

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE INTERVENÇÕES EXPERIMENTAIS DE UM PSICÓLOGO EM FORMAÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)

Pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região de Campinas - SP

2018

Alan Ferreira dos Santos

Formado em Psicologia (Psicólogo) pela Universidade Paulista (UNIP)-(Bolsista ProUni/2014-2019).
Aprimorando em Neuropsicologia Geriátrica (2019-) pela UNICAMP pelo Departamento
de Psicologia Médica e Psiquiatria, atuando no Ambulatório de Psiquiatria Geriátrica e Neuropsiquiatria

E-mail de contato:
alanfs1995@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho visa expor descrições de práticas experimentais desenvolvidas numa Unidade Básica de Saúde (UBS). A princípio, desenvolvemos Acolhimentos em Saúde Mental que visaram promover um suporte que pudesse se situar como paliativo imediato das problemáticas trazidas, visando diminuir as demandas da fila de espera por atendimento psicológico. Nos propomos a fazer uma breve exposição dos acolhimentos, juntamente com a descrição destes, como também das intervenções. Intenciona-se, assim, transmitir experiências que possam servir como sugestivas de prática para outros profissionais. Em um segundo momento, utilizamos o dispositivo da Análise Institucional para compreendermos o funcionamento da instituição em sua organização e dinamismo. Já em outra situação destacamos o meio pelo qual o psicólogo se insere na instituição. Elencamos o conceito de Trabalho Pré-Psicológico, Campo Psicológico, Transferência Possibilitativa e Espaço de Trabalho, como norteadores da prática psíquica.

Palavras-chave: Psicologia da saúde, psicologia e saúde coletiva, saúde coletiva, saúde pública.

Copyright © 2019.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



INTRODUÇÃO

Os acolhimentos em saúde mental se configuraram por meio da demanda apresentada. O setting se constituía de acordo com a problemática exposta e da personalidade atuada do paciente. Para toda solicitação havia um modo específico de agir e este emergia em consonância com o aparecer dos atributos psicológicos eliciados na relação.

Essa forma de interação é proposta por Bleger (1998), em que, o espaço terapêutico ou da entrevista deve ser preenchido com a personalidade e todos os processos psíquicos atuantes, só a partir daí que as respostas clínicas devem ser produzidas. Assim, as intervenções clínicas só seriam passíveis de validade, caso fossem feitas com base numa fenomenologia e numa Gestalt interacional, antes disso, poderiam ser classificadas como intervenções “enquadrantes”.

Esse modo de operação clínica permitiria a flexibilidade interventiva, na qual o psicólogo estaria habilitado a observar, coletar os dados e selecionar dentro do seu repertório de ferramentas, à mais adequada, que seja a menos dispendiosa e mais eficiente possível. O elemento da administração e gerenciamento de recursos passa ser característica necessária e imprescindível ao psicólogo que pretende exercer atividades na área da Saúde Pública.

O psicólogo deve estar constantemente atento ao que acontece na instituição. A instituição é constituída por pessoas e essas têm conflitos, nada mais lógico do que a instituição deter conflitos também em sua organização. Esses elementos da Psicologia Institucional que Bleger (1984) nos legou são essenciais para identificação das necessidades dos indivíduos e da própria instituição. Lourau (1996), expoente da Análise Institucional nos fez perceber a dialética permanente entre o instituído, o instuinte e a instituição, que são conceitos fundamentais para a apreensão da realidade institucional.

Deleuze e Guattari (2011) nos mostra como podemos agir com base nos preconceitos e como esses podem ser perpetuar em nosso trabalho. Suas lições sobre o fluxo da realidade e o incessante

devir nos revela como o campo de ação do psicólogo pode ser um espaço de criação e de encontros potenciais, como também de desconstrução e desenraizamento de noções cristalizadas. Ambos suscitam e estimulam uma posição fenomenológica, que seja crítica em relação aos fenômenos que se apresentam, em uma perspectiva que se possa aperceber ao psicólogo o quê do fenômeno é seu e o que não é.

Enfim, ressaltamos que esse estudo teve como base uma prática que fosse o máximo possível desprendida e o máximo possível experiencial-vivencial, de maneira que permitisse aos fenômenos se apresentarem em sua própria lógica e que pudessem serem respondidos de acordo com suas especificidades e características, de modo que não fossem deformados no processo apreensão por uma racionalidade pré-formada.

ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL

Acolhimento em grupo de July de 32 anos e com os seus dois filhos, Bailly de 12 anos e Lucky de 8 anos.

B. apresenta sofrimento por antecipação diante de situações desconhecidas, como ir ao médico e dentista. Neste último passou a ter uma reação fisiológica de ânsia de vômito quando estimulada no palato. Tem dificuldades em se expressar emocionalmente e de vez em quando sente um mal-estar acompanhado de uma tristeza. Diz ter constantemente sentimentos de raiva e que este é ocasionado pelo o irmão mais novo que lhe dirige chacotas. Sente-se paralisada frente ao seu irmão, pois não consegue reagir às suas injúrias, por sua vez os afetos ocasionados por este, acumulam-se, aparecendo abruptamente. A maioria dos seus afetos são retidos, principalmente àqueles que revelam suas emoções de dependência em relação à sua mãe e de saudades em relação ao pai. Sente uma carência, apesar de não a expressar de modo verbal e comportamental. Na escola tem notas significativas, gosta de ciências, artes, história e geografia. Hipotetizamos que o seu desenvolvimento socioemocional está comprometido por conta do âmbito familiar - ausência de mãe por conta do trabalho e de uma figura paterna que seja à representação simbólica da autoridade e da sexualidade masculina – contudo, percebemos processos sublimatórios em específico na sua capacidade de intelectualização, apresentando elevado grau de sofisticamento de suas capacidades cognitivas, no caso da memória e da aprendizagem rápida. Aparenta gostar do ambiente escolar,

sentindo-se confortável e segura, diferente do espaço familiar que se sente retraída e desconfortável em alguns momentos.

L. constantemente quebra os seus próprios brinquedos e apresenta não sentir nenhuma forma de remorso e culpa por isto. Não obedece a autoridade materna-paterna e desacata suas ordens, na escola isto não ocorre, parece ser específico apenas do âmbito familiar. Está tendo dificuldades de aprendizagem, se encontrando na 3^o série e estando no estágio silábico da alfabetização. Demonstrou sentimentos de abandono, manifestando eles em direção à sua mãe quando lhe dei à palavra perguntando: como é sua relação com sua mãe? Ao qual respondeu “*É péssima. Você não me leva para sair, sempre quando é de tarde não me leva, não faz nada comigo*” [SIC]. A mãe por sua vez envergonhada repreendeu à criança, explicando que trabalhava e que nos finais semana sempre está ao lado dela. L. não consegue identificar às suas emoções e sempre quando quebra algum brinquedo justifica o seu ato com respostas sem fundamentação lógica, como “*Eu coloquei o carrinho debaixo do pé da cama e soltei, por que eu queria rebaixá-lo*” [SIC]. Disse também “*Eu não rabisco às paredes, na verdade alguma outra pessoa que o faz*” [SIC]. Sua mãe confirmou que seu namorado é pintor e jamais rabiscaria às paredes que ele próprio pintou e que sua irmã estuda no turno da tarde e ela trabalha à noite, sempre quando ocorre os rabisco é em momentos na onde o garoto está sozinho, portanto ele mesmo rabisca e desloca à responsabilidade de suas ações para outras pessoas de maneira que possa produzir o comportamento de agredi-las e puni-las por seus supostos delitos. Talvez essa seja uma maneira que encontrou de manifestar sua agressividade.

Em um segundo encontro July nos trouxe a queixa de ter dificuldades em se expressar emocionalmente e em específico em transmitir sentimentos de ternura para os seus filhos e esposo. Disse que viveu em um ambiente onde a mãe sempre foi “*Durona*” [SIC] e que “*nunca expressou carinho ou disse que amava, além de me abraçar pouco. Sempre disse a mim mesmo que seria diferente dela, no entanto hoje vejo que estou fazendo a mesma coisa com os meus filhos. As pessoas dizem que sou autoritária com eles e que sempre fico pedindo para eles fazer isso ou fazer aquilo*” [SIC].

Relatou que quando abraça os seus filhos emerge uma sensação estranha “*é estranho abraçá-los*” [SIC]. Juliana nesse momento começa a chorar copiosamente dizendo “*Eu sinto muitas coisas dentro de mim*” [SIC]. Pergunto a ela o que sente e ela diz “*Sinto muito amor, sinto amor, mas não consigo demonstrar para os meus filhos. Eles são os meus filhos e quero que eles saibam o que sinto*” [SIC]. Digo para J. que caso ela queira realizar isto, um bom exercício preliminar seria ela começar a mostrar o que existe dentro dela para os seus filhos, inclusive o fato de que ela chora, se entristece, sente raiva e saudades. Ela fala “*Eu sempre me coloco numa posição de forte como se nada estivesse acontecendo*” [SIC]. Digo a ela que ela é uma mulher forte, mas que nem por

isso deveria agir sempre como se nada estivesse acontecendo, pois ela é aquilo que se passa dentro dela e aquilo que se passa dentro dela é exatamente isto que ela me demonstra nesse exato momento e digo: sentimentos.

Aos poucos ela para de chorar e eu passo a dizer a ela sobre alguns elementos do desenvolvimento infantil na dimensão afetiva. Digo à ela que é importante que se expresse emocionalmente diante dos seus filhos, pois às crianças tendem à repetir aquilo que os pais fazem através de um processo de imitação e ela diz *“por hábito, eu sou o que sou, por que me habituei à um ambiente na minha casa, com minha mãe, que não tinha proximidade e nem demonstração de amor. É por isso que hoje tenho essa dificuldade e também os meus filhos estão começando a fazer o mesmo. Estão sempre quietos e quando tristes nunca dizem nada. Ficam tristes, mais guardam para eles”* [SIC].

Confirmo a sua ideia através do balançar da cabeça. Apontando que penso ser exato o que diz. Digo a ela que ela pode iniciar à sua transformação aos poucos e pode iniciar através da emissão de comportamentos de se expressar, uma vez que é sua vontade se contatar intimamente com sua atual família. Ela sorri com isso – nesse momento tenho a impressão de que ela gostou da ideia -. Prossigo dizendo que ela pode inclusive caso queira também, além de expressar os seus sentimentos, dizer o porquê de estar com tal sentimento. Dizer por que está triste, por que está alegre, por que está irritada e assim por diante. Sugiro a ela que inicie com o seu esposo, visto que observei uma exigência por parte dele, dela se abrir muito pouco. Ela diz que confia no esposo e que realmente às vezes ele exige isto dela e que tenta corresponder às expectativas dele, às vezes consegue, às vezes não.

