



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**RE-SIGNIFICANDO A AÇÃO CLÍNICA PSICOLÓGICA NA
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA QUEIMADA:
UMA EXPERIÊNCIA EM QUESTÃO.**

IVANA MAGALY LIMA ALENCAR CARVALHEIRA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**RE-SIGNIFICANDO A AÇÃO CLÍNICA PSICOLÓGICA NA
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA QUEIMADA:
UMA EXPERIÊNCIA EM QUESTÃO.**

Dissertação apresentada pela mestrandia Ivana Magaly Lima Alencar Carvalheira à Banca Examinadora da Universidade Católica de Pernambuco, como exigência parcial para a obtenção do grau em MESTRE em Psicologia Clínica- Linha de pesquisa Investigações na Clínica Fenomenológica Existencial, sob a orientação das Professoras Doutoras Henrietti Penha Morato e Albenise de Oliveira Lima

Recife/PE, 2003.



Dedico essa dissertação a todos os psicólogos clínicos que na ânsia de ampliar as fronteiras da psicologia, se aventuraram pelo trabalho no campo da saúde, em especial nos hospitais.

IVANA MAGALY LIMA ALENCAR CARVALHEIRA

**RE-SIGNIFICANDO A AÇÃO CLÍNICA PSICOLÓGICA
NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA QUEIMADA:
UMA EXPERIÊNCIA EM QUESTÃO.**

Banca Examinadora:

Dr^a Prof^a Elza Dutra

Dr^a Prof^a Ana Lúcia Francisco

Dr^a Prof^a Henriette Tognetti Penha Morato

AGRADECIMENTOS

Nesse momento pleno de tantas emoções,

sigo os batimentos do meu coração, começando a agradecer...

A *Deus* pela minha existência e por tudo que sou.

A *Ivan e Lêda*, meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, transbordando de amor e disponibilidade para aceitar as minhas limitações ao longo desse percurso e da minha vida.

A *Ricardo*, meu marido, que soube me respeitar e acompanhar nas turbulências e aprendizados nessa nova fase profissional.

Às minhas irmãs, *Cremilda e Gabriela*, mesmo quando distantes, sentia que torciam pelo meu sucesso.

Às minhas grandes amigas, *Josélia e Ana*, pela confiança e força que depositaram em mim.

Aos meus amigos que compreenderam esse processo e nunca deixaram de me incentivar.

Em Especial, às minhas queridas orientadoras, *Henriette Morato e Albenise Oliveira*, cada uma do seu modo, pôde me acolher, *ensinando* a arte de pesquisar/clinicar e a de enfrentar os obstáculos do caminho.

À Professora Doutora Ana Lúcia Francisco que esteve presente, atenciosamente, ao longo da minha construção teórica.

Enfim...

Agradeço ao Dr. Marcos Barreto pela abertura de caminhos para meu fazer acadêmico e profissional.

Às *crianças, mães e profissionais* do Centro de Tratamento de Queimados, que narrando suas experiências, disponibilizaram-se a participar deste desafio comigo, favorecendo a minha *aprendizagem significativa*.

A todos os professores do Mestrado da UNICAP.

E, ao Professor de português Renan Freitas.

PSICÓLOGA/PESQUISADORA - NESSE TEMPO QUE ESTAMOS TRABALHANDO JUNTAS...
VOCÊ PODE ME FALAR COMO ESTÁ SENDO SUA EXPERIÊNCIA COM O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO
QUE SEU FILHO ESTÁ RECEBENDO??...

TÂNIA - ACHO QUE PARA ELE NÃO INFLUENCIOU MUITO, PORQUE ELE NÃO QUER SABER
DE NADA DAQUI... MAS... PARA MIM FOI MARAVILHOSO!!

P/P - COMO ASSIM?...

T - TEM HORA QUE A GENTE ESTÁ TÃO PARA BAIXO... A CONVERSA DA GENTE, AS SUAS
PALAVRAS AJUDAM... AJUDOU BASTANTE!!!

P/P - COMO É ESSA AJUDA?

T - AJUDA NO SENTIDO EMOCIONAL... TINHA DIA AQUI QUE EU ESTAVA... SÓ NÃO
ESTAVA CHORANDO POR CAUSA DA VERGONHA. AÍ... QUANDO VOCÊ CHEGA JUNTO E CONVERSA...
DÁ AQUELA ESPERANÇA PARA A GENTE... ABRE O CORAÇÃO DA GENTE. PARECE QUE O CORAÇÃO
ESTAVA FECHADO SEM CONSEGUIR CIRCULAR. VOCÊ COM SUAS PALAVRAS... PARECE QUE ABRE O
CORAÇÃO!!

P/P - VOCÊ LEMBRA UM DESSES MOMENTOS?

T - ACHO QUE AGORA FOI UM DESSES... QUANDO A MÉDICA CHEGOU JUNTO DE MIM E
DISSE QUE ELE PERDEU O ENXERTO, PARA MIM FOI MESMO QUE DAR UMA PUNHALADA NAS
COSTAS. AÍ VOCÊ CHEGOU E DISSE QUE IRIA CHAMÁ-LA PARA CONVERSAR AQUI, FOI MESMO QUE
ME COLOCAR NO GÉU.

(Saio para chamar a médica cirurgiã. Conversamos nós três...)

P/P - SOCORRO, TÂNIA ESTÁ COM UMAS DÚVIDAS E QUERIA LHE PERGUNTAR.

T - DOUTORA, QUANDO É QUE ELE VAI SAIR DAQUI?...

S - ELE NÃO VAI PRECISAR FAZER OUTRO ENXERTO E COM MAIS DOIS CURATIVOS, ELE
TEM ALTA.

