridades para que o profissional possa auxiliar efetivamente o usuário a desenvolver maior autonomia sobre

seu processo de saúde-doença, reconstituindo e produzindo a vida. O compromisso com a singularidade do usuário, com a responsabilidade sobre ele, com a ética, a busca pela transdisciplinaridade nas práticas e a capacidade de equilibrar as ações curativas com a produção de vida são aspectos fundamentais da clínica ampliada.

Considero o trabalho afetivo, a clínica ampliada, a humanização do cuidado, mais do que conceitos são práticas a serem desenvolvidas por todos os trabalhadores da saúde, e não como uma ‘especialidade’ da psicologia. Como bem expressa Mathilde Neder (1996) “(...) e de algum modo, pelos cuidados humanistas e humanizantes, todos e cada um dos profissionais da equipe estão sendo levados a praticar a psicologia (...)”. Nesse sentido, a contribuição da psicologia junto aos serviços, à gestão ou à formação em saúde, seria a de acolher e sensibilizar os demais atores engajados nas práticas de saúde, trabalhadores e usuários, investindo na produção de outras formas de interação entre eles. Afinal, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades e a si próprios nesse processo, fomentando seu protagonismo (BENEVIDES, PASSOS, 2005).

DESENVOLVIMENTO

A contribuição do psicólogo na Emergência é uma discussão complexa, há poucos trabalhos sobre a tarefa dos membros da equipe, a divisão de responsabilidades, bem como a possibilidade (em função de espaço físico e tempo) de práticas que integrem prevenção e assistência, ao invés de somente ações curativas (ROMANO, 1999) nesse contexto. Além disso, a legislação do SUS que rege os serviços de urgência/emergência⁶ não prevê a permanência de um profissional de psicologia exclusivo para essas unidades nos serviços de saúde.

Ao longo da experiência profissional, me deparei com as urgências da formação em psicologia, ao questionar a minha própria prática. Por diversas vezes questionei qual seria a possibilidade de atuação da psicologia em um

⁶ BRASIL. Portaria nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

contexto tão complexo e imprevisível, onde há predominância dos fatores orgânicos e sua prioridade de atendimento. Para o usuário que chega à unidade, o que é urgente e emergente num primeiro momento são suas necessidades básicas que precisam ser atendidas para garantir a sobrevivência (ANGERAMI, 1998).

Em função desses impasses procurei a enfermeira chefe da Unidade para realizar algumas combinações sobre a minha permanência e inclusão na equipe da Emergência. A falta de espaço e tempo também se tornou uma preocupação quanto à presença e aos atendimentos da psicologia na Unidade de Emergência.

Acho que é melhor quando o paciente já está na sala de observação, geralmente os pais estão ansiosos, mas a criança já recebeu os primeiros atendimentos (...) não sabem ainda o que vai acontecer, se vai ser liberado, se vai internar (...) nem a gente sabe.⁷

Nesta mesma ocasião, a enfermeira chefe me explicou o fluxo do paciente na Unidade, ou seja, os passos que percorre desde sua chegada na recepção da Emergência. Todos passam, primeiramente, por uma consulta com o médico da emergência, que avalia a necessidade do paciente naquele momento. O médico então determina se precisa de internação, se necessita realizar exames, se pode ser liberado ou se vai ficar em observação.

A psicologia, dessa forma, teria acesso aos pacientes que não fossem liberados após a consulta médica, ou seja, aqueles que precisassem ficar na sala de observação enquanto aguardavam exames ou internação. Segundo o relato da enfermeira chefe, este seria o momento mais adequado para o atendimento da psicologia, após o primeiro atendimento médico, durante a espera, que para ela, se configurava como um momento de ansiedade dos pais, pela incerteza do que estava por vir e pela espera de definição do quadro do paciente. Geralmente um momento de tensionamento também para os profissionais da equipe, que eram chamados a dar respostas mediante essa indefinição.

⁷ Flávia, 34 anos, enfermeira chefe da Unidade de Emergência, em conversa informal com a autora deste trabalho sobre sua inserção na Unidade, na sala da chefia da Emergência.