J. fala que faz mais ou menos dois anos que deixou sua filha morando na casa de sua mãe - justamente à mulher que tanto se queixou nessa sessão, dizendo que esta nunca expressou carinho e amor por ela -. Pergunto a ela o que pretende fazer, posto que quer se expressar e ter contato íntimo com sua filha. Indago como fará isto estando a filha na casa de sua mãe. Ela diz *“Irei buscá-la para morar comigo. Todos os dias eu passo na casa da minha mãe para ver minha filha. Só deixei ela lá por que era mais próximo da escola”* [SIC]. Pergunto se ela terá dificuldades em operacionalizar isto, no sentido de levar para escola sua filha e ir trabalhar, no que ela retruca dizendo *“Já pensei nisto e dará certo”* [SIC]. Digo para ela que seria difícil dela mudar sua relação com sua filha sendo que está morando com sua vó e não com ela. Ela balança a cabeça, demonstrando concordar com o que digo.

Digo para ela duas observações clínicas que havia identificado na semana anterior quando fiz o acolhimento em grupo de seus dois filhos e com ela. A primeira observação que digo a ela, é

que sua filha B. tem comportamentos que só são expressados quando ela está ao lado de sua mãe. Observei isto através do fato da garota ter dito para nós que sentia raiva do irmão, justamente no momento que ele havia saído do ambiente. Assim comentei que se possível deveria encontrar momentos nos quais ficasse apenas ela e B. juntas, sem outras pessoas. Asseverei que provavelmente ela poderia presenciar uma nova modalidade de relacionamento, uma vez que agimos de modo diferente quando estamos em grupo e sozinhos.

A segunda compreensão que fiz foi ter dito a J. que seu filho L. apresenta sentimentos de carência em relação a ela, no sentido de desejar mais sua presença. Observei esse fato quando o garoto disse na sala *“Você não sai comigo, não me leva para sair”* [SIC]. Ela relatou que está sempre com L., todos os dias senta para fazer lição com ele. Acabei por redarguir que era importante fazer lições com ele, no entanto me parecia que L. demandava um outro tipo de presença da mãe, uma presença que estivesse fora de atividades obrigatórias ou de dever. Disse que ele poderia estar necessitando de *“momentos à sós com ela”* e fazendo atividades que ele goste e que ela gostaria de acompanhar, algo que estivesse fora das obrigações e dos deveres domésticos. Falei que isto não precisava ser feito sempre, mas que de vez em quando era importante.

Por fim terminei a sessão retomando o que havia ocorrido desde do início. Disse que ela chegou até a UBS com a queixa de não conseguir se expressar emocionalmente, no sentido de não conseguir fazer com que os seus filhos sintam o amor que tem por eles. Relatei que disso concluímos que ela poderia iniciar esse processo de transformação através da emissão de alguns comportamentos que externalizasse os seus afetos e que ela inclusive poderia dizer os porquês de estar sentindo-se de tal forma. Retomei também a ideia que construímos de que ela poderia promover atividades com os seus dois filhos, com a B. poderia encontrar momentos que pudessem ficar sozinhas e com L. fazer atividades – outras - que não estivessem estritamente relacionadas com os deveres e obrigações domésticas, mas que era imprescindível a continuidade destas. Resgatei também o fato de termos conversado sobre a ideia que ela produziu sobre trazer B. para morar com ela e finalizei dizendo que caso ela precisasse de alguma coisa poderia nos ligar e marcar um horário. Ela falou *“ficaria bom para mim se eu pudesse vir uma vez por mês. Daí não perderei muitos dias de trabalho”* [SIC]. Eu concordei.

Acolhimento de Nancy de 18 anos

A paciente buscou à UBS com a expectativa em receber um tratamento psicológico. Seu pai morreu quando ainda tinha 7 anos, no decorrer dos 3 anos seguinte desenvolveu um quadro de ansiedade generalizada que fora diagnosticado aos 13 anos, mas que aos 10 anos já sentia os seus efeitos. Quando contava com 17 anos passou a ter dificuldades cognitivas no processo de aprendizagem, não conseguindo prestar atenção e memorizar informações. Aos 18 anos desenvolveu uma ansiedade de carácter fóbico que se estendeu ao espaço social se apresentando enquanto sendo uma fobia social.

No histórico familiar à maior parte das mulheres detém quadro psiquiátricos. Sua bisavó com depressão, vó com esquizofrenia, sua tia com transtornos obsessivos e sua mãe com depressão e transtorno obsessivo-compulsivo.

Diz que tem vontade de tornar-se professora e está estudando para prestar vestibular, no entanto saiu do cursinho e atualmente estuda em casa por conta, dado que sua fobia social se manifesta em sinais e sintomas em espaços públicos.

Nos revelou que no crepúsculo da noite os seus sentimentos de melancolia comparecem e isto ocorre todos os dias, como também nas estações do ano de verão e outono. Perguntei-lhe se tal fenômeno passou a ocorrer após a morte do pai, afirmou que sim. Também perguntei em que ano, mês e horário seu pai morreu. Ela confirmou que ele morreu no início do ano, em específico nos dias que ocorria a transição entre verão e outono. Perguntei-lhe o horário, disse-me que o óbito havia ocorrido no fim da tarde e início da noite. Investiguei os seus sonhos, ela disse que sonha demasiadamente, o que me pareceu positivo uma vez que expressa o seu próprio processo de enfrentamento de seu quadro clínico. Os sonhos revelam o processo de elaboração do psiquismo o que se coaduna e corresponde ao comportamento da paciente que está em busca de curar-se de suas psicopatologias, inclusive criando grupos com amigas com sintomas similares e criando maneiras de enfrentar suas ansiedades. Seus sonhos têm enquanto temática à temporalidade e no sonho sempre comparece um céu azul e que indica o pôr-do-sol ou o fim de tarde.

É muito provável que os seus sentimentos de melancolia que ocorrem à tarde e no início da noite tem uma correlação direta com a morte de seu pai que ocorreu no fim de tarde, como também os seus sentimentos de melancolia no verão e outono que correspondem à época ao qual o pai faleceu. Seus sonhos mesclam representações do sol, do fim de tarde e do tempo.

A paciente tem impulsos hiperfágicos, investiguei com ela em que situações isto ocorre e ela informou que ocorre nos momentos em que sua mãe vai trabalhar, perguntei o que sentia e ela disse *“Como se fosse um sentimento, por favor não se vá”* [SIC]. Desenvolvemos enquanto

hipótese que N. revive os sentimentos de perda de seu pai nas situações cotidianas quando se percebe sozinha e acaba por se utilizar da comida - e em específico com àquelas que tem alto teor de glicose – para sobrepor ao desprazer o prazer proveniente da comida.

Acolhimento de Jolly de 27 anos

A paciente relata ter um sentimento de tristeza desde do início da sua vida e reconhece a existência deste desde dos 6 anos de idade. Somado a este sentimento diz haver um afeto de raiva pelo fato de estar vivendo e pelas brigas que ocorriam na sua infância entre os pais e os agregados familiares. Diz também conter nela sentimentos de amargor e angústia. Sente desmotivação e não está conseguindo ir trabalhar.

Relata que ao acordar de manhã não quer fazer nada e não tem motivação para fazer qualquer atividade, seja ela qual for. Tentou suicídio duas vezes e a única coisa que pensa, segundo suas palavras “*é em maneiras mais eficientes de realizar a sua vontade*” [SIC] uma vez que morrer é sinônimo de “*aliviar-se da vida*” [SIC].

Está fazendo tratamento farmacológico há mais ou menos 4 anos com Fluoxetina e clonazepam, no entanto nos revelou que “*fisicamente ajuda um pouco, mas emocionalmente nada muda*” [SIC].

A paciente apresenta alexitimia, tendo dificuldades em identificar e nomear seus pensamentos apesar de ter plena certeza da existência de uma multiplicidade deles, tanto que “*não consigo nem dizer o que são*” [SIC]. Existe um embotamento afetivo como também uma dificuldade em produzir reflexões a partir das suas emoções, o que acabou por nos revelar uma dificuldade em simbolização, o que faz sentido, uma vez que estudos neuropsiquiátricos sobre depressão dizem que nesse transtorno ocorre alterações nos níveis de dopamina, substância esta, estritamente correlacionada às funções cognitivas.

Observamos que a paciente tem uma dificuldade em acessar os seus pensamentos e sua afetividade, tanto quanto de identificar e simbolizar estes, além de ter aparentado fazer um grande esforço para recordar de situações da sua vida e um exemplo disso fora não conseguir lembrar dos dias em que esteve contente e feliz, como também de situações de alegria. Não obstante no decorrer do acolhimento, lembrou de alguma coisa “*fiz um curso, gosto de aprender*” [SIC]. Além disso colhemos dados de que a paciente está apresentando uma hipotética comorbidade psiquiátrica, com sintomas de flutuação do humor.

Concluimos do nosso acolhimento/triagem que o tratamento farmacológico não está permitindo à usuária cumprir com atividades elementares da vida social, como ir trabalhar. Descobrimos que Juliana está indo trabalhar não mais do que duas vezes na semana, apesar de se esforçar e ter sentimentos de culpa derivados da ideia de “*ser preguiçosa*” [SIC].

O fato de ter sido encaminhada para nós por meio da UNICAMP por conta da tentativa de suicídio revela o fato de que a intervenção medicamentosa está sendo ineficiente, além de termos observado que a paciente permanece há 4 anos com Fluoxetina e Clonazepam, tendo dito que o seu efeito cessou há muito tempo e em específico logo no início das primeiras induções e que não houve nenhum experimento de alteração dessas substâncias – a não ser uma única vez -, mesmo tendo havido às tentativas dela relatar aos médicos sobre a intensidade dos seus sintomas.

Sobretudo é importante salientar que caso a paciente esteja com embotamento afetivo, com dificuldades em identificar e simbolizar pensamentos e sentimentos, junto com dificuldades em acessar, recordar e elaborar seus processos mentais, e com problemas em ativar com regularidade suas funções cognitivas, será difícil fazer um tratamento psicoterápico uma vez que essas características são condição *sine qua non* para este tipo de trabalho, além do encaminhamento para psicoterapia ser pouco eficiente, visto que a atenção da paciente está selecionada em encontrar maneiras mais eficazes de finalizar com a própria vida.

Acolhimento de Molly de 50 anos

A paciente chegou até a UBS com queixa de ter tido a primeira crise de pânico. Atualmente se utiliza de medicamentos para o tratamento de sua depressão e o faz através de clonazepam para os períodos de mania e imipramina para os turnos de tristeza aguda. A utilização de imipramina se deve ao fato de ter uma resistência em relação a antidepressivos de inibição seletiva de recaptação de serotonina e noradrenalina, o que confirma sua fala “*Foi difícil encontrar um medicamento que funcionasse para mim. Tentamos de tudo, mas encontramos*” [SIC]. Diz estar bem do modo que vive, mas quer aprender lidar melhor com a crise de pânico, pois nunca a teve.

