

Reflexões sobre o hospital geral: um olhar *psi* e histórico

Reflections on the general hospital: a historical look and psychological

Helena Pinheiro Jucá-Vasconcelos

RESUMO

O presente artigo aborda alguns aspectos históricos na formação do hospital e da entrada do psicólogo no hospital geral. É discutida a dimensão afetiva da equipe, já que no ambiente hospitalar podem emergir dificuldades emocionais ao se lidar com os pacientes. Por fim, é proposta uma reflexão sobre as possibilidades de trabalho do gestalt-terapeuta no ambiente hospitalar.

Palavras chaves: Psicologia hospitalar; intervenção psicológica; equipe multidisciplinar.

ABSTRACT

This article deals with some historical aspects in the formation of hospitals and the entry of psychologists in general hospitals. It also aims at discussing the affective dimension of teams within the framework of emotional difficulties from working with patients in hospital environment. Finally, a reflection concerning the potential of Gestalt therapists in hospital environment is presented.

Keywords: Hospital Psychology; psychological intervention; interdisciplinary team.

O hospital, tal como o conhecemos, é uma instituição relativamente nova. Na Idade Média, criou-se essa instituição que inicialmente era de caridade com o objetivo de abrigar, alimentar e dar assistência aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. O termo “hospital” se relacionava ao significado em latim da palavra: hospedagem, hospedaria, hospitalidade. Não era uma instituição médica, mas, sim, religiosa (Amarante, 2007).

Já no século XVII, com a criação do Hospital Geral, que não tinha finalidade meramente filantrópica, definiu-se um novo “lugar social” que inicialmente na sociedade ocidental não era para os enfermos, e sim para o louco e a loucura. A internação era decidida por autoridades reais e judiciárias, sendo que o diretor da instituição tinha o poder absoluto sobre os clientes da instituição e também sobre toda a população. Com isso, o Hospital Geral passou a desenvolver papéis mais sociais e políticos, em comparação ao hospital caritativo. Sob a influência da revolução francesa, os médicos entraram no hospital para democratizar o espaço, libertando os internos alojados por conta do poder autoritário do Antigo Regime. Também foram criadas novas instituições de abrigo, tal como orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centros de reabilitação e reformatórios. Toda essa situação social favoreceu que o hospital fosse perdendo cada vez mais o papel caritativo e de controle social e fosse ganhando a função de tratar dos doentes (Amarante, 2007).

Para Foucault (1979) a constituição do hospital como instituição médica, tendo como finalidade intervir sobre a doença e o doente, se deu a partir século XVIII. Inicialmente o hospital era coordenado por instituições religiosas que objetivavam principalmente abrigar pobres em fase terminal, para assisti-los material e espiritualmente. Somente neste século, foi observado que o hospital não era um espaço que proporcionava a cura dos doentes, tal como se almejava. Era um local de internamento de doentes, de loucos, de devassos e de prostitutas, servindo como uma ferramenta de exclusão, esperando com isso auxiliá-los e transformá-los no âmbito religioso, sem a expectativa de intervenção médica.

Começa-se, então, a se descrever funcionalmente os hospitais, encontrando relações entre fenômenos patológicos e a forma que se distribuía espacialmente os doentes. Primeiramente procurou-se anular os efeitos negativos do hospital, tal como a desordem econômico-social e a possibilidade de contaminar a cidade. Para o autor, o primeiro hospital a participar da reforma foi o marítimo, já que era alvo de desordem econômica por conta do alto número de tráficos de mercadorias. Procurou-se também alojar pessoas desembarcadas para que não contaminassem as pessoas locais de doenças epidêmicas.