T - HAAA!!! HAAA!!! DOUTORA, QUE BOM... ENTÃO... SAIO DAQUI A QUATRO DIAS??...

S - É... A PREVISÃO É ESSA...

T - OBRIGADA, DOUTORA, E OBRIGADA, DOUTORA IVANA.

(Atendimento realizado no Centro de Tratamento de Queimados à genitora de uma criança de

4 anos.)

Criança - Tia, tô com raiva!...

Por que fizeram isso com a minha perna?

Veja!...

*agora, essa ficou doente também... (refere-se
à retirada de pele da perna sadia para enxertia)*

... O meu rosto, parou de doer...

*Eu quero ir para casa!... quero ficar com
a minha mãe!...*

Psicóloga/Pesquisadora - Você lembra como você chegou aqui no hospital?"

(Criança com 7 anos, internada no C.T.Q. do Hospital da Restauração)

RESUMO

Considerando a experiência de aflição da criança queimada hospitalizada, buscou-se pensar, como maior propriedade, sobre os modelos assistenciais clínicos instituídos, disponibilizados no atendimento a sua demanda psicológica. Nessa perspectiva, ao pesquisar sobre o *saber/fazer* clínico psicológico, revelaram-se múltiplas atitudes, ações, intervenções, orientações, interpretações, possíveis e cabíveis, ao psicológico na relação/cuidado com o sujeito. Lançando como profissional e/ou pesquisador no vasto campo da clínica psicológica, é importante compreender o que facilita ou dificulta uma ação situada. Parte-se de uma compreensão de ação implicada como constituinte no modo de ser humano: sujeito que age. Assim, este trabalho visa, a partir de uma experiência específica, trazer um outro olhar, resignificando o fazer clínico psicológico no contexto do hospital, à luz da fenomenologia existencial e de dispositivos para a ação clínica psicológica. Recorreu-se à metodologia qualitativa, inspirada na figura do narrador e amparada no método fenomenológico para interpretação. A matéria-prima desta obra consiste em narrativas da experiência do psicólogo/pesquisador e dos interlocutores nos atendimentos, criança e sua mãe, no Centro de Tratamento de Queimados, além de relatos de profissionais dessa mesma equipe de saúde. Ao final, procurou-se uma articulação entre o conhecimento vivido/afetivo e o conhecimento teórico, a partir do diálogo com autores. Vislumbrou-se que a ação psicológica no C.T.Q. situa-se no campo teórico-prático do Aconselhamento Psicológico, como prática clínico-psicológica e educacional, numa dimensão interdisciplinar de ação social clínica. Foram, ainda, evidenciadas peculiaridades da comunicação entre a psicóloga, a criança e sua mãe, compreendidas como utensílios/utilitários facilitadores da intervenção psicológica. Espera-se, com este trabalho, apontar aberturas para *ousadias responsáveis* na atuação clínica, com *implicações* para o estudo e prática interdisciplinar.

PALAVRA CHAVE: Resignificar, Ação clínica psicológica, Experiência, Queimadura, Fenomenologia Existencial, Interdisciplinar.

ABSTRACT

Considering the pain and suffering of the burned child who is in hospital, this author was concerned mostly with the kinds of current clinical help which are offered by the psychology professionals staff. From this view point when one researched about the “saber fazer”, that is, the psychological and clinical know-how, there were a great number of possibilities as to the “fazer saber”, e.g. how to reach the suffering child in his/her innerself and let him/her know that there is someone who in fact can help. It was found out that there were a number of attitudes, actions, interventions, orientation and interpretation which the psychologist could make use of in his relationship and care for the subject, the burned child. Therefore, the psychologist and/or researcher should be conscious about how broad the psychological clinical field is, and further he/she needs to understand clearly what may help as well as what may prevent a certain “*contextual action*”. One should start from understanding the subject’s individual experience as a unique human being. This study aims to take a rather different look at the burned child specific experience, and tries to provide a new meaning to the psychological clinical action, inside a hospital, enlightened by both the existential phenomenon and attitudes for the psychological clinical action. The qualitative methodology was chosen, and it was inspired by the narrator himself. It was also supported by the phenomenal method for interpretation. The material analysed is made up of narratives based on the psychologist/researcher experiences, as well as from the burned child and the mother, who were in the Burned Treatment Center (BTC). In addition, reports from professionals belonging to the same health staff were considered. Finally, special attention was given to both the experienced/affectionate knowledge and the theoretical one, all deriving from talks to area field experts. It was discovered that the psychological action done at the BTC is in the practical-theoretical field from the Psychological Advice, and it is deemed as an educational and psychological-clinical practice, in an interdisciplinary dimension of a clinical social action. Moreover, some special peculiarities were found from the communication among the professional psychologist, the burned child and the mother. Those peculiarities were the tools which facilitated the psychologist’s work. It is hoped that this study may reveal some new and “*daring*” ways for a more effective clinical action, including “*implications*” for the interdisciplinary practice and research in the days ahead.

KEY WORDS New meaning, Psychological clinical action, Experience, Burn, Existential Phenomenon, Interdisciplinary

RESUMEN

Considerando la experiencia de aflicción del niño quemado hospitalizado, intenta pensar se, con propiedad a cerca de los modelos asistenciales clínicos instituidos, en disponibilidad para el atención de la demanda psicológica. En esa perspectiva, al pensar a cerca del saber/hacer clínico psicológico, queda se en realce la pluralidad de posibilidades en el engendramiento un saber/hacer. Se revelaron múltiples actitudes, acciones, intervenciones, orientaciones, interpretaciones, posibles y permitidas, al psicólogo en la relación/cuidado con el sujeto. Lanzado, como profesional y/o investigador, en el largo campo de la clínica psicológica hace importante comprender lo que facilita/