Mantém uma vida equilibrada fazendo esportes e se alimentando regularmente, tem um bom convívio e um relacionamento muito íntimo com os filhos, é separada e está namorando. Revelou que gosta do seu trabalho e retém uma filosofia de vida que diz “*Eu aprendi na minha vida que não podemos ficar reclamando das coisas, tudo se resolve e tudo passa também, é por isto que eu não me importo de tomar esses medicamentos a vida inteira, eu preciso deles e eles me ajudam a manter*

uma vida saudável. Eu só quero aprender lidar com essa crise de pânico, pois eu não sei o que é” [SIC].

No decorrer da sessão lhe pergunto sobre os seus filhos para saber como eles estão. Ela começa a chorar profundamente e fala *“É tão triste, eles sentem falta do pai, mas o pai não vem vê-los. Uma vez minha filha disse que seria melhor se o pai estivesse morto, pois daí ela não precisaria ficar perguntando quando o pai dela vem vê-la. O meu filho mais velho ama o pai por demais, no entanto o pai não se importa, não liga. Ele sempre me pergunta por que o pai faz o que faz. Eu nunca sei o que responder. É tão difícil olhar para essa realidade, pois eu tive um bom pai que cuidou de mim e me amou e eu sei o quanto isto deve fazer falta” [SIC].*

Digo para ela que fazer atividades físicas, manter bons relacionamentos interpessoais com os filhos e o namorado é uma ótima maneira de ter uma vida saudável. O fato dela estar tomando regularmente os seus medicamentos e ter criado significados positivos em relação a eles, também é importante, pois revela que ela produziu uma boa aceitação dos seus sintomas e da sua doença, o que possibilita com menos esforço um bom tratamento. Ressalto para ela a necessidade de um tratamento psicológico, pois me parece que ela detém muitos conteúdos e carrega muitos sentimentos não elaborados, nisso ela começa a chorar e diz *“É verdade, eu carrego muitas coisas em mim. Mas estou seguindo com a vida, quero seguir” [SIC].*

Após isso ela diz *“Eu passei uma vez com um psicólogo, mas não foi bom. Era psicólogo de rodízio, toda vez trocava e toda vez eu tinha que dizer sempre a mesma coisa. Era horrível por que eu estava sempre revivendo a mesma situação. Uma outra vez, eu fiz terapia de grupo num hospital psiquiátrico, mas eles contavam histórias horríveis, eu sabia que eu tinha problemas psiquiátricos, mas eles contavam loucuras, eram loucos de verdade. Então eu não conseguia dizer nada” [SIC].*

No primeiro caso podemos ver que a transferência enquanto função do analista, isto é, enquanto podendo ser “transferível” não funcionou, pois não permitiu o vínculo. Parece que a ideia da transferência ser uma função transferível e que portanto o paciente pode chegar na sessão e contar suas mazelas a partir da onde parou da última vez com outro analista, deve ser debatida e investigada. Devemos compreender a que se deve o fato de um paciente narrar sua história como se o outro que estivesse a sua frente, fosse nada além de um ouvinte. Podemos também analisar o do porquê da dificuldade de nós seres humanos tratarmos o outro não como mero ouvinte, mas sim enquanto uma pessoa - no sentido mais humanista do termo -. Essa questão é mister, uma vez que abre possibilidade de intervenções.

Na segunda questão é um caso de falha ética e técnica. Deve ser fazer uma seleção e constituição de grupos adequados através do critério de divisão e separação das diferentes

patologias. Às diferentes patologias devem estar separadas e serem tratadas de modo específico, portanto psicóticos e perversos não podem encontrar-se no mesmo ambiente sem determinadas precauções.

Acolhimento de Cooly de 45 anos

C. chegou no acolhimento sem dizer muitas palavras, dizia muito brevemente o motivo de sua visita, mas sem expandir muito essas questões. Assim narrou que veio até nós por conta de uma depressão. Disse que essa depressão está correlacionada com o óbito de seu pai. No decorrer da sessão relatou sobre as dificuldades de relacionamento que tem com a mãe. Contou sobre sua infância e adolescência. Disse que esses dois períodos foram conturbados, uma vez que ela tinha problemas de conduta na escola. Portanto sua escolarização foi difícil. No início da sua depressão falou que o seu pai esteve sempre ao seu lado e que era um grande companheiro. No início ele não entendia muito bem essa doença, mas depois passou a entender e ter mais compreensão pelo o que sua filha expressava.

Ela diz que a ida de seu pai foi algo muito doloroso e que “Não pensei que eu suportaria, faz alguns meses que ele morreu. Eu ainda estou sofrendo por conta disso, mas estou melhor. Uma das coisas que me deixou mal foi o fato de eu ter perdido o meu emprego. Depois que tive a depressão, as pessoas no meu trabalho começaram a dizer que eu estava depressiva e toda vez que eu tinha alguma tomada de decisão que não os agradavam eles retrucavam dizendo que eu não estava pensando bem. Eu sou nutricionista e responsável pelo setor dessa área, tudo que envolve nutrição e alimentação, eu sou responsável. Uma das coordenadoras permitiu a utilização de alimentos congelados, mas que estavam vencidos, eu disse que não era para se utilizar desses alimentos e ela falava para eu fazer vista grossa, eu acabei ficando irritada com essa situação e ela passou a me ver com “mau olhos” e dizer que eu estava fazendo aquilo por que estava passando por um período difícil” [SIC].

A partir do momento que ela relatou sobre o seu trabalho e o quanto foi difícil perdê-lo, sua inibição se desvaneceu e passou a contar os fatos de sua vida com maior vivacidade. Aquela morbidade que eu tivera sentido no início da sessão diluiu-se. Contou sobre o relacionamento com sua mãe e o quanto conturbado é pelo fato dela querer deslocar a responsabilidade de fazer compras e de cuidar da casa, responsabilidade essa que não quer assumir, uma vez que quem fazia tudo isto era o pai, o recém falecido. Disse que essa questão é algo que está incomodando-a e não sabe muito bem como resolver isto.

Por fim perguntei-lhe se gostaria de dizer mais alguma coisa ou comentar algo que não mencionou no decorrer do acolhimento. Ela disse que não tinha nada a dizer e assim finalizou-se a entrevista.

Acolhimento de Ally de 19 anos

A. tem crises de ansiedade com sinais físicos de dispneia, arritmia e hipofagia. Aos seus 5 anos teve sua primeira crise de ansiedade e que depois se estabilizou em um nível regular havendo novamente sua irrupção aos 18 anos. Na infância os seus pais se separaram, no entanto ela compreende esse evento enquanto sendo significativo, mas não associado à sua ansiedade daquele período, pois diz que a separação dos pais foi algo positivo que lhe aconteceu, pois sabia que eles brigavam muito. Perguntei-lhe se tem recordação dessa época, ela titubeia e diz que recorda de algumas coisas, mas muito pouco.

Pergunto-lhe em que situações ocorre sua crise de ansiedade, diz que acontece em momentos em que é advertida pelos seus superiores no trabalho e quando é vilipendiada pelo os clientes no seu serviço de telemarketing.

Indago ela sobre suas relações afetivas, diz que no trabalho não tem amigos, mas que tem uma melhor amiga que gosta muito. Diz estar tudo bem em casa com o pai. Revela que se separou há 1 ano e que está bem com isso. Enquanto prossigo com o acolhimento ela entra em planto, lacrimejando e soluçando. Questiono se está tudo bem, ela diz que foi muito difícil a separação com o seu namorado e que essa separação mexeu muito com ela, pois não esperava.

Percebo que A. retém muitos conteúdos em si, doando-se muito pouco. Digo a ela, então, que é importante ela conversar com às pessoas que são significativas para ela. Ela diz “*Não gosto de perturbar as pessoas*” [SIC] retruco dizendo por que e ela diz “*Não quero atrapalhar*” [SIC] e eu falo que talvez sinta isto por que acha que os seus sentimentos não sejam importantes e ela confirma dizendo que sim. Digo a ela que é necessário se permitir abrir-se com as pessoas que confia como também buscar ajuda sempre que precisar, pois assim ela poderia estar criando lações afetivos significativos e diluir a sensação de sobrecarga, aí ela fala “*Eu carrego muitas coisas em mim*” [SIC]. Eu maneo a cabeça e expresso verbalmente que sim. Finalizo o atendimento perguntando se tem algo mais a dizer, algum comentário, observação ou crítica. Ela diz que não e pergunta quando ligaremos de volta.

Acolhimento de Lilly de 22 anos

L. trouxe a queixa de estar sofrendo de Síndrome do Cólon Irritável (SCI). A patologia se instalou quando tinha 20 anos de idade num dia que estava numa missa da Igreja. O sintoma mais proeminente dessa doença é a diarreia e a constipação. No entanto, as situações que ocorrem a diarreia são justamente nos momentos que está sobre condição de estresse. L. criou um estigma em relação ao período da manhã, pois foi nesse período que houve a primeira aparição do quadro – quando estava na igreja -, nessa via a paciente produziu uma generalização da situação, tendo criado um pré-conceito em relação ao período da manhã, assim criou por conseguinte um temor e receio de sair nesse turno, pois acha que se sair irá ocorrer a vontade de ter diarreia.

Pergunto-lhe quais são as situações que não ocorre essa vontade, ela diz que quando está com o seu namorado isto não ocorre, investigo afundo a questão e percebo que o seu companheiro lhe transmite muita segurança e não trata sua questão como se fosse um problema. Já a sua mãe e o seus pai tem menos compreensão da questão e muitas vezes diz coisas do tipo “*Vai L.! Filha continua tocando o violão, não para. Que frescura L.*” [SIC]. Nesse momento chora dizendo sobre o quanto ficou magoada com a mãe, quando esta lhe disse que o seu problema era uma frescura.

L. conta sobre o seu trabalho e diz que nas reuniões sente vontade de ir ao banheiro, mas que está conseguindo controlar. Diz que sente pressão no trabalho por ser a única mulher e por estar na área de engenharia. Diz gostar muito do que faz e da sua faculdade.

Num certo momento ela me pergunta se a doença dela se deve a questões espirituais, pois ela é cristã. Digo a ela que não compreendo sua questão e peço para explicar-me melhor e ela diz “*Eu digo isto, por que eu já me perguntei se estou na religião correta. O que você acha?*” [SIC]. Eu respondo para L. dizendo que no início da nossa conversa perguntei a ela se tocar instrumentos musicais na igreja era uma atividade de lazer e que causava prazer e ela devolveu-me dizendo que era o seu “*dever cristão*” [SIC]. Já neste momento ela me revela que tem dúvidas se está na religião correta. Digo a ela que seria importante observar como se sente nesses ambientes religiosos, isto é, se há sentimento de pertencimento ao grupo, se lhe causa segurança e conforto estar nesse espaço, como também prazer e afetos de sintonia e conexão com uma entidade maior.

Ressalto a necessidade de L. passar a se expor a situações ansiogênicas como o período da manhã, para que ela possa desconstruir a generalização que produziu de que em todos os turnos da manhã irá ocorrer a diarreia, como também para que ela possa controlar os efeitos decorrentes de situações sobre estresse. Pergunto-lhe o que gosta de fazer e ela responde que gosta de aquarismo,

faço-lhe a sugestão de fazer aquarismo no período da manhã e principalmente estando com o namorado, já que ele lhe transmite segurança.