Nesta época, o hospital militar precisou se reorganizar, pois o preço do homem se tornou mais caro. Isto, porque, até meados do século XVII, havia uma grande facilidade de recrutar homens para o exército, uma vez que não necessitavam de qualquer formação prévia e a mão-de-obra era barata. Entretanto, com o surgimento do fuzil, tornou-se necessário o treinamento do militar para o manuseio da arma e, com isso, o custo do material humano se elevou. Por questões econômicas, os países passam a não querer que o soldado morra por doenças. Assim, o hospital militar se transforma em uma ferramenta técnica e militar relevante. Para não perder seus homens, sentiam necessidade de vigiá-los, tentar curá-los e de saber como discriminar se estavam ou não doentes. Surgiu, portanto, uma nova tecnologia de organização administrativa e política do ambiente do hospital militar, a qual se baseava no poder da disciplina. Com ela, estabeleceu-se uma forma de distribuição espacial dos homens que favoreceu a maior eficácia possível e o conhecimento sobre o corpo humano para maior controle. Nessa dinâmica, procurava-se vigiar constantemente os indivíduos, necessitando de um registro contínuo para não perder os detalhes, surgindo os prontuários. Essa é a explicação de Foucault para a entrada do médico no hospital, uma vez que a tecnologia possibilitou a medicalização do hospital, numa época em que o saber médico também se transformou. A prática médica se desloca para a intervenção no meio e não mais à doença propriamente dita, assim, no hospital passam a mudar o ambiente com finalidade terapêutica (Foucault, 1979).

Neste contexto:

“o hospital tornou-se, a um só tempo, espaço de exame (como um laboratório de pesquisas que permitiu um novo contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (hospital-escola, residência médica, local privilegiado de ensino e aprendizagem)” (Amarante, 2007: 26).

Nesta mesma época, os médicos alienistas adentraram os asilos ou hospícios procurando estabelecer o domínio sobre a loucura a partir da racionalidade médica. Através da observação e categorização da loucura, fundou-se a prática que orientou o nascimento da psiquiatria como parte do estudo da medicina (Ferreira, 2001).

Pereira (2001) expõe a história de Kraepelin e o coloca como um dos responsáveis pela fundamentação da moderna disciplina psiquiátrica, em sua vertente nosológica e nosográfica. Kraepelin, segundo Pereira (*op.cit*) ligava a psiquiatria às ciências naturais, necessitando, portanto, descrever e classificar as doenças mentais seguindo o método de observação e descrição criteriosa dos

fenômenos clínicos. Tal método favoreceria a delimitação da “história natural” da doença com o início, a evolução e o desfecho da patologia. Para Kraepelin, as mesmas doenças devem ter semelhanças entre as histórias naturais e desfechos clínicos.

Ceccarelli (2003) afirma que o saber sobre o sofrimento psíquico do ser humano não existia até o final do século XIX. O foco estava na doença, e em sua sintomatologia, procurava-se conhecer para fazer classificações. A autora ressalta que:

“Em certa medida, o discurso psiquiátrico contemporâneo, que aparece na segunda metade do século XIX, guarda, em sua origem, esta mesma tradição. Os grandes psicopatólogos do século passado, dentre os quais Havellock-Ellis e Krafft-Ebing, tinham por preocupação classificar e etiquetar as organizações psíquicas que escapavam às referências de normalidade da época, o que aumentou consideravelmente a nosografia psiquiátrica. A Psicopatologia Geral de Jaspers continua, sob certos aspectos, esta mesma tradição ao deixar claro, já na introdução, que seu objetivo é “o fenômeno psíquico realmente consciente” (Ceccarelli, 2003)

Sob esse prisma estabelece-se a entrada do psicólogo nos hospitais psiquiátricos, espaço que inicialmente fora ocupado por psiquiatras.

Somente na década de 1950 houve a inserção da psicologia no hospital geral. À princípio, o trabalho no hospital se assemelhava ao do consultório quanto à postura, teoria e local (Romano, 1999 apud Lamosa, 1987). Essa entrada foi propiciada principalmente em como se estabeleceu e se organizou o saber médico, vendo o ser humano de forma fragmentada, ou seja, buscando a compreensão só do orgânico, sem interface com o psicológico ou emocional. Ferreira (1998: 11, apud Pitta, 1990) afirma que:

“A objetivação diagnóstica, oriunda do tecnicismo, acabou por coisificar o próprio sujeito. Desta forma, o processo subjetivo e o lugar do sujeito frente às ameaças, ao sofrimento e à dor do adoecimento, tornam-se invisíveis ante o olhar frio do diagnosticador e das intervenções nos órgãos do corpo. No desamparo frente ao horror da doença e da morte, o homem entrega seu corpo ao corpo *técnico* como refúgio para sua angústia”.