*...mas pra quê mesmo que tu vens aqui? É pra conversar com os pais dos pacientes?*⁸

O 'não lugar' da psicologia nas instituições de saúde é o lugar que necessita ser conquistado e construído a cada momento, sem incorrer no erro de atuar segundo a lógica reducionista dos especialismos, mas compondo e somando com as demais profissões na produção do cuidado integral. Seja pela formação tradicional dos cursos de psicologia, pela sua ausência habitual nas unidades de emergência ou pelo imaginário dos demais profissionais da equipe sobre nossa atuação. Tanto na fala anterior da enfermeira chefe, como na atitude de estranhamento dos demais profissionais da equipe em relação à minha presença na Unidade, representada nessa fala da técnica de enfermagem, percebe-se a relação direta do profissional de psicologia com aquele profissional que 'conversa' com os pacientes e familiares, aquele que está lá para driblar as situações adversas, de maior ansiedade e dúvida, nas quais a equipe não tem respostas a dar.

De acordo com o fluxo determinado pela Unidade, muitos pacientes são liberados após a consulta médica, reafirmando que os serviços de urgência/emergência, mesmo adquirindo a configuração de porta de entrada, seguem funcionando na base da queixa-conduta, o que produz repetidos retornos à Unidade (ROMANO, 1999; MERHY, CECÍLIO, 2003). Por essa lógica, aqueles que não apresentam sintoma realmente importante, segundo os critérios médicos, são liberados ou encaminhados de volta à rede básica. Nesse sistema caótico e desarticulado, muitos pacientes passam pelos serviços de saúde sem receber o cuidado completo, integral, muitos são tratados somente a partir do seu sintoma e depois mandados de volta para casa. Porém, chegar à Unidade de Emergência sem necessidade aparente, já se configura como uma falha no nível de atendimento primário.

⁸ Karen, 27 anos, técnica de enfermagem, no posto de atendimento da sala de observação da emergência, dirigindo-se à estagiária de psicologia autora deste trabalho.

*(...) sabe doutora, já que a senhora tá aqui conversando comigo vou contar (...) eu nunca conversei com uma doutora, com uma psicóloga (...)*⁹

Essa era uma urgência social extrema, além de denunciar a falência de atendimento primário, ou seja, a inexistência de programas de promoção e prevenção à saúde nas comunidades carentes. O paciente, um bebê de quinze dias de vida, chega à emergência por estar completamente tomado por feridas na pele, impetigo, causadas por escabiose. A mãe, que relata ter mais três filhos, está desempregada, não tem acesso a nenhum auxílio dos programas do governo federal, e cata latinhas para vender quando não tem o que dar de comer aos filhos. Moram em uma casa sem saneamento básico e sem nenhuma proteção aos agentes externos, como chuva, sujeira e animais. Além disso, a mãe relatou estar anêmica desde a gestação, não ter condições de comprar a medicação e apresentar sintomas típicos de depressão pós-parto. Sem contar que nunca havia realizado exames preventivos, como o de câncer de colo do útero. A questão que me coloquei foi de quem é a responsabilidade, em nível de atenção, quem se implica com a urgência dessa família? Como e com quem, com que serviço, com que profissional ou equipe se produz o vínculo essencial para o cuidado integral?

Esse foi um dos casos atendidos que mais me causou afecção na emergência, pois me colocou de frente à miséria humana e precariedade social em que vivem muitas famílias nas periferias e vilas da cidade. Mais ainda, porque o caso foi tratado, num primeiro momento, como negligência pela equipe, que chamou o Serviço Social, mas como a Assistente Social não foi encontrada pediram que a Psicologia atendesse. Diante disso me questionei também se há um lugar para a psicologia nos serviços de saúde e qual seria, pois na prática diária, não só das Unidades de Emergência, os familiares dos pacientes não são identificados como tendo depressão e a maioria deles não recebe qualquer ajuda psicológica. Diante da fala dessa mãe, fica claro que na rede básica também não existe esse cuidado. Ao discutir esse caso com a equipe, questionei de quem seria a negligência afinal, pois não foram dadas condições mínimas para que essa mulher

⁹ Andréia, 34 anos, mãe de um paciente de 15 dias, em atendimento com a estagiária de psicologia autora deste trabalho na sala de observação da Unidade de Emergência.

pudesse exercer sua função materna de forma satisfatória. Não possuía nenhuma rede de apoio, nem familiar, nem social, nem na rede de saúde, que pudesse ampará-la.