Digo que caso preveja a aparição das sensações incomodas que ela tente se permitir sentir essas sensações, que tende identificar os pensamentos e as emoções que aparecem, aqui neste momento, chamo atenção para o fato dela não ter atitudes desesperadas ou comportamentos de subterfúgio para aliviar as sensações físicas, ressalto a necessidade dela experimentar e se permitir sentir essas sensações com calma e tranquilidade, tentando identificar os pensamentos e os afetos que sente. Caso perceba que a situação está fora do seu controle, que faça uma solicitação de ajuda para o seu companheiro e tente encontrar um espaço seguro.

Percebo que L. tem uma autoestima elevada e que tem muita autoconfiança. Ela diz que quando tem prova isto ocorre também, pergunto a ela se em alguma prova isto ocorreu de fato, e ela diz que não. E ela diz que sempre quando tem uma prova sente que isto irá acontecer e passa a ficar ansiosa e pensa que caso isto ocorra ela irá tirar nota baixa. Novamente pergunto a ela se de fato isto alguma vez aconteceu e ela diz que não. Aqui digo a L. que quando ela tiver uma prova que ela tente se recordar das situações anteriores, na onde fez a prova e nada disso aconteceu e que, portanto, ela pode fazer a prova de modo seguro, pois tem tudo para dar certo. Falo para ela lidar com os pensamentos distorcidos através dos dados da realidade. Então caso ela pense que irá fazer prova e terá vontade de ter diarreia, que pense nas situações anteriores na onde nada disso aconteceu e que deu tudo certo e que, portanto, não há o que temer. Que pense no fato de que ela tem conhecimento, que estuda o suficiente e que sabe que esses pensamentos não têm fundamentação real, uma vez que nunca aconteceram ou ocorreram.

Faço uma última intervenção dizendo para que ela tente “ouvir” mais o seu próprio corpo, suas sensações e os seus pensamentos. Que tente entender por que quando está perto de sua própria família sente um desconforto. Falo também para buscar maiores níveis de conscientização sobre essa questão para que ela possa sentir-se mais segura e que pode fazer isto explicando – o funcionamento da doença - para o namorado e – se possível - este explicando para a família dele, para que quando ela estiver nesse ambiente se sinta compreendida e mais confortável. Aí ela disse “*Isto é possível de se fazer*” [SIC].

Acolhimento de Ivy de 52 anos

I. estava aguardando ao lado da porta da sala de atendimento, quando a abrimos ela perguntou se o atendimento iria acontecer ali e já foi adentrando. Disse que passou durante algum tempo com o psiquiatra Dr. ° Francisco, mas que deixou de frequentá-lo pelo fato de ter tido um desentendimento com este. Se prontificou em pronunciar o seu diagnóstico de transtorno bipolar e relatou o seu constante desânimo, a sua perda de memória e os ataques de pânico, como também a ausência de sentido e orientação na sua atual existência.

O seu principal problema é o fato de ser Uruguaiana e estar no Brasil, o fato das culturas serem diferentes faz com que ela tenha problemas de relacionamento, visto que *“Os brasileiros não são diretos, nós dos Uruguai dizemos a verdade, não temos muito rodeio e eu acho que isto está me prejudicando. Estou perdendo clientes, não sei por que, mas sei que alguma coisa está acontecendo”* [SIC]. E logo em seguida disse *“Eu digo as coisas muito diretamente, mas não sei se é por isso que está difícil. Eu estou estranha, não consigo fazer nada, minha atenção dispersa fácil e não consigo estudar. Queria prestar concurso, mas não consigo. Sei que se eu conseguisse resolver essas questões minhas, essas questões atuais eu poderia ir pra frente na vida. Eu não vou pra frente na vida por conta disso”* [SIC].

O contato com a Inês foi um encontro de aprendizado. Neste acolhimento fiz uma escuta atenta e qualquer forma de intervenção ou fala dificilmente tocava algum ponto de seus complexos. Ela permitiu muito pouco que eu devolvesse alguma coisa a ela e quando fiz uma única fala ela cortou-me e deu seguimento às suas próprias falas de modo contínuo como se nada houvesse ocorrido. Ela parecia muito desesperada por um atendimento e por alguma coisa que resolvesse os seus problemas, mas naquele momento não parecia estar aberta, pois necessitava “descarregar-se” de seus problemas em alguém e usou-me como um objeto depositário de seus conteúdos.

No fim do acolhimento perguntou insistentemente quando ligaríamos, que dia seria e em que horário, pois precisava muito resolver às suas questões. Dissemos a ela que ligaríamos, bastava aguardar.

Acolhimento de Lay de 11 anos acompanhado de seu pai Cooper de 42 anos

O paciente veio acompanhado de seu pai e este tinha consigo uma carta de recomendação do CAPS enviada por uma Neurologista Infantil. O pai disse *“O CAPS disse que o caso de Leandro não é tão grave a ponto de estar no CAPS”* [SIC]. Investiguei brevemente com o pai o que a criança

tinha e solicitei para que este se retirasse da sala e aguardasse do lado de fora enquanto eu fazia uma breve avaliação com o seu filho.

A criança apresentou estereotipia muito recorrente como movimento dos braços e do rosto. Havia uma nítida agitação motora e comportamentos de antepor objetos sobre sua boca, conduta análoga e semelhante compareceu no ato de colocar os dedos em tomadas e de movimentar de modo agressivo objetos estabilizados no ambiente – balança de peso -.

L. sabe nomear os objetos e gosta de brincar de reconhecer os itens assentados sobre um determinado espaço físico, quando apontei com a ponta da caneta para às rachaduras da parede ele disse “*parede rachada*” [SIC] e seguiu assim por diante enquanto eu apontava para os alvos de sua reconhecimento “*mesa*” [SIC], “*cadeira*” [SIC], “*armários*” [SIC]. Marcada uma fração de tempo acabou por identificar que o seu tênis estava desamarrado e me solicitou para amarrá-lo e no exato instante que constatou o fato de que eu não cederia ao seu desejo, me olhou atentamente e como numa espécie de “flash” ou “insight relâmpago” levantou uns dos dedos e disse “*Hmm... Hmm... Papai! Papai!*” [SIC] e correu imediatamente até a porta e o seu pai adentrou na sala e amarrou o tênis do seu filho de maneira automática e natural, como se fosse algo comum amarrar o tênis de uma criança de onze anos que se encontra na quinta série do período escolar.

Após essa situação chamei novamente o pai e escutei o que tinha para dizer e este disse “*O L. precisa de estímulos para que ele possa se desenvolver. Eu demorei para falar também. Só comecei a falar aos 5 anos de idade - igual a ele -, no entanto na minha época era mais seguro brincar na rua, já hoje em dia não. É tudo mais difícil e para ele está difícil também. A escola está constantemente me ligando, pois ele está sempre bagunçando e não para de se movimentar. É complicado viu*” [SIC].

O Sr. C. também disse “*O L. faz tratamento em neurofeedback, mas ele precisa de psicoterapia e esse tratamento é caro demais. Por isso vim até aqui, pois aqui tem Terapeuta Ocupacional e Psicólogo*” [SIC].

Acabei por dizer ao Sr. C. que levaria o caso para discutir em reunião e que dentro de uma semana estaria ligando para dar-lhe uma resposta sobre o posicionamento da UBS em relação ao seu filho.

Acolhimento de Carol de 37 anos

A paciente se encontra em intenso sofrimento por conta das condições sócio-políticas de seu país, uma vez que está desempregada e o marido também. Sente-se como se não tivesse “*dignidade humana*” [SIC]. O trabalho está atrelado à um significado de autonomia e independência, portanto não estando no trabalho sente-se “*indigna*” [SIC]. Atualmente têm um apartamento alugado e está conseguindo sustentar-se com essa renda a si, o esposo e o filho de um ano de idade. Disse que este nasceu prematuro e isto lhe causou severo sofrimento. Seu filho durante o último ano teve um desenvolvimento saudável, não tendo adquirido nenhuma complicação médica.

A paciente se queixa de estar irritada, nervosa e extremamente chorosa. Diz não suportar viver em casa e está sempre ansiosa e desconta os seus sentimentos em seu filho e no marido. Diz também não estar conseguindo “*ver*” [SIC] a realidade, pois os seus sentimentos distorcem sua percepção.

Foi identificado que a paciente detém uma ansiedade estrutural que se encontra em sua personalidade e que durante algum tempo poderia ser considerado egossintônico, mas que por conta de estressores tornou-se egodistônico, culminando assim em seu estado agudo de sofrimento. Quando o paciente sofre há um nível onde não é possível compreender os dados da realidade de forma clara e objetiva, é por que se encontra em um estado crítico. A paciente se encontra em um estado crítico, de intenso sofrimento e por sua vez de intensa sensibilidade para qualquer forma de estimulação. C. durante o último ano não buscou nenhuma forma de auxílio médico. Visualizamos a necessidade de encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica e se possível uma intervenção medicamentosa, visto que a paciente não consegue discernir os dados da realidade dos seus sentimentos, sentindo-se confusa e ansiosa.

ANÁLISE INSTITUCIONAL: UMA COMPREENSÃO DA INSTITUIÇÃO POR MEIO DE SITUAÇÕES DO DIA-A-DIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

“Só falasse de saúde mental aqui” [SIC].

Certo dia fizemos uma conversa informal logo após ao término da reunião no corredor, tendo enquanto participantes eu, o geriatra Aron. e o enfermeiro Gayon. Nessa discussão tratamos da

temática do suicídio e das percepções dos profissionais que não da saúde mental em relação ao tema. A., relatava com muita clareza à questão dos remédios psiquiátricos e a sua relação com a cura e disse *“Não é possível atender essa população com remédio psiquiátrico, é lógico que essa gente é doente e continuará o sendo, a família é doente então o indivíduo será doente, não adianta fornecer esses remédios, o paciente só irá se tornar dependente e depois ficará vindo aqui para sempre”* [SIC].

Discorreu também sobre o fato do por que os médicos psiquiatras dopar os pacientes *“tenho diversos amigos psiquiatras que dopam os pacientes, por que sabe justamente que não existe solução para o casos desses indivíduos, uma vez que eles se encontram num ambiente patológico o remédio se torna apenas paliativo, então não precisa ficar conversando perguntando se está bem ou não, apenas dá clonazepam... clonazepam... clonazepam...”* [SIC].

Expressou também os seus sentimentos sobre às representações gerais que existe em torno do médico enquanto sendo uma pessoa insensível *“Aí já começa esse assunto de ficar dizendo que somos insensíveis e que não olhamos o “outro”, esse “outro” que nem se sabe o que é. Esses casos de psiquiatria são um porre, à pessoa diz que vai se matar e aparece aqui umas dez vezes e ainda continua viva”* [SIC].