A compreensão histórica auxilia a entender como se dá a organização hospitalar atual. Em um ambiente hospitalar espera-se que os pacientes cheguem com questões orgânicas para se tratar: doenças crônicas ou agudas, ferimentos, etc. A equipe médica está apta, inicialmente, a decifrar sinais e sintomas e transformá-los em algum diagnóstico que levará ao tratamento correspondente. Generalizando, poderíamos dizer que o que se deseja do hospital seria tal

diagnóstico e tratamento. Entretanto, o profissional se depara com o problema que nem sempre se encontram casos tão lineares como os esperados. Há um enredamento que não se pode decifrar a partir de manuais. Os pacientes, além das queixas orgânicas, se referem a dores que muitas vezes não podem ser explicadas como algo biológico; e, ainda, concomitantemente aos problemas biológicos estão os psíquicos, apontando para a complexidade do ser humano.

Martins (1998), professor de medicina, critica a formação médica. O autor coloca que a universidade compartimenta o ser humano em disciplinas. A estrutura curricular é fragmentada tanto ao se estudar os conhecimentos básicos, quanto ao apreender a clínica e os recursos terapêuticos. Segundo o autor, para que haja integração é necessário superar a fragmentação da formação médica.

Perls (2002) também critica o estudo da medicina por dividir o conhecimento, propondo, então, uma mudança dos métodos educacionais da medicina. Enfatiza em seu texto que o corpo, a mente e a alma são alguns dos aspectos do homem, que é um organismo vivo. Contesta a crença de que há uma divisão do organismo entre corpo e alma, acreditando ser uma visão artificial própria da concepção isolacionista do organismo. E, repreende também a teoria do paralelismo psicofísico em que acredita que corpo e mente tem suas atividades separadas, porém paralelas entre si. Aponta que essa teoria não explica como se dá a inter-relação entre as funções psíquicas e orgânicas, sendo também para ele uma concepção dualista. Perls enfatiza que *corpo* e *alma* significam partes de uma mesma coisa, propondo uma visão holística do organismo.

Historicamente pode-se observar que com o progresso das áreas da saúde, foram criadas novas especialidades e novas sub-especialidades. Isto acabou induzindo a uma compreensão fragmentada do corpo humano, reduzindo-o a um conjunto de órgãos e sistemas. O enfermo passou a ser visto fragmentado e pelo nome de sua doença ou problema de saúde. Pensando em melhorar esta situação, alguns estudiosos começaram a propor as atuações interdisciplinares, na expectativa de que, somando os saberes de diferentes especialidades, seria possível compreender o enfermo integralmente (Santos e Sebastiani, 2003).

Ressalto, entretanto, que o importante não é condenar o modelo biomédico, mas advertir que sempre estamos sob a influência do bio-psico-espiritual-social-cultural, e que o problema é tentar lidar com o paciente a partir unicamente do modelo biomédico, excluindo todos os outros aspectos.

Mattos (2004) compreende que o projeto terapêutico surge do diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, não sendo entendido como pura aplicação dos conhecimentos médicos. Nessa perspectiva, o que o usuário dos serviços de saúde traz é valorizado, quais sejam: seu sofrimento, suas expectativas, seus temores, seus desejos e suas questões. Nessa perspectiva, os profissionais

somam esses conhecimentos aos deles. Para o autor, ao se buscar a prática da integralidade, é primordial que as ações em saúde no SUS sejam intersubjetivas, favorecendo a dimensão dialógica, que vejam o paciente como sujeito e não objeto.

Não se pode esquecer que os serviços públicos de saúde do Brasil, em sua maioria, estão superlotados de pacientes e com escassez de mão de obra. Portanto, é necessário ir com cautela com as críticas, uma vez que muitas vezes os profissionais também são vítimas de um sistema que impossibilita o trabalho, tal como se idealiza.