Neste mesmo atendimento, a urgência da desarticulação do sistema de saúde fica evidenciada, pois uma patologia simples, que poderia ser evitada através de condutas simples no nível de prevenção e promoção à saúde, chega ao seu extremo. A vida real dos serviços de saúde demonstra que conforme os modelos de atenção adotados, nem sempre a produção do cuidado está comprometida efetivamente com a cura e a promoção (MERHY et al., 2003). Essa desarticulação recai sempre ao usuário de saúde, que além de não receber os cuidados preventivos prometidos pela atenção básica, enfrenta filas e esperas intermináveis por atendimento nas Unidades Básicas e nos Centros de Saúde, indo parar nas emergências dos hospitais, onde muitas vezes não recebem atendimento esperado e são jogados de uma ponta da rede de saúde à outra, procurando pelo direito perdido, que deveria lhe ser garantido, o direito à saúde e a um atendimento digno.

*(...) essa lesão de pele não se trata aqui na emergência, e sim no posto de saúde, vamos encaminhar o bebê de volta pra lá (...)*¹⁰

Novamente o impasse sobre de quem é a responsabilidade, quem se implica com essa urgência? Qual é a urgência afinal? Deve-se primeiro escutar, cuidar e depois encaminhar, ou simplesmente encaminhar? A forma mais tradicional de se pensar o hospital no sistema de saúde é como referência em determinadas situações de maior complexidade e gravidade (MERHY, CECÍLIO, 2003). Porém só a maior resolutividade em nível primário poderá reduzir a demanda nos níveis de maior complexidade, o que denuncia também as políticas públicas e suas prioridades para os níveis de atenção. O usuário pode chegar com a sua representação das necessidades sob a forma de situações emergenciais e agudas, mas sempre estará no cenário como forma de apresentação das necessidades de saúde (MERHY et al., 2003). Esse fenômeno tão observado pode ser encarado como uma estratégia intuitiva das pessoas na busca da integralidade. Um sintoma que

¹⁰ Silvia, 24 anos, médica residente, em atendimento com a mãe do paciente na sala de observação da Unidade de Emergência.

os serviços deveriam examinar a fim de inventar novos dispositivos e novas formas de escuta para tais ruídos. Um bom ponto de partida seria a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgência (MERHY In: PINHEIRO, MATTOS, 2003).

A gente tenta (...) eu até tento fazer um acolhimento, mais no sentido de saber se o familiar quer telefonar pra alguém, avisar que está aqui, porque a maioria veio às pressas e não sabe se vai ficar, pode precisar de alguma roupa ou comida.¹¹

Nesta fala da enfermeira, o acolhimento, um dos desdobramentos do princípio da integralidade na assistência, básico para a efetividade de um cuidado humanizado, é totalmente despido de seu sentido maior de vínculo e empatia com a dor do outro. É tomado como uma prática, literalmente, objetiva e vazia de significado. Como justificativa, a falta de tempo e espaço no contexto da emergência para tal cuidado, mas percebe-se no cotidiano da Unidade que quem mais precisa de acolhimento são os pais, os familiares da criança que chega doente, e essa escuta, esse olhar, pode ser dado a qualquer momento, em qualquer cantinho, no meio do corredor, na porta de entrada da emergência, na sala de espera e, mais importante, por qualquer profissional da saúde.

O acolhimento como etapa do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos. Os encontros e desencontros nesta etapa, ao gerar ruídos e estranhamentos para um olhar analisador dos profissionais da equipe, podem revelar novas linhas de trabalho, novas possibilidades, permitindo a introdução de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida (MERHY et al., 2003). A problemática do acesso aos serviços traduz uma progressão do foco de tensionamento que vai da quantidade de portas de entrada ao problema da qualidade dessas portas, assinalando a migração do foco de tensionamento para dentro dos serviços, mais exatamente onde a relação com o outro se estabelece (TEIXEIRA, 2003).

¹¹ Paula, 35 anos, enfermeira da Unidade de Emergência, em conversa informal com a estagiária de psicologia autora deste trabalho, na sala da Chefia de Enfermagem da Unidade.

Essa urgência, além de fazer parte da formação profissional, está ainda mais relacionada a um suporte pessoal a ser instituído nos serviços de saúde. Cabe também aos gestores do SUS uma articulação mais direta com os serviços privados, a fim de garantir a educação permanente prevista nas diretrizes operacionais referentes aos recursos humanos direcionados ao trabalho em saúde dentro do sistema, denunciando também ser uma urgência do SUS e dos serviços de saúde. Embora as instituições privadas estejam amparadas por lei¹² para realizar serviços complementares de saúde ao SUS, também devem cumprir com suas normas e diretrizes. Porém, não costumam seguir os princípios básicos do sistema de saúde (BOTEGA, 2006).