Ficou nítido que essa conversa foi a expressão de um descontentamento em relação ao tratamento em saúde mental como também sobre o constante privilégio que é dado a esses casos *“Ninguém fala aqui de outra coisa a não ser os casos de saúde mental, é só de saúde mental, parece que não existe outras doenças”* [SIC].

Relatou a questão sobre o imaginário que existe sobre a insensibilidade do médico e justificou tal prática através da falta de infraestrutura material e como sendo uma condição humana, no sentido de uma espécie de comodidade necessária na medida que protege os profissionais de um condicionamento à uma excessiva preocupação com elementos que em sua maior parte são irrelevantes *“O sistema não permite você ter outra prática que não essa, não tem sala, não tem material, a fila de pacientes é enorme, como você quer ser humanista e ficar perguntando se outro está bem se você não tem nem o básico para trabalhar? Quando eu tinha 23 anos e estava no plantão chegou um paciente com dor de cabeça, aí o meu supervisor que estava lá há anos disse: dá uma dipirona pra esse cara. Aí ele saiu andando e eu pensei comigo que jamais seria um médico assim e veja agora como eu estou, eu tenho praticamente o mesmo posicionamento, não tenho saco pra isso mais, no início quando estudante somos meticolosos e conforme o tempo passa deixamos de fazer isto e isso vem com o tempo, até por que se estivermos nesse posicionamento do início não poderemos atender todos os pacientes e não será bom para nós, por que imagina se*

ficássemos para atender como se fosse sempre a primeira vez o paciente que vem uma dez vezes aqui por semana, é impossível fazer isso” [SIC].

Me parece que às asserções feitas por A. são percebidas enquanto legítimas para ele uma vez que esse posicionamento de ser humanista ou não, varia de médico para médico. Numa UBS onde uma gama de especialidades está tendo de lidar com questões psiquiátricas, visto que à taxa de pacientes com comorbidades físicas e psicológicas está sendo cada vez mais recorrente, os profissionais de outros campos não têm outra opção à não ser fazer esses atendimentos de qualidade mediana até por que não é algo que se possa controlar. A única maneira de fazer um diagnóstico psiquiátrico é fazendo exames físicos e verificando se a doença é psicológica ou não, portanto, imediatamente esses pacientes irão passar pelos clínicos gerais.

A profissão médica é uma prática de eficiência e agilidade, a princípio parece não existir “humanismo” nesse espaço, no entanto o médico revela o seu humanismo quando salva pessoas e pessoas. Nesse caso o tempo se torna precioso.

A medicina está preocupada em promover saúde em tempo hábil de maneira prática e eficaz. Por outro lado, parece que a psicologia se torna a monopolizadora da propagação do humanismo no ambiente hospitalar, pois é exatamente os agentes de saúde mental que propaga outras formas de terapêuticas que não medicamentosas para o trato dos sujeitos.

O tempo aqui é precioso também, no entanto ele é utilizado e aplicado no sentido de satisfazer as necessidades humanas de contato íntimo e humano. Aquilo que o clínico geral, o psiquiatra ou o pediatra não faz, o psicólogo se insere e o produz. O médico não tem tempo, o psicólogo o tem.

O médico tem a contribuir com os medicamentos e o psicólogo com o desenvolvimento da personalidade. Afonso relatou que o paciente se torna dependente dos medicamentos pelo fato de viver num ambiente patológico, ele na condição de médico nada poderá fazer sobre esse quesito, mas o assistente social e o psicólogo sim. São profissões complementares, cada qual se alocando nos seus espaços, mas mutuamente produzindo saúde.

A questão essencial que se encontra aqui é uma insatisfação por parte de Afonso, ele revela um sentimento de uma crítica externa que paira sobre à sua prática médica, isto parece fazer com que ele não se sinta confortável dentro da execução das suas atividades cotidianas. O fato é que aparentemente parece não haver problemas na maneira pela qual ele procede, visto que a medicina ela se constituiu desse modo e dessa maneira ao longo dos tempos e a tendência é a potencialização dessas condutas por conta dos processos tecnológicos em constante aprimoramento na saúde. Não obstante, a Psicologia é um campo forte diante do não-humanismo médico nas práticas de saúde, não é possível dizer ou inferir como um médico deve proceder diante de uma queixa de teor

psíquico, mas é possível solicitarmos com que ele nos encaminhe o paciente para que nós façamos aquilo que ele não pode fazer.

O profissional integral que compreende os processos biopsicossociais não é algo palpável, a prática médica é pautada pela biomedicina e os avanços na cura das diversas patologias só ocorre por conta dessa especialização. Querer exigir dos médicos que eles sejam integrais é desumanizá-los, uma vez que os médicos só têm identidade exatamente pelo fato de estarem associados à determinados grupos de especialidades e práticas. O campo psicológico, do contato humano, do acolhimento e do cuidado ao sujeito será cada vez mais relegado ao psicólogo, quanto mais o psicólogo aceitar de bom grado aquilo que os médicos e psiquiatras biológicos não desejam, mais essa profissão se afirma e confirma nos contextos de prática de saúde.

Acontecimento curioso

O acontecimento “curioso” que ocorreu foi um médico com atuação em clínica geral e geriatria ter atendido um paciente que acabara de ter amputado uma perna e que desenvolvia uma comorbidade. Este estava se queixando e suas queixas tinha nitidamente um caráter depressivo com um tom lamentoso e cabisbaixo. O usuário estava relatando sua angústia para o médico o qual respondeu “*Quase todos os dias às pessoas perdem uma perna. Vai arrumar emprego*” [SIC].

Esta anedota trágica e cômica revela uma insensibilidade deste profissional para com a população em sofrimento, não obstante o que mais podemos dizer além disso? Será simplesmente e puramente uma insensibilidade diante do outro ou essa situação revela pormenores dinâmicos não visíveis no processo de relação médico-paciente?

A UBS do Jardim Figueira passou durante um ano sem estagiários na área de Psicologia tendo como profissional unicamente um psicólogo clínico que atua não mais do que 16/horas semanais sendo metade desse tempo dedicado à Psicologia Clínica. Parece não existir uma atuação que abarque a generalidade das necessidades da UBS. Existe uma fila de espera para atendimento psicológico e toda semana novos pacientes são agregados à lista, além de haver uma demanda local da população com altos indices em transtornos mentais e de crianças com problemáticas concernentes à saúde mental.

Voltemos ao caso do médico que diz naturalmente à um usuário do serviço para arrumar emprego e que à perna dele é apenas mais uma perna entre outras que foram perdidas por aí. Parece que esta situação não é algo singular no espaço médico, mas sim um elemento comum. Às aulas de anatomias e o conhecimento exaustivo sobre à fisiologia do corpo humano, como também o contato direto com este

pode ser uma explicação preliminar para a aparente insensibilidade desse profissional. No entanto, a ética médica ou o juramento de Hipócrates diz “*A saúde do meu doente será a minha primeira preocupação*”, apenas esta frase é o suficiente para banir qualquer forma de descaso que o médico possa vir a ter em relação ao seu paciente, todavia neste caso à desconsideração reinou sobre o enfermo.

Geralmente ocorre uma reunião no horário das dez e é muito comum os médicos falarem sobre os seus casos, parece haver um sentimento de indiferença e aborrecimento para com aqueles pacientes poliqueixosos que reclamam das dificuldades da vida e dos obstáculos que comparecem na administração dos seus sintomas. Esses pacientes estão de “*ladainha ou frescura*” [SIC]. São considerados indivíduos que não estão comprometidos com a sua doença e o tratamento, sobretudo com o desaparecimento rápido de sua patologia.

O médico se encontra numa classe profissional que preza pela agilidade e eficiência no tratamento, portanto os pacientes que são queixosos e se mostram assim diante desse profissional, lhe causa irritabilidade. Quando manifestam comportamentos que aparecem enquanto sendo uma objeção à eficácia do tratamento, causam sentimentos de aborrecimento.

É nítido que o paciente que reclama da vida, das dificuldades enfrentadas e do não desaparecimento dos seus sintomas é um elemento disruptor da irritação do profissional médico. É muito comum ouvir-se, segundo uma médica “*A vida tá difícil? Sempre a vida tá difícil, estou cansada de ouvir paciente falar isso. Minha vida também tá difícil só de ouvir você. Ô vontade de dizer isso*” [SIC]. No momento da reunião são os médicos que tornam-se poliqueixosos, com suas vontades reprimidas e com os seus desejos inibidos.

O que se pretende trazer enquanto reflexão é que este parece ser um posicionamento da maior parte dos médicos. Até então lidei com três médicos e nenhum deles parece deter uma filosofia de base humanista em sua prática. O que podemos fazer diante dessa situação? Educá-los? É evidente que não.

É necessário que haja um serviço aberto de pronto atendimento psicológico para situações emergenciais e de urgência. Deixar estabelecido com os médicos que existe um pronto atendimento psicológico e caso eles identifiquem pacientes com um potencial sofrimento psíquico que os encaminhe à sala ao lado. Assim podemos evitar descasos para com os pacientes e direcionamos à demanda para o seu respectivo estabelecimento. Se o médico não detém os conhecimentos necessários para lidar com um determinado tipo de queixa que deixemos estabelecido que existe recursos atualmente disponíveis para essa forma de atendimento, assim não incorremos na repetição dessas situações “curiosas” até por que elas acontecem justamente por uma congregação de fatores e quanto menos houver estes, às taxas de frequência desses acontecimentos diminuirá. Portanto, a irritabilidade, o aborrecimento e a ausência de profissionais capacitados para demandas específicas, faz com que o médico não tendo para quem

encaminhar o paciente, somado à sua irritabilidade e aborrecimento por conta da percepção de que o discurso do adoentado é um estorvo à sua prática e até mesmo ao “seu trabalho realizado” (diagnóstico e medicação), acaba por aumentar às chances deste profissional agir com menosprezo e desdém em relação ao sofrimento humano.

A inserção sutil do psicólogo no espaço de ação

O psicólogo se insere de modo paulatino e crescente nos espaços. Não parece existir atividades pré-estabelecidas, mas sim necessidades existentes. Essas necessidades são materialmente localizáveis desde de uma lista de pacientes em espera até os atendimentos aos profissionais da UBS. Tanto um como o outro necessitam de uma escuta psicológica. Seja a onde for, *se escutarmos o sujeito fala*.

Exemplo disso fora à clínica produzida para um agente de saúde. À transferência produzida por meio de uma simples observação feita por mim em relação à expressão corporal de Thaby fez com que imediatamente ela se pusesse a falar sobre os seus conflitos e as suas angústias pertinentes à sua cotidianidade.

No entanto, a questão não se encontra em torno dos resultados obtidos através do trabalho que fazemos, isto é, sobre o fim que teve o clinicar com T. - mas à guisa de satisfação de curiosidade é possível dizer que houve êxito – *e sim em como proporcionar ou identificar formas de promover à clínica*. Como ia dizendo, a problemática está em encontrarmos maneiras de permitir o acesso dos indivíduos ao atendimento psicológico, se este terá êxito ou não, me parece ser secundário. Um psicólogo minimamente treinado consegue proceder metodologicamente de maneira a produzir uma escuta eficiente, basta realizar uma escuta com base nos parâmetros de uma teoria posicional. Mas o que vem a ser esta?