Como foi dito anteriormente, quando um paciente chega a um hospital geral, demanda à equipe de saúde que desvende seu sintoma, acreditando que o saber da medicina poderá nomear sua doença. O médico procurará decodificar o sintoma e irá propor um tratamento correspondente ao paciente. Sarno e Fernandes (2004) apontam que essas particularidades da clínica médica podem contribuir para alguns acreditarem na impossibilidade de um trabalho de exploração psíquica. Entretanto, as autoras afirmam que existe entrada deste saber no hospital, justamente porque o trabalho *psi* possibilita trabalhar integralmente a pessoa por propor ouvir também os aspectos psíquicos. O saber médico decodifica o sintoma do paciente, mas nem sempre é possível converter os códigos dados pelo paciente – os sintomas - em linguagem inteligível – a doença. Assim, surge a demanda para os psicólogos, que procurarão compreender o corpo do sujeito através de como este significa seu sintoma, inclusive em como pode usar o sintoma para satisfazer-se em aspectos que lhe são insuportáveis (Sarno e Fernandes, 2004). Até porque o processo de adaptação do paciente à doença pode levá-lo a uma regressão emocional, podendo “reativar conflitos emocionais anteriores não resolvidos” (Penna, 1997:197).

Outra questão importante a ser abordada é que normalmente as faculdades da área de saúde não levam em consideração sentimentos da equipe em relação ao paciente. Compartimentando também o futuro profissional, como se aspectos afetivos não permeassem o cuidado.

Um estudo que aborda de forma interessante a dimensão afetiva do profissional é a pesquisa qualitativo-descritiva de Kebbe, Ferreira e Rossi (2004). Os autores apontam para o fato de que a equipe de saúde que trata de pacientes diagnosticados como Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT) pode apresentar sentimentos, comportamentos e mecanismos de defesa que demonstram o sofrimento psíquico do profissional.

Com isso, percebe-se que o ambiente hospitalar propicia a emergência de sentimentos que mobilizam também a equipe. Acontecimentos inexplicáveis e

muitas vezes até revoltantes acontecem, como, por exemplo, bebês com câncer, crianças vítimas de violência, pessoas com doenças incuráveis e até mesmo sem um diagnóstico claro. Podendo remeter ao medo de cada um que algo parecido possa acontecer consigo ou com seus familiares e amigos, fazendo com que o profissional lance mão de mecanismos de defesa para lidar com a dor.

Frente a essas dificuldades, Angerami-Camon (2003) comenta sobre a expectativa da equipe médica frente ao paciente, chegando a tracejar uma “trajetória hospitalar” que se espera que ele percorra: da entrada até a ida aos setores específicos de tratamento e de intervenção. Cada trajetória diferente irá corresponder a um comportamento da equipe, podendo surgir conflitos na interação entre paciente e equipe. O autor afirma que em um hospital acredita-se que o paciente “adequado” será aquele que não questionará o tratamento e as normas impostas pela equipe. Contudo, aquele que não for submisso às regras terapêuticas, podendo até mesmo aceitar a própria morte, poderá ser alvo de ira da instituição.

Percebemos, então, que o trabalho em uma instituição hospitalar leva a equipe a se deparar com questões que abalam, de certa forma, o modelo de ensino tradicional da medicina. Ao se dividir o ser humano em “partes”, pode contribuir para que não sejam encontradas as queixas do paciente no manual de prática clínica. Pode-se, assim, produzir confusão e até dúvidas da veracidade do sintoma apresentado pelo indivíduo ou até mesmo do conhecimento do médico iniciante. Já foi relatado em outro artigo sobre a dificuldade de uma equipe em lidar com pacientes caracterizados como Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT) pelos médicos que acreditam que “não têm o que fazer” com tais pacientes. A hipótese que fizemos foi que a angústia do médico nestas situações pode fazê-lo ignorar o trabalho possível a partir da dimensão subjetiva diante do luto (Palmeira e Jucá-Vasconcelos, 2008).