Sabe-se que no trabalho hospitalar o contato com o sofrimento e a dor do outro fazem parte do dia-a-dia, e numa Unidade de Emergência, a iminência da morte, o contato com as misérias humanas e sociais estão ainda mais presentes. Portanto, o atendimento integral e humanizado torna-se ainda mais difícil e penoso de ser realizado. A Unidade de Emergência exige agilidade de raciocínio, prontidão de conhecimento, pois sempre se está esperando o desconhecido. Por outro lado, faltam condições para o atendimento adequado, muitas vezes não há vagas que possibilitem a continuidade do atendimento, os pacientes tomam o lugar uns dos outros, procurando inadequadamente o serviço. Na dicotomia em que se encontra o profissional, por um lado, a tecnologia a seu dispor e, de outro, o confronto com a extrema fragilidade daquele que sofre e que também o remete à sua própria transitoriedade e impotência, a urgência maior passa a ser a orgânica, e essa é a que causa menos ressonância no profissional.

Ah, a gente precisa mesmo de alguém da psicologia aqui (...)!¹³

Nesta fala da profissional, pude sentir um pedido de ajuda, não só em relação ao atendimento dos pacientes, mas expressando também o sentimento da equipe, sua necessidade de amparo, escuta, de um olhar

¹² BRASIL. **Lei Orgânica da saúde/ 1990.**

¹³ Maria, 25 anos técnica de enfermagem, em conversa com a estagiária de psicologia autora deste trabalho e com os demais profissionais de enfermagem que se encontravam no posto de atendimento da sala de observação da Unidade de Emergência.

sobre si mesmo e suas dificuldades cotidianas na Unidade. Nesse sentido a contribuição da psicologia pode ser efetiva ao proporcionar um olhar e uma escuta, não só ao sofrimento dos usuários que chegam à emergência, mas aos profissionais de saúde que ali estão lidando com todas essas questões de dor e sofrimento, o que irá conseqüentemente contribuir para a relação entre os profissionais da equipe e na relação trabalhador-usuário.

Alguns casos pontuais que vivenciei também servem de exemplo para representar as dificuldades que os profissionais da equipe enfrentam no dia-a-dia do trabalho administrado nos momentos de maior fragilidade e vulnerabilidade humanas. A psicologia nas Unidades de Emergência é chamada através das interconsultas, assim como nas demais unidades hospitalares onde não há um profissional psi atuando de forma sistemática. Foram nessas situações, quando fui chamada para realizar os atendimentos, que pude perceber e experienciar as dificuldades de lidar com as situações que se configuravam como as mais difíceis de serem enfrentadas pela equipe na Unidade.

Um dos mais significativos nesse sentido foi de um casal que veio do interior do estado com seu bebê recém-nascido portador de malformações múltiplas. Assim que chegaram à emergência fui chamada para atender os pais. Quando ingressei na Unidade, antes de atendê-los, fui conversar com as técnicas e enfermeiras que estavam no posto de atendimento da emergência. Pude perceber o mal-estar da equipe diante daquela situação, mas só tive a real dimensão ao adentrar na sala de observação onde se encontravam os pais e o bebê. A má-formação craniana e facial me causou um impacto intenso, embora não fossem as únicas. Assim como os demais profissionais, inclusive médicos, eu nunca havia me deparado com algo tão ressonante. Os pais, que sabiam da má-formação desde a gestação, pareciam estar mais familiarizados com a situação, além de possuir um suporte religioso importante para enfrentar aquela adversidade.

Enfim, quem precisava de amparo e suporte para lidar com aquele caso, eram os profissionais, o que pude perceber não só pela atitude da equipe, mas através das minhas próprias sensações diante da situação, como parte da equipe. Portanto, não só aos pais um recém-nascido malformado suscita reações psíquicas conflitivas. A própria equipe de saúde

vivencia uma gama de sentimentos contraditórios (ANGERAMI, 1998). Outros casos que causam ressonâncias importantes desse tipo na equipe são os de diagnóstico de doenças graves e letais em crianças, como por exemplo, o diagnóstico de tumor cerebral inoperável em uma menina de oito anos, que acompanhei na emergência. Esse caso gerou um sentimento de impotência e pesar muito intensos na equipe, por não saber o que fazer, o que dizer aos pais naquele momento. Assim, um outro lugar possível para a psicologia na emergência é, sem dúvida, o cuidado com a equipe de saúde, que vive intensas situações de estresse no cotidiano desse contexto.