Existem conceitos que dão margem às práticas e estes por sua vez a posicionamentos. Esses conceitos específicos que promovem um modo de atuação e esta atuação sendo de caráter posicional acaba por revelar às teorias posicionais subjacentes às teorias psicológicas. Portanto, as teorias posicionais se encontram na ossatura das teorias psicológicas e em específico daquelas com finalidades psicoterápicas.

Assim na psicanálise podemos observar a existência de uma teoria posicional e esta por sua vez é constituída por conceitos como transferência, atenção flutuante, associação livre e inconsciente

relacional. Tais conceitos são ferramentas *que faz do psicólogo que esteja imbuída delas ter um posicionamento diante do outro.*

Na psicologia comportamental o mesmo ocorre, é óbvio que existem diferenças, mas essas diferenças se encontram *no modo de posicionamento e não no fato de não haver posicionamentos*, pois este último é estrutural na psicologia em geral. Nesta orientação vemos o conceito de *rapport* que permite uma relação coerente, respeitosa e empática com o paciente evitando que haja esquivas do tratamento por parte deste por conta de situações ansiogênicas e de controle aversivo, além disso é necessário insuflar esperanças no paciente através de dados da realidade, mas sem promessas de remissão imediata e instantânea dos sintomas e de curabilidade em determinado período de tempo. Aqui, mais uma vez nos deparamos com um posicionamento do psicólogo, logo identificamos elementos de uma teoria posicional inerente ao behaviorismo.

Podemos identificar o mesmo fenômeno ocorrendo nas teorias fenomenológicas, não obstante essas não são teorias explicativas de alguma coisa, se referem especificamente a um fenômeno seja lá qual for ele e aos seus significados. Existem até autores modestos e humildes que chegam a dizer que a psicologia fenomenológica não é uma teoria psicológica, mas sim um posicionamento do psicólogo diante daquele que está à sua frente, concordo em parte com essa afirmação, mas podemos perceber que até mesmo a fenomenologia não resistiu às classificações tendo aí uma grande tradição de fenomenologia psicopatológica com grandes psiquiatras e nomenclaturas úteis. Porém deve-se assinalar que o essencial permanece, o posicionamento diante do fenômeno ou o “voltar às coisas mesmas”.

Por fim podemos destacar a ACP com os conceitos de facilitação, compreensão, entendimento e escuta profunda. Esses também demonstram o caráter de posicionamento do psicológico diante do polígrafo. Temos de asseverar o fato de que na Teoria Cognitiva é existente tal posicionamento, todavia para observação desses conceitos tem de se seguir algumas regras de classificação destes, visto que a matriz na Terapia Cognitiva diverge das outras matrizes sendo uma teoria diretiva não sendo assim aberta. Portanto, o postulado da teoria posicional se refere especificamente apenas às teorias não-diretivas, não cabendo aqui adicionar à psicoterapia de orientação cognitivista.

Difícilmente poderíamos aplicar a teoria cognitiva numa consulta rápida de modo a acolher o sujeito, até por que a identificação de pensamentos, emoções e comportamentos é algo estritamente diferente de um acolhimento seguido da promoção de uma reflexão ao sujeito acolhido, não são coisas necessariamente iguais com descrições e palavras diferentes, isto é, sinônimos, mas sim processos complementares que em maior ou menor medida podem ser aplicados em um caso ou outro, contudo em relação à T. fora aplicada uma teoria posicional não diretiva. Dito isto, vemos que à aplicação de

uma teoria posicional serve de auxílio ao psicólogo em situações de atendimento emergentes e urgentes.

Mas a questão tangente é o posicionamento do psicológico diante do outro e dos espaços potencialmente necessitados de atendimento clínico, como identificar e localizar essas regiões? Parece que a busca inicial é essa, de localizar potenciais espaços de ação do psicólogo concatenado com um posicionamento diante do outro e da aplicação da sua técnica. Só é possível fazer algum trabalho psicológico quando se estabelece um relacionamento n'onde ambos organismos disponibilizam os seus aparatos de linguagem de recepção e emissão posicionados de tal forma que permita uma interação que pode vir acarretar em mútuo benefício dos participantes, contudo para isto ocorrer é necessário *a priori* um posicionamento do psicólogo que permita e construa um espaço seguro e facilitador que agilize e situe o acolhido e o acolhedor em coordenadas correspondentes para um possível encontro.

Dinâmica institucional

A reunião me fez pensar em questões de dinâmica institucional. Todos os dias de trabalho sempre me deparo com o entrave ou o bloqueio na produção de minhas próprias medidas de ação. Quero expor neste momento um circuito pelo qual perpassa o labor do psicólogo. Denomino esta rota enquanto sendo o pré-trabalho psicológico que deve ser feito para que propriamente *o trabalho* se inicie. É importante ressaltar algumas inferências e comentários que servem de muito para o entendimento do funcionamento desse profissional na instituição.

O trabalho do psicólogo se inicia muito antes dele exercer sua função de proporcionar atendimentos clínicos aos sujeitos de um determinado ambiente. Existe também o fato de que nesta profissão, o seu exercer “concreto” e “palpável” só inicia-se após um longo caminho de construção e planejamento do *espaço de trabalho*.

Diferente do fisioterapeuta que espera em sua sala o paciente chegar com uma demanda específica, como um atrofiamento muscular, o seu procedimento neste caso é produzir atividades que estejam relacionados ao desenvolvimento da musculatura e uma das maneiras de se fazer é através de exercícios de halterofilia. O seu espaço de trabalho está estabelecido de modo material e legitimado institucionalmente, no sentido de que toda instituição de saúde que preza pelo o cuidado do corpo necessita de um fisioterapeuta que acompanhe no desenvolvimento de atividades para o melhor aperfeiçoamento das capacidades anátomo-motoras dos sujeitos.

A instituição provê a este profissional uma sala específica, com os seus equipamentos e uma agenda pela qual imediatamente começara a atender, uma vez que essa demanda sempre é existente. No caso do médico o mesmo ocorre, existe sua sala e uma agenda. Em ambos os casos parece que suas condições de trabalho já estão pré-estabelecidas, o fisioterapeuta não terá de buscar pelo os seus próprios meios e se utilizar de sua inventividade para arranjar os seus equipamentos e a sua sala de trabalho. Com o médico o mesmo ocorrerá, sua sala é preexistente e os seus equipamentos também. Além disso à demanda para o médico é crescente e basta esperar os seus pacientes, *que eles chegam*.

Esses fatos demonstram que de modo legal e institucionalmente os profissionais da medicina e da fisioterapia estão amparados, tanto que suas condições de trabalho estão pré-estabelecidas, a saber: pacientes, pois sem este último não é possível ter o exercício de sua atividade profissional; espaço físico, caso contrário não é possível fazer o diagnóstico e intervir; representações sociais da inevitabilidade técnica do profissional da saúde, seja da dimensão populacional – da comunidade ou dos pacientes – como da institucional – dos profissionais de saúde entre si -.

Analisemos passo a passo cada um desses itens e vejamos. A representação social da inevitabilidade técnica do enfermeiro é inquestionável tanto diante da população quanto da instituição, este profissional cumpre com funções essenciais diante da rotina hospitalar. O seu espaço físico de trabalho é correspondente às suas funções e satisfaz suas necessidades. E com os pacientes o mesmo ocorre, todos estão na fila de espera aguardando ao chamado da enfermeira para aplicação do soro ou da vacina. Correlacionando esses itens na direção do médico, creio que não precisamos nem discorrer. Sobre sua representação social para população e institucionalmente é inquestionável. O seu ambiente de trabalho correspondente diretamente às suas necessidades, o básico ou o elementar para o seu exercício está presente. No item dos pacientes, todos estão à sua chegada e à sua espera.

Portanto podemos perceber que o seu *espaço de trabalho* já se encontra estabelecido, os pacientes o aguarda, o seu espaço físico ou sua sala se encontra no início do corredor e a representação social da população sobre à necessidade do médico é inquestionável e dentro da instituição existe sua imprescindibilidade que é confirmada através da legitimação simbólica que se desdobra no fato do médico deter autoridade, prestígio, autonomia e prescrever comando de ação sobre outros profissionais.

Vimos que para se trabalhar numa instituição é necessário que haja três itens: pacientes, espaço físico, representação social da inevitabilidade técnica do profissional da saúde.

Passemos ao psicólogo e veremos que nenhum desses itens são preestabelecidos para o exercício de sua profissão. Sobre a representação social da inevitabilidade técnica desse profissional,

dificilmente se verá uma fila de espera na UBS para ser atendida pelo psicólogo. A nível institucional é perceptível que existe uma descrença ou desconfiança para com este profissional, tanto que dificilmente outros profissionais o procurará para solicitar um atendimento psicológico propriamente dito. A população desconhece à psicologia, por isso à psicologia está constantemente oferecendo os seus serviços, o famoso “mostrar trabalho”. Mas este famoso “mostrar trabalho”, demonstra uma outra coisa, que é na verdade o fato da psicologia ter uma forma de trabalho muito específico e *sui generis*, que passa exatamente através desse “mostrar trabalho”, este último faz parte e é inerente ao próprio trabalho do psicólogo. Sigamos adiante. O psicólogo não detém um espaço físico, não existe uma sala específica com testes psicológicos elementares como WISC, CAT-A ou HTP, sendo que são ferramentas de fácil aplicação e que otimizará diagnósticos de queixa escolar que é tão frequente em UBS. E o que dizer dos pacientes? O psicólogo tem os seus pacientes ou ele cria a sua demanda através do oferecimento de suas práticas?

Muitas reflexões podem ser feitas a partir dessa questão. Devemos compreender que o trabalho do psicólogo, não é um trabalho emergencial como o do médico. Às filas de espera pelo o atendimento do médico é desse caráter. O médico trabalha de modo imediato, já o psicólogo trabalha com uma cronologia de não curto prazo. Os resultados do trabalho do psicólogo advêm com o passar do tempo, o do médico na hora seguinte. O trabalho de um tem o caráter quantitativo e o do outro qualitativo. Essas ponderações servem para situar o psicólogo diante dos seus obstáculos e entendermos se é realmente um obstáculo o que ele percebe enquanto sendo ou na verdade é algo natural e constituinte do seu exercício.

Assim podemos ver que não haverá uma fila de espera aguardando o psicólogo atrasado chegando na UBS. Esses fatos ocorrem com o médico necessariamente por que essa profissão apazigua o desespero inerente à condição do homem.