Talvez a mobilização da equipe frente à morte possa ter relação com o que Freud (1913/1999) coloca sobre o tabu, já que a morte é enigmática. Freud (1913/1999) relata que o tabu são proibições impostas de forma violenta de uma geração a outra. Acrescenta ser proibições e restrições que não podem ser abordados, produzindo conflito de ambivalência, onde se deseja inconscientemente completar o ato proibido e, ao mesmo tempo, sente-se medo de que isso aconteça. Isso porque, tendo uma origem misteriosa, é proibido tocar no tabu, há uma fobia de contato. Quem o viola, também se transforma em tabu, possuindo o poder de despertar nos outros os desejos proibidos e a ambivalência, sendo, portanto, contagioso. Assim sendo, podemos pensar que o que se passa ao paciente pode mobilizar afetivamente o profissional que o atende, fazendo com que este não consiga, por exemplo, escutar o paciente quando este o coloca de frente a algo inaceitável para o profissional: por exemplo, quando o paciente diz não aguentar mais a situação em que vive e deseja morrer.

As situações no ambiente hospitalar, portanto, tendem a mobilizar a equipe que pode usar formas disfuncionais de entrar em contato. Contato, para Gestal-terapia, é uma “função que sintetiza a necessidade de união e de separação” (Polster e Polster, 2001:111). Polster e Polster (2001) apresentam sete formas de contato: olhar, ouvir, tocar, falar, mover-se, cheirar e provar. Cada uma dessas configurações tem uma função e são necessárias para que o contato seja alcançado. Quando há um desequilíbrio dessas formas, o contato ou é bloqueado, ou é evitado.

A Gestalt-terapia tem como fundamento principal ver a resistência como uma forma de contato, não se procura, por conta disso, retirá-la da pessoa sem que se compreenda sua função. É necessário saber como se deu sua criação e se ainda é necessária no aqui e agora. Perls (1977), sobre isso, enfatiza a importância em se trabalhar como se dá a auto-interrupção em vez dos *porquês*.

Polster e Polster (2001) observam que normalmente a resistência é vista como uma força intrapessoal que dificulta a ação para um objetivo específico, sendo um comportamento não natural da pessoa. Nesta perspectiva buscaria remover a resistência já que a percebe como sabotadora, como se essa força não fizesse parte do organismo. Entretanto, os autores a percebem com cautela, já que acreditam que a resistência é uma forma criativa de administrar o que é difícil no meio. Propõem que o foco seja na resistência, pensando que ela possibilita o crescimento e faz parte da identidade da pessoa. Com o surgimento de uma resistência surge-se uma nova pessoa, forma-se uma nova natureza individual. Os autores afirmam “sua assim chamada resistência não é menos parte dele do que o impulso a que ele pode estar resistindo” (Polster e Polster, 2001: 72).

O trabalho na psicoterapia é integrar as polaridades, entretanto, Polster e Polster (2001: 79) salientam que “é necessária muita perseverança e criatividade na manutenção da integração e do contato entre características dolorosamente antagônicas”. Os autores ainda explicam:

“Não existe uma medida precisa a fim de identificar os limites da capacidade de um indivíduo para assimilar ou expressar sentimentos que tenham possibilidades explosivas, mas *existe* uma precaução básica. Esta precaução é constituída por um sólido respeito pela auto-regulação do indivíduo – sem forçá-lo ou seduzi-lo a comportamentos que ele mesmo não tenha estabelecido de modo amplo” (Polster e Polster, 2001: 83).

Assim, em um ambiente hospitalar é preciso respeitar as dificuldades emocionais da equipe, sem preconceitos ou críticas para então buscar compreendê-las de forma que possam integrar as polaridades. É comum haver crítica à equipe médica por coisificarem ou tratarem as situações objetivamente, no entanto, o que a

Gestalt-terapia traz como importante é a possibilidade de ver tais reações como formas criativas de lidar com a dor, são disfunções de contato.

Polster e Polster (2001) apresentam cinco formas de interação resistente: introjeção, projeção, retroflexão, deflexão e confluência.