Ela chegou aqui com dores difusas (...) no peito, na barriga, nas pernas, falta de ar (...) já fizemos todos os exames e ela não tem nada (...) clinicamente já pode ser liberada, mas a avó não aceita que ela vá pra casa assim.¹⁴

Os casos de sintomas ou dores difusas, para as quais não é encontrada nenhuma causa orgânica, são muito comuns na emergência pediátrica. Alguns deles exigem internação para uma investigação mais completa, mas outros podem ser sanados pelos exames realizados na própria Unidade de Emergência. A fala da médica explicita sua dificuldade em lidar com os aspectos emocionais da paciente e com a familiar que a acompanhava, precisando delegar esse 'saber' a quem, na sua opinião, melhor ou mais facilmente poderia lidar com ele. Para esses casos, mais comumente são pedidas interconsultas da psicologia.

Mais do que isso, esses casos evidenciam também a questão de que somente aquilo que é comprovado e quantificado através de exames e tratável por meio de medicação, é passível de confiança e aceitação, não só para o médico, mas também para o paciente, nesse caso para o familiar. Formou-se nos serviços de saúde, entre trabalhadores e usuários, um imaginário que faz uma ilusória associação entre qualidade na assistência e insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas (FRANCO, JÚNIOR, 2003).

¹⁴ Vanessa, 29 anos, médica residente, relatando o caso à estagiária de psicologia autora deste trabalho, ao solicitar interconsulta da psicologia, na sala dos médicos na Unidade de Emergência.

Questões emocionais importantes relacionadas ao desenvolvimento, sua rotina e seus vínculos na escola e na família, por exemplo, constituem fato analisador característico desse tipo de patologia e muitas vezes são sequer considerados. Alguns profissionais, pouco preparados pela sua própria formação, baseados na lógica dos especialismos e reforçada pela institucionalização, têm dificuldade em conversar com o paciente ou familiar considerando os fatores subjetivos e os aspectos psicológicos que podem estar implicados, na maioria das vezes delegando essa função ao psicólogo quando poderiam ouvir, escutar essa queixa de outro lugar, de outra forma. O psicólogo muitas vezes aceita esse lugar, toma para si essa 'especialidade', enquanto poderia evidenciar a importância desses aspectos, permitindo que cada um e todos os demais profissionais da equipe direcionem um pouco mais seu olhar e emprestem sua escuta a esses ruídos que tanto podem dizer do paciente, de sua doença, de sua história e de sua dinâmica familiar. Dessa forma evidencia-se a urgência na formação dos profissionais da saúde em relação a uma escuta e uma atuação transdisciplinar, capaz de identificar e atender a urgência que se apresenta, mesmo que, na maioria das vezes, implícita.

Dessa forma, estando todos os profissionais da equipe mais atentos a multifatorialidade do processo saúde-doença, podem prestar uma assistência mais integral e humanizada aos usuários, aproveitando melhor o momento em que estes passam pelo serviço. Às vezes em apenas um encontro, o que é comum nas Unidades de Urgência/Emergência, se os trabalhadores centram sua atenção no usuário, prestar um atendimento é muito mais eficaz, independente do tempo, do espaço ou da sua própria especialidade. Tomar o atendimento com maior responsabilidade pode garantir maior resolutividade, compartilhando com o usuário, escutando sua queixa de outro lugar e dialogando com ele, a fim de constituir o cuidado usuário-centrado.

3 CONCLUSÃO

Ao identificar as urgências, torna-se evidente a necessidade por mudanças na formação em saúde, na articulação entre os níveis de atenção do SUS, no funcionamento das instituições e serviços de saúde e, principalmente, na assistência prestada ao usuário, que acaba sendo a urgência maior, pois é quem mais sofre com toda essa desarticulação.

As possibilidades de atender às urgências apresentadas no dia-a-dia do trabalho em saúde se tornam impossibilidades na medida em que outras urgências não forem solucionadas. A urgência do Sistema Único de Saúde, como política social e sua efetiva implementação, é a urgência de um sistema em constante (re) construção, a ser tecido com a contribuição de todos os atores envolvidos, a cada intervenção, a cada encontro entre usuários e trabalhadores, por cada instituição, cada serviço de saúde, cada sujeito implicado nos processos de gestão, formação e cuidado. Para garantir a efetiva integralidade nos processos, no cuidado, na assistência à saúde, tão reivindicada pela população e pelos idealizadores do SUS, são necessários o protagonismo, a implicação e a participação de todos, dos próprios usuários, gestores, trabalhadores de saúde, políticos e sociedade.