Contudo devemos visualizar algumas coisas e não retirá-las do nosso escopo, a saber: a psicologia trabalha com autoconhecimento e não necessariamente todas pessoas o buscam; a psicologia lida com mecanismos de defesa e não necessariamente todas pessoas os enfrentam; a psicologia trabalha com psicoterapias com foco na reeducação emocional e comportamental do indivíduo e não necessariamente todos os sujeitos os querem;

Por isso a psicologia não é uma ciência que recai sobre o sujeito como algo imperativo, *tome o medicamento ou você não estará bem*. Existem alguns outros elementos que fazem com que a procura do psicólogo seja menor, um exemplo é que os indivíduos podem passar a vida inteira sem fazer uma orientação de pais, sendo pais indubitavelmente péssimos e nunca ir buscar ajuda, mas caso emerja uma gripe buscam o médico imediatamente. Estou tentando situar a psicologia num

âmbito que faz dela uma ciência que se apropria de características do ser humano que não necessariamente seja um impeditivo para a saúde física. Posso dar como exemplo o caso da G. Quando oferecemos o grupo de crianças para que ela pudesse desenvolver sua socialização e reduzir o seu medo diante de algumas situações, sua vó imediatamente disse que não poderia trazê-la, no entanto, imediatamente essa mesma vó trouxe G. quando percebeu o ganho de peso e o possível desenvolvimento de uma obesidade infantil.

Mas analisemos o caso, G. tem impulsos hiperfágicos, está com dificuldades de aprendizagem e não alfabetizada, ela está ganhando peso e sua vó à traz no pediatra, dizemos à ela da necessidade de trazer G. para o grupo de crianças pois assim poderíamos melhor observar e desenvolver algumas habilidades sociais, mas isto parece ser irrelevante e não ter nenhuma correlação direta com os ataques hiperfágicos e com suas dificuldades cognitivas ao ver da vó, portanto ela se indispõe. Por que ela se indispõe? No fim da sessão ela diz que uma vez trouxe sua filha ao psicólogo e a psicóloga deixou ela fazer desenhos de livre expressão – provável que estive aplicando algum teste -, mas por algum acaso ela teve acesso ao prontuário de sua filha e ela me disse “*A psicóloga escreveu diversas mentiras sobre o meu marido, o meu marido nunca fez nada daquilo com a minha filha, é tudo mentira*” [SIC]. Sônia, que é vó de G., fora abandonada na infância e viveu num internato, me relatou seus pesadelos e contou uma situação que vivenciou de uma de suas amigas sendo abusada sexualmente por um jardineiro, ela afirma “*Eu não fui abusada, eu não queria ele, não gostava dele*” [SIC]. Parece que a mãe de G. contou ou demonstrou seja verbalmente ou não suas condições no ambiente familiar. A conclusão que se pode retirar é que existe conteúdos velados nessa família e que poderiam ser acessados facilmente pelo o psicólogo, conteúdos esses que causam e geram sofrimento extremo, mas que, no entanto, não impede que todos os indivíduos continuem vivendo, respirando, comendo e dormindo. Portanto iram levar G. ao pediatra para receber os seus medicamentos - os seus inibidores de apetite - até por que é uma lei cuidar da saúde física das crianças, caso contrário o conselho aparece no domicílio. No entanto, não aparece haver à consciência da necessidade do tratamento psicológico da criança ou *será que às resistências estão intensificadas* e por isto de não fazer o tratamento? Em todo o caso, aquilo que aparentemente parece ser grave para o psicólogo, não necessariamente é de todo compreendido pelo o paciente, já no caso da saúde física, tanto a vó da paciente como a pediatra percebem que existem alguma anormalidade no sobrepeso da criança. Por conseguinte, assim podemos ver que tanto a psicologia como a medicina do ponto de vista científico são ciências indispensáveis, no entanto a nível populacional a medicina é indispensável e a psicologia é secundária, isto é, não é prioridade, exatamente por não ser sentida enquanto tal.

Dessas afirmações podemos ter como consequências outras, como o fato de profissionais técnicos passarem por sofrimento mental, mas não buscarem apoio psicológico.

Se o paciente sentir dor ele busca o remédio com o médico, mas se alguém tiver algum sofrimento não necessariamente busca o psicólogo e isto se dá por inúmeras causas uma delas é a resistência em explorar os seus conflitos, dificuldades de relacionamento, bloqueios afetivos e emocionais. Essas propriedades do não ir buscar atendimento psicológico são elementos inerentes na condição desse próprio adoecer na psicopatologias, assim o psicólogo ou os profissionais da saúde mental devem buscar outras vias de acesso ao paciente que não necessariamente apenas o pedido de ajuda deste que é tão comum na biomedicina, no caso da psicologia essa via de acesso ao paciente é a menos incomum no espaço institucional, geralmente é a partir do próprio agir do psicólogo, da sua própria ação em ir em direção ao outro para oferecer de algum modo os seus serviços que acaba por se iniciar a execução deste trabalho. O tratamento psicológico se faz por iniciativa do psicólogo na área da saúde mental no espaço institucional, no espaço médico se faz pelo pedido de ajuda do paciente. No primeiro o psicólogo vai até ao paciente no segundo o paciente vem até ao médico. A transferência se inicia pelo o psicólogo no primeiro e no segundo pelo o paciente. Essas sutilezas se bem observadas nos faz ter posicionamentos eficientes e nos permite nos situarmos adequadamente no âmbito institucional.

Pré-trabalho psicológico

O que tentei expor é exatamente aquilo que denominei no início de pré-trabalho psicológico do psicólogo, antes dele começar a produzir ou a exercer propriamente a sua atividade de atendimento psicológico e fazer à sua clínica, ele passa por um processo de estabelecer à sua legitimidade no ambiente institucional, de criar uma transferência possibilitativa de trabalho, de criar alianças e aderir flexibilidade no espaço físico para que possa fazer os seus atendimentos em qualquer lugar e aos poucos ir criando à sua própria demanda que se faz com o tempo, encontrando pessoas com potencial de adoecimento e fazendo intervenções através de uma fundamentação preventiva.

Modos de análise da instituição

As reuniões é o espaço na onde retenho conhecimentos gerais sobre o ambiente institucional. Nesta comparecem os profissionais da medicina, odontologia, os agentes de saúde e a psicologia. O meu foco de observação está voltado constantemente para essas relações, mas sempre com um olhar direcionado para o fazer psicológico.

Quero discorrer sobre o pré-trabalho psicológico, mas dentro de uma perspectiva burocrática. Creio que essa visão nos permitirá olhar de modo aproximativo para a realidade do prenúncio da prática em psicologia. Esse exercício, é um exercício de reflexão que tem sua validade no sentido de deixar o psicólogo medianamente orientado sobre o que irá encontrar numa instituição.

Iniciarei dando como exemplo uma tentativa de implantação de um Plantão Psicológico numa instituição de acolhimento de pessoas em situação de rua. Percebi que havia a necessidade de um plantão em psicologia, uma vez que às oficinas oferecidas não necessariamente conseguiam satisfazer à demanda desses indivíduos de pensar prospectivamente, ou melhor, de lançarem-se ao futuro. Identifiquei que eles ansiavam por projetos de vida e em como poderiam melhorar de alguma maneira suas condições de vida.

Nesse ínterim elaborei a ideia de que poderia fazer um plantão psicológico. Comecei de modo informal a atender esses indivíduos dentro da própria instituição, acabei por visualizar que essa ideia não tinha aderência *apesar de existir sua necessidade*. Essa foi à maneira pela qual a instituição me deu boas vindas. Me forneceu de antemão sem nem mesmo eu conhecê-la o seu primeiro entrave.

O primeiro entrave foi o fato de não ter tido o aval da prática que eu iria exercer de modo oficializado e formalmente. Esse elemento se encontra enveredado na Psicologia Institucional, parece que os indivíduos só aderem uma determinada prática se ela for reconhecida e confirmada socialmente pela sociedade, a partir disso ela ganha credibilidade e legitimidade, e às pessoas que exercem a atividade aderem autoridade para o seu exercício. Portanto, não basta apenas boa vontade e conhecimentos psicológicos para se exercer essa profissão.

Compreendido essa fenômeno fui conversar com o meu supervisor e pedir a ele que oficializasse o que eu iria fazer e de maneira mais explícita solicitei que ele formalize essa prática dentro do quadro de rotinas da instituição, que informasse todos os indivíduos da equipe e que me apresentasse à eles enquanto sendo o indivíduo responsável por essa prática e toda e qualquer demanda que fosse desse âmbito teria de ser encaminhados para o meu setor.

Essa foi a forma que encontrara de canalizar todas às formas de componentes e elementos de natureza psicológica para um único espaço. Bom, quero demonstrar com isto o pré-trabalho psicológico que tive de desenvolver antes de iniciar o trabalho psicológico propriamente dito de fornecimento de escuta e intervenção imediata na dimensão comportamental-afetiva.

Assim o pré-trabalho é caracterizado por: análise e diagnóstico institucional, produção de transferências possibilitativas de aliança, criação e especulação de projetos que satisfaçam carências organizações e delimitação dos espaços de atuação.

Desse modo tive de fazer uma análise institucional do funcionamento da organização, compreender em qual estágio se encontrava do seu desenvolvimento, seja instuinte, instuído ou no nível da instituição. Criar aliança com às pessoas desse ambiente para facilitar o processo de compreensão dos espaços. Tive de especular algum projeto que satisfaz às carências latentes e inconscientes, como também delimitar os meus espaços de atuação, tendo aí uma compreensão dos meus recursos e o que poderia fazer com eles.

Destarte acabei por identificar que existia a necessidade das pessoas em situação de rua em fazer projetos de vida e que isto só seria possível através de um trabalho pormenorizado de orientação breve de sessões individuais. Percebi que práticas grupais às únicas aderidas provavelmente por essa população seria às quais os indivíduos pudessem em conjunto encontrar soluções práticas e experimentais para alterarem situações problemáticas. A partir disso tentei implementar de modo autônomo tal prática, mas não funcionou por conta do primeiro entrave institucional que é o da não legitimação da atividade, com isso propus ao meu supervisor que formalizasse minha prática e ele concordou acatando às minhas recomendações.

Resumindo à história: temos de adentrar na instituição, fazer diagnóstico institucional, identificar às necessidades do ambiente, especular sobre possíveis projetos solucionadores e por sua vez normatizá-lo formalmente enquanto fazendo parte da organização. Nesse ínterim não podemos esquecer de produzir às transferências possibilitativas de aliança e encontrar espaços potenciais de ação do psicólogo.

Após todo esse processo feito e de finalmente termos conquistado uma placa com os dizeres *“Toda segunda-feira de tal horário à tal horário, atendimento psicológico individual e psicoterapia de grupo”*, temos ainda de esperar e ver se alguém irá.

Esse é o pré-trabalho psicológico do psicólogo na instituição que ele deve fazer antes de iniciar o seu trabalho comumente conhecido de fazer psicoterapias individuais ou em grupo. Com tudo o que foi dito demonstro que não existe espaço pré-estabelecido para o psicólogo e que este profissional deve construí-lo e que esse processo já é psicologia. O que nos resta saber é se este fenômeno ocorre por que é inerente ao processo institucional da organização e de funcionamento da mente humana ou caso contrário se é apenas uma questão política de não ter financiamento, poucos recursos financeiros direcionados ao profissional da saúde mental ou até mesmo por que a psicologia é uma profissão recente e que no futuro quando às pessoas estiverem mais educadas sobre os

benefícios dessa ciência, iram recorrer à ela como às pessoas recorrem ao médico em busca de remédios para cefaleia.