Introjeção é forma genérica de interagir com os outros, a partir do que foi “engolido”, porém sem ter sido digerido. No princípio tal mecanismo é necessário, por exemplo, quando uma criança precisa confiar nos seus pais e no que afirmam sobre o mundo para ela. No entanto, para que a introjeção seja favorável à pessoa é necessário que o ambiente, além de estar de acordo com o aqui e agora, seja satisfatório, o que é difícil de ocorrer. Até mesmo porque a introjeção, à princípio, não respeita a experiência no aqui e agora. Para desfazer a introjeção é preciso aumentar a percepção de “eu” e “eles” e das escolhas da pessoa. A dificuldade em elaborar o material introjetado segundo Polster e Polster (2001) se deve ao fato de estarem presentes aspectos como a impaciência na hora de assimilar o material introjetado, a preguiça em trabalhar arduamente nesse processo e a ambição de querer muito resultado com pouco tempo e esforço. A particularidade e a urgência no trabalho hospitalar propiciam que introjeções sejam lançadas à mão no relacionamento com os pacientes, e o trabalho do psicólogo seria o de ajudar a questionar essas introjeções que não estejam sendo funcionais.

A projeção é uma capacidade do ser humano em compreender o outro, em ser empático. No entanto, seu excesso está relacionado à não aceitação de seus próprios sentimentos e comportamentos por não se achar adequado, tendo como base, portanto, a introjeção básica de que não “deveria” agir ou sentir dessa maneira. Por conta disso, partes de si são entregues às outras pessoas (Polster e Polster, 2001). O trabalho nesse caso no ambiente hospitalar é fazer com que a equipe se apodere de suas partes projetadas nos pacientes para que as integre a si.

Por sua vez, a retroflexão se refere a uma função hermafrodita já que se procura fazer a si o que gostaria de fazer ao outro, ou faz para si o que gostaria que alguém fizesse a si. Ela pode ser um mecanismo positivo, uma vez que possibilita a autocorreção, impossibilitando que certos comportamentos danosos aconteçam. Mas pode ser rígida quando se tornam estagnados os comportamentos, sem espontaneidade, atemporal e sem sabedoria. O uso recorrente desta função pode levar ao bloqueio dos impulsos para o mundo, estando presa às polaridades paralisadas. Há, portanto, a cisão do eu, o que dificulta o contato com o outro. O foco nesses casos é propiciar a autoconsciência, na quebra da imobilidade e na recuperação da energia viva do organismo para que se possa restabelecer o contato com o mundo externo (Polster e Polster, 2001). Assim, o profissional de saúde pode se dar conta das suas necessidades e não confundir com as dos pacientes, possibilitando também que o doente também seja visto.

Ao se evitar o contato real com outra pessoa, através de rodeios, prolixidade, polidez, falta de energia e contato ocular há o contato deflexivo. A pessoa que se utiliza dessa forma de contato sente que não consegue alcançar o desejado, e se frustra por isso. O trabalho nesses casos é ajudar na focalização no contato. A deflexão é útil em momentos em que é preciso se afastar da realidade para conseguir lidar com ela. Entretanto, a dependência nessa forma de interação ou a falta de discernimento quando ela é necessária pode trazer problemas à pessoa, uma vez que dificulta a concretização das expectativas (Polster e Polster, 2001). Essa forma de interação é vista no hospital quando, por exemplo, fala-se com linguajar técnico e prolixo de forma que não haja compreensão do que esteja sendo dito. Ou mesmo quando fala-se de eventos traumáticos, como falecimento de pacientes, sem qualquer energia ou contato ocular com os familiares. Uma intervenção possível seria solicitar que se resuma em uma palavra ou uma frase o que se deseja falar sem termos técnicos, ou mesmo trabalhar a dor do profissional frente à perda e ao luto antes que de ele dar a notícia. Essas intervenções têm caráter pedagógico, uma vez que possibilita o aprendizado do profissional em ser mais *aware* do seu estado emocional.

A confluência é perseguida por aqueles que desejam “reduzir as diferenças para moderar a experiência perturbadora da novidade e da alteridade” (Polster e Polster, 2001: 105). Tenta-se diminuir as diferenças criando um relacionamento frágil, pois em contato com as exigências do ambiente pode haver o rompimento da relação ou desentendimentos (Polster e Polster, 2001). No hospital o que se observa é que às vezes a equipe tende a ver certos grupos de pacientes como homogêneos, assim acabam tendo como pressuposto que a relação se dará de forma muito semelhante. Acaba havendo uma cobrança subentendida do que se espera desses grupos, podendo haver a exigência de reagir de forma parecida. O não cumprimento dessas “normas” pode levar a sentimentos de culpa ou de ressentimento pelas partes. O contato, a diferenciação e a articulação são necessárias para sair ou não entrar nessa dinâmica