A urgência na formação em saúde deve ser encarada não só como a inclusão, ainda incipiente nos currículos, de disciplinas referentes ao SUS, mas como formação para a saúde, formação transdisciplinar, educação profissional em defesa da vida, não só para o SUS. Acredito que a forma mais eficaz para atingir a integralidade na assistência, seja a integração entre ensino e modos de fazer em saúde. A formação em saúde se dá na medida em que se experencia e se vive em ato os encontros com usuários e trabalhadores do SUS, vendo e vivendo a realidade do sistema de saúde. As sensações de quando nos implicamos, quando servimos de caixa ressonante, catalisadores, quando nos permitimos estar efetivamente presentes como sujeitos na relação com/entre os pacientes, muitas vezes não encontram sentido na palavra nem na ação embasada pelo saber, pelo conhecimento, mas emergem e constituem então sentidos outros, devires, construções de algo que não se podia sentir, ou não se sabia que podia.

Aprender com a experiência é, sobretudo, fazer daquilo que não somos, ou não nos permitirmos, mas podemos ser.

Para tal, há de se atentar para a urgência da humanização e integralidade do cuidado, ampliando a escuta e o olhar na direção de intervenções cada vez menos fragmentadas, não no sentido de desvalorizar as diferenças entre cada especialidade, e sim de valorizá-las em sua especificidade, deixando-se atravessar por outras possibilidades do fazer em saúde, possibilitando aberturas e parcerias, tendo em vista a criação de práticas que facilitem os processos de singularização de usuários e profissionais. Nesse sentido, torna-se urgente também a ampliação do campo de atuação não só da psicologia, mas também das demais áreas da saúde, para que processos de efetivação e implantação das políticas públicas em saúde, seja na formação, na gestão ou no cuidado, ainda carentes de uma visão produtora de afetos, se faça nos encontros entre as subjetividades de profissionais e usuários no dia-a-dia do cuidado em ato.

As questões que me surpreenderam, me inquietaram, me levaram a *de-compor* o que via, ouvia e sentia, buscando uma nova *com-posição* da urgência, constituindo um lugar possível e propositivo para a psicologia na emergência. O foco do cuidado, a partir da urgência, como apresentado aqui, poderia ser pensado em qualquer outro ponto da rede, pois todo o fazer em saúde deve ser centrado na dimensão do cuidado integral, humanizado, produtor de vínculos, de vida, o cuidado usuário-centrado. Ao tomar a questão da emergência pediátrica como se constituiu na minha prática de estágio, não só como a apresentação de urgências médicas, mas como possibilidade de identificar outras urgências diluídas na rede de saúde, penso ser possível um lugar para a psicologia, onde através de um cuidado compartilhado com a demais profissões se atendam, se entendam efetivamente as urgências ali presentes.

*(...) que bom te encontrar aqui (...) sabe que o Bruno teve uma crise convulsiva hoje, mas eu briguei com o pai dele ontem e ele ouviu (...) eu precisava mesmo conversar com alguém (...)*¹⁵

¹⁵ Vera, 39 anos, mãe de paciente, sendo atendida pela estagiária de psicologia na sala de observação da emergência enquanto aguardava a liberação do paciente.

Nessa fala, percebe-se que os encontros, mesmo sendo únicos como em uma unidade de Urgência/Emergência, podem ser capazes de transformar, de acessar as forças que constituem a vida, oportunizar rupturas, torná-las potências através das quais os sujeitos podem se (re) constituir, na medida em que nos implicamos em fortalecê-los e auxiliá-los no processo de transformar sua dor em formas de aprendizado da autonomia, crescimento pessoal e apropriação do sentido subjetivo de sua dor. E assim, fazer um sistema de saúde que esteja a favor dos sujeitos, usuários e profissionais, protagonistas desse cenário, de suas histórias de vida... afinal, *produzir saúde é produzir sujeitos*.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. (org.); CHIATTONE, Heloísa B. C., SEBASTIANI, R. W.; FONGARO, M. L. H.; SANTOS, C. T. **E a Psicologia Entrou no Hospital...** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. (org.) **Urgências Psicológicas no Hospital.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1998.