Por fim, me parece que não existe grandes diferenças de uma instituição para outra. Na UBS ocorre o mesmo processo de diagnóstico institucional, de desvendar às necessidades dos ambientes, de compreender o funcionamento singular e local na onde se encontra a organização e também de ir adentrando aos poucos e intervindo da maneira como pôde, sempre transitando pelos os limites impostos pelo funcionamento natural da entidade.

Algumas observações sobre a instituição em particular

A instituição promove na sua prática cotidiana dos agentes que se encontram nela, diversos impasses burocráticos. O primeiro impasse enfrentado por mim enquanto estagiário de psicologia foi o fato de não poder produzir intervenções por conta de um contrato que dizia “Intervenção apenas no segundo semestre”; acabei por solucionar esse impasse produzindo intervenções da maneira que me pareceu possível dentro das condições nas quais me encontrava – sem romper com o contrato, mas também sem prejudicar minha formação -.

No Acolhimento em Saúde Mental foi possível produzir a anamnese uma vez que tal termo – Acolhimento em Saúde Mental - se define e se caracteriza por essa prática de colher dados do histórico dos eventos relacionados à doença. Além disso foi possível produzir Consultas Psicológicas que se desdobraram em: orientação de pais; sugestões práticas de controle comportamental e psicoterapia emergencial. No primeiro desses itens fora feita orientação de pais no sentido de trazer informações sobre o desenvolvimento socioemocional das crianças e posturas mais eficientes e adequadas que os cuidadores deveriam adotar para minimizar ou melhorar o convívio interpessoal com às crianças. No segundo item produzi sugestões sobre práticas de controle comportamental de condutas involuntárias e ansiogênicas para os indivíduos acometidos por transtornos psiquiátricos dos mais variados, como depressão, síndrome cólon irritável, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. Já no terceiro item por conta de alguns pacientes que sustentavam formas de sofrimento agudo fora necessário fazer uma psicoterapia emergencial e de cunho focal. Aqui no caso intervenções que permitissem uma abertura para modalidades reflexivas alternativas tornaram-se úteis.

Às intervenções psicológicas se fizeram no sentido de propiciar um espaço psicológico para os profissionais-técnicos. Havendo à princípio aderência de um Agente de Saúde, como também à prestação dos serviços psicológicos para este.

A participação no Grupo BemPresente demonstrou sua utilidade promovendo uma intensificação do sentimento de estar sendo “[...] *cuidado pelo os profissionais do cuidado*” [SIC] e por trazer à tona conflitos latentes em relação à imagem masculina.

Portanto, mesmo não havendo a permissão oficial para a intervenção no ambiente de saúde mental foi possível constituir alguns espaços n’onde a prática psicológica pôde se manifestar através de suas contribuições.

Os projetos de intervenção precisam ser discutidos em grupo e observar quais são às necessidades emergenciais nas quais será possível produzir uma intervenção que tenha elevado nível potencial de eficiência. A ideia é fazer com que se permita à promoção de saúde num período de tempo curto.

Uma das questões institucionais que conversamos foi sobre o fato de haver uma representação geral na UBS de que o estagiário – seja de qual área for – prestam um desserviço à população. Essa representação se baseia na experiência que a UBS teve com alguns estagiários de enfermagem que produziram uma prática de cuidados em saúde deplorável. Visto que houve até o ato ou a execução de extorquimento de eletrodomésticos e recursos financeiros através da visita domiciliar dos usuários do posto atendimento.

Houve também estagiários de psicologia que fizeram denúncia de violência doméstica por conta própria e o fizeram em nome dos responsáveis pelo setor de psicologia da UBS - no caso os psicólogos que se encontravam na ocasião -.

A partir desses dados levantamos a hipótese de que a desconfiança em relação a prática dos estagiários, é na verdade uma desconfiança proveniente de experiências anteriores e que não condizem necessariamente com a prática atual desses aprendizes. Não obstante essa nódoa vem a obscurecer o exercício profissional de futuros estagiários que possivelmente viriam a cumprir com suas responsabilidades de forma ética e por sua vez acaba por fazer com que alguns indivíduos sejam tomados como o todo ou até mesmo que o trabalho particular e razoável de alguns seja tomado como o trabalho mediano da maior parte.

CONCLUSÃO E REFLEXÃO SOBRE OS ACOLHIMENTOS

O acolhimento e orientação de pais com July (32 anos) fora uma atividade significativa, pelo fato de eu ter vislumbrado uma faceta disso que denominamos de psicodiagnóstico e acolhimento.

Sempre quando recebemos alguém em um plantão temos uma suposição teórica de como necessariamente será esse recebimento. Nessa via podemos ter um posicionamento fenomenológico de aguardar os fenômenos aparecerem e com isto seguimos arrisca o preceito metodológico de possibilitar a ampliação dos sentidos e significados inerentes à essência do acontecimento.

Mas é comum que muitas vezes não seja possível fazer o processo de exploração de sentido, justamente pelo fato do sujeito não dispor no momento de capacidades de simbolização. Ora, o que fazer quando não é possível significar e ressignificar os próprios acontecimentos? A estratégia muda? Será que buscar causas para compreender o atual estado psíquico do indivíduo seria uma solução ao menos paliativa?

Quando não há sentido buscassem às causas e talvez essas possam ajudar e engatilhar os significados. A noção que quero estabelecer é de que no atendimento *a priori* estive no posicionamento de aguardar os fenômenos aparecerem por si mesmos, no entanto o que fazer quando o que se aparece são conteúdos que nos força à investigar causas e compreender os seus mecanismos e não necessariamente os seus sentidos e significados?

No senso comum pensamos que o posicionamento fenomenológico é uma oposição ao posicionamento investigativo do diagnóstico, não obstante essas duas posições não são contrárias uma à outra, pois os conteúdos que se mostram quando estamos no posicionamento fenomenológico nos servem de base para às hipóteses diagnósticas, não tão óbvio teoricamente, mas muito evidente clinicamente é o fato de que só é possível fazer um diagnóstico se o posicionamento do psicólogo for desprendido e sem preconceitos, *isto é, fenomenológico*.

Com July estive na posição de aguardar com que os fenômenos viessem à tona, seja qual fossem eles. No decorrer do acolhimento deparei-me com o fato de que sua solicitação não estava relacionada com uma ampliação de sentidos e significados da sua existência - apesar de que o resultado final de um acolhimento é sempre uma ressignificação do que já se tem -, como também não era um pedido de um diagnóstico sobre sua estrutura psíquica, ainda que através da diagnose possamos levantar o modo de funcionamento e de dinamismo da personalidade. Assim a requisição ao qual fui chamado a atender se localizava numa região de fornecer orientação. Fornecer orientação sobre às tendências comportamentais do ser humano em desenvolvimento, desde de sua infância até a fase adulta.

Cumprir com essa função exigiu além de muita responsabilidade, um pouco de sabedoria para saber acolher e levantar dados pertinentes para que se pudesse fazer intervenções com relativa solidez e com fundamentação empírica e teórica.

Por fim, os acolhimentos que até então venho produzindo, em *stricto sensu* deveria ser praticado enquanto sendo uma anamnese do sintoma dos usuários. No entanto, não é possível dissociar o sintoma do paciente ou a história da doença da história do adoentado. Lembrar os acontecimentos correlacionados com sua doença, é lembrar de sua própria história pessoal, pois esta exerce uma influência e determinação na geração do quadro sintomatológico. E se caso acharmos que não existe nenhuma correlação ou que o paciente não consegue lembrar de nenhum evento significativo ou que esteja associado a emergência do quadro, veremos cedo ou tarde que a doença se instala de modo sorrateiro, silencioso e conserva-se através de um período de incubação. E que o seu processo – da patologia - de se acomodar silenciosamente na dinâmica vivencial é a revelação plena e cabal de que o paciente acomodou-se de alguma maneira na sua doença, deixando-a manter-se e proliferar-se em torno do seu psiquismo até o exato momento que ocorre a insurgência sintomática.

É interessante observar como a intervenção farmacológica permite até um certo limite uma melhora significativa. Depois de um determinado ponto às medidas de intervenção se alteram pelo fato da patologia não permitir o controle dos seus efeitos no organismo através das intervenções exógenas ou sua manutenção através ação química de determinadas substâncias. É notável observar que parece uma transição. Depois do cessar da ação medicamentosa se recorre a outros fármacos, no entanto é ineficaz tal conduta.

Quando se fala dessa relação entre intervenção farmacológica e psicoterápica, parece existir um *contínuo* ou um acoplamento interventivo. Se estabelece uma complementariedade nessas intervenções. Quando se fala em adoecer psíquico, uns dos fatores preponderantes no mantimento dos sintomas é o *fator atitudinal* - as atitudes que mantêm a doença e por sua vez o sofrimento -. O medicamento permite ao indivíduo um descanso para que ele possa se restabelecer, nessa fase não parece ser necessário ele fazer mudanças comportamentais abruptas para que sua patologia seja eliminada. É necessário que repouse e permita a ação farmacológica assentar o equilíbrio físico-químico-hormonal do organismo. Passado esse descanso é necessário um movimento atitudinal que reforce o efeito da ação farmacológica. Nesse caso ocorre uma convergência de ações para o enfrentamento da doença. O efeito das substâncias químicas de modo gradativo diminuem e os sintomas na mesma proporção e razão inversa regressam.

Nesta ocasião o fator atitudinal deve agir para reforçar a ação medicamentosa, a psicoterapia cumpre com sua função auxiliando nas experiências emocionais corretivas que permitem a modificação dos comportamentos que potencializam a insurgência do quadro psiquiátrico.

A reflexão e investigação das relações das intervenções farmacológicas e psicoterápicas é de grande utilidade, principalmente para o psicólogo que no ambiente hospitalar pode produzir um trabalho em consonância com a equipe de farmacêuticos e psiquiatras. Compreender sobre os modos de intervenção, sobre como, quando e onde intervir permite uma ação especializada e focalizada. Nesse sentido o campo da Psicoterapia Breve tem em muito que contribuir dentro de um espaço na onde não é possível à análise interminável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLEGER, José. Psicologia institucional. **BLEGER, José. Psico-Higiene e Psicologia Institucional, Porto Alegre, Artmed, p. 31, 1984.**

BLEGER, José. Temas em Psicologia: entrevista e grupos (RMM de Morais, Trad.). 1998.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. O Anti-Édipo—Capitalismo e Esquizofrenia, Trad. **Joana Moraes Varela e Manuel Maria Carrilho. Lisboa: Assírio & Alvim, 2011.**

LOURAU, René. **A análise institucional.** Vozes, 1996.