Concomitantemente a isso tudo há também os sintomas, físicos ou não, que se relacionam à história do paciente, tendo o sintoma como a forma possível de lidar com os problemas emocionais e psíquicos. Entretanto, esse conhecimento de que os sintomas e a doença fazem parte de um organismo criativo, que pode produzir esses fenômenos para lidar com situações difíceis. A psicanálise traz como repertório a visão do ganho secundário da doença e do sintoma, o nos ajuda a ouvir de forma diferenciada a queixa do paciente. Quando a equipe não conta com o psicólogo em sua equipe pode perder essa visão diferenciada sobre o indivíduo, podendo até ficar com sentimentos de raiva. Para exemplificar, podem-se citar os casos de pacientes internadas com anorexia nervosa, cujos cuidadores relataram estar furiosos porque acreditavam que seria “só mudar a percepção corporal” para

curá-las, já que “elas só não querem comer”. Não se observa, nesse casos, a história singular daquela pessoa que através do sintoma fala de si mesma.

Para se falar melhor sobre sintoma psíquico cito Freud (1917) que o conceitua como ações prejudiciais ou sem utilidade ao sujeito que pode produzir queixa de desprazer ou sofrimento. Quanto mais se formam sintomas, mais se consome a energia mental, podendo ocasionar um extremo empobrecimento da pessoa e, conseqüentemente, a paralisação da mesma em suas atividades essenciais. O autor explica que “os sintomas neuróticos são resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido” (p.419). O sintoma representa o acordo formado entre as duas forças em luta. Ele cria um substituto da satisfação frustrada, ao retornar ao passado e tentar reviver a satisfação infantil, o que pela censura se transforma em sensação de sofrimento associada a elementos da origem precipitante da enfermidade. Mais adiante Freud afirma “um sintoma, tal qual um sonho, representa algo como já tendo sido satisfeito: uma satisfação à maneira infantil” (p.428). E ainda acrescenta “por meio da análise, conforme sabem, partindo dos sintomas chegamos ao conhecimento das experiências infantis, às quais a libido está fixada e das quais se formam os sintomas” (p. 428). Nesse texto, Freud comenta sobre a possibilidade do médico se sentir ofendido caso acredite que pacientes possam criar histórias que não sejam reais materialmente. Afirma que é imperativo igualar a realidade à fantasia quanto ao seu valor, já que “*no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva*” (itálico do autor, p.430).

Para a Gestalt-terapia, no entanto, o sintoma é uma forma criativa do organismo de se adaptar na busca de equilíbrio entre as demandas do meio e as necessidades prioritárias para o funcionamento do organismo. Ambas as visões, tanto da psicanálise quanto da Gestal-terapia, trazem em perspectiva que deve haver um entendimento do sintoma a partir do próprio sujeito que o produz.

Partindo desse pressuposto, Szpirko (2000) aborda em seu trabalho que o paciente dá seu próprio significado ao risco de saúde que ele corre, ele associa idéias a partir da doença, e essas associações podem não estar de acordo com o que o médico poderia prever. O autor cita casos em que pacientes com doenças crônicas não agem de acordo com a prescrição médica, fazendo com que clínicos possam ficar em dúvida entre ter uma atitude ativa ou passiva frente ao comportamento do paciente. Assim, os problemas relacionais podem ser encontrados na relação médico-paciente a partir da comunicação de uma doença crônica, já que o paciente pode ou não seguir a prescrição médica por conta do que entende ser a doença.

Neste trabalho procurei advertir sobre os aspectos históricos da criação do hospital geral e psiquiátrico e suas repercussões sobre a entrada do psicólogo no hospital geral. Foram abordadas questões importantes encontradas na prática

clínica de psicólogos em hospitais, tais como a mobilização da equipe frente às situações vividas no hospital, seus mecanismos de defesa, inclusive quando há sintomas psíquicos simultaneamente aos físicos em pacientes internados em hospital geral. Gostaria de enfatizar a importância em continuar pesquisando, trabalhando e repensando a prática do psicólogo no ambiente hospitalar para propiciar a desejada visão integrada do ser humano, inclusive dos profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- Angerami-Camon, V. A. (org.): **E a Psicologia entrou no Hospital**. Pioneira Thomson Learning: São Paulo, 2003.
- Ceccarelli, P. R.. **A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a Saúde Mental**. In Rev. Latinoa. de Psicop.Fund., São Paulo, VI, I, março 2003, 13-25.
- Coulson, W. R e Rogers, C. R. **O homem e a ciência do homem**. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: Interlivros, 1968/1973.
- Ferreira, A. P.. **A residência Hospitalar: Uma Modalidade de Especialização em Psicologia Clínico-Institucional**. (1998).
- Ferreira, A. P.. **O ensino da Psicopatologia: Do Modelo Asilar a clínica da Interação**. 2001
- Foucault, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Freud, S. **Totem e Tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 1913/1999.
- _____. **Os caminhos da formação dos sintomas**, 1917. Conferência Introdutória 23. Em: Obras completas de Sigmund Freud. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.
- Kebbe, L. M.; Ferreira, C. Bragheto e Rossi, L.. **Profissionais de saúde na assistência a pacientes fora de possibilidades terapêuticas**. [Psicol. argum](#);22(38):55-63, jul.-set. 2004.

Martins, M. de A.. **Reflexões sobre a formação do médico**. In: VOLICH, Rubens Marcelo; FERRAZ, Flávio Carvalho & ARANTES, Maria Auxiliadora de Almeida Cunha (orgs): Psicossoma II - Psicossomática Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

Mattos, R. A. de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Oct 2007.

Palmeira, C. G. e Jucá-Vasconcelos, H. P. **A Psicologia no Plantão Geral: uma parceria em prol da integralidade**. Práxis e Formação: as várias modalidades de intervenção do psicólogo: anais do XI Fórum da Residência em Psicologia Clínico-Institucional, - Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Psicologia, 2008.

Penna, T. L. M. **Psicoterapia no Hospital Geral**. Cadernos IPUB Saúde Mental no Hospital Geral UFRJ – no. 6, 1997.

Pereira, M. E. C.. **Kraepelin e a criação do conceito de “Demência Precoce”**. Rev. Latinoam. Psicop. Fund. IV. 4. 126-129, 2001.

Perls, F. S.. **A abordagem gestáltica e Testemunha ocular da terapia**. Zahar, Rio de Janeiro, 1977.

_____ **Ego, Fome e agressão – Uma revisão da teoria e do método de Freud**. São Paulo: Summus Editorial, 2002.

Polster, E. e Polster, M. **Gestalt-terapia integrada**. Summus, São Paulo, 2001.

Santos, Cláudia Tavares dos Santos & SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica**. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org.): E a Psicologia entrou no Hospital. Pioneira Thomson Learning: São Paulo, 2003.

Sarno, L. e Fernandes, A.. **Psicanálise e Hospital Geral: limites e possibilidades**. Cogito, 2004, vol.6, p.151-153. ISSN 1519-9479.

Sawaia, B. B. . **Comunidade: A Apropriação Científica de um Conceito tão Antigo quanto a Humanidade**. In: Bader Burihan Sawaia. (Org.). Psicologia Social Comunitária : da solidariedade à autonomia. 1 ed. Petrópolis: Vozes, 1996, v. 1.

Szpirko, J.. **Ser doente, ter uma doença**. In: ALBERTI, Sonia e ELIA, Luciano. Clínica e pesquisa em psicanálise. Marca d'Água, Rio de Janeiro, 2000.

Romano, B.. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.**
São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

Townley, B. **Conhecimento e poder nas organizações.** In: DAVIL, E.; VIRGARA, S. (orgs). Gestão de pessoas e subjetividade. Atlas, São Paulo, 2001.

Endereço para Correspondência:

Helena Pinheiro Jucá-Vasconcelos

E-mail: psi.helena@gmail.com

Recebido em: 05 / 03 / 2010

Aprovado em: 03 / 11 / 2010