_____. **Psicologia da Saúde:** um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2002.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. (org.); CHIATONI, Heloísa B. C.; MELETI, Marli R. **A Psicologia no Hospital.** 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2003.

BENEVIDES, Regina B.; PASSOS, Eduardo. **A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. v. 16, n. 1, jan./abr. 2000.

_____. **Humanização na saúde:** um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação. v. 9, n. 17, mar./ago. 2005.

BOTEGA, Neury J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral:** interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOTOMÉ, Silvio P. **A Quem Nós, Psicólogos, Servimos de Fato?** Psicologia. 1, 1-16, 1979.

_____. **Serviço à população ou submissão ao poder:** o exercício do controle na intervenção social do psicólogo. Estudos de Psicologia. 1. (2), 173-202, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Brasília, DF, 2007; **Lei Orgânica da Saúde - nº 8080, de 19 de Setembro de 1990.** Dispõem as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 20 de set. de 1990. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001.** Brasília, DF. **Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, de 12 de novembro de 2002. **Política Nacional de Humanização (PNH).** Cartilha Humaniza SUS. Brasília, DF, janeiro de 2004. Disponíveis em <www.saude.gov.br> Acesso em: 27 mar. 2007.

CAPOBIANCO, M. S. Cristina. **O Corpo em OFF: a doença e as práticas psi na pediatria hospitalar.** São Paulo: Liberdade, 2003.

CECCIM, Ricardo B.; CARVALHO, Paulo R. A. (orgs.) **Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: UFRGS, 1997.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Notas cartográficas sobre Escuta e Escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. (p. 253-66) In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

CECCIM, Ricardo B.; PINHEIRO, Roseni. Experenciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. (pg. 13-35) In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006.

CONSELHO Federal de Psicologia. **Psicólogo Brasileiro: Construção de novos espaços.** Campinas: Átomo, 1992.

_____. **Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a profissão.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

CONSELHO Regional de Psicologia. 6. Região. **Psicologia: Formação, atuação profissional e mercado de trabalho (Estatísticas 1995).** São Paulo: Autor, 1995.

DONNANGELO, Cecília. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

FAGUNDES, Sandra M. S. **Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde**. 2006. 244f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FIGUEIREDO, Ana C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FOUCAULT, Michael. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **As Palavras e as Coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FUNDAÇÃO Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD 2003**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 07 abr. 2007.

HARDT, Michael. O trabalho afetivo. (p. 143-57) In: GUATTARI, Felix; LEVY, Pierre; VIOLA, Bill et al. **O Reencantamento do Concreto**. Cadernos de Subjetividade. São Paulo: Hucitec, 1998.

JACÓ-VILELA, Ana M.; CEREZZO, Antônio C.; RODRIGUES, Heliana de B. C. (orgs.). **Clio – Psyché Hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

MATTOS, Rubem A. Integralidade e a formulação de políticas específicas em saúde. (pg. 45-59) In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem A. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MARTIN-BARÓ, I. **O Papel do Psicólogo**. Estudos de Psicologia. 2. (1), 7-27, 1997.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson E.; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim (MG). In: MERHY, Emerson, E.; MAGALHÃES Jr., Helvécio M.; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderley S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, Emerson E.; CECÍLIO, Luiz C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. (p. 197-210) In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **O Visível e o Invisível**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

NEDER, Mathilde. O papel da psicologia e psiquiatria no atendimento do paciente com dor. Palestra, 1996 In: NEME, Carmem M. B.; RODRIGUES, Olga M. P. R. (orgs.). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

NEME, Carmem M. B.; RODRIGUES, Olga M. P. R. (orgs.). **Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares**. São Carlos: Rima, 2003.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. **Relatório Anual da OMS 2000**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 07 abr. 2007.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

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

SILVA, Rosalina C. A formação em psicologia. In: F.C.B. Campos (org.). **Psicologia e Saúde - Repensando as Práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

SPINK, Mary J. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

_____. Psicologia da saúde: A estruturação de um novo campo de saber. In: F. C. B. Campos (org.), **Psicologia e saúde: Repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. In: MUYLAERT, Marília A. **Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral**. São Paulo: Escuta, 1995.

STRAUB, Richard. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

TEIXEIRA, Ricardo R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. (p. 89-111) In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. (orgs.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo M. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. São Paulo: Vozes, 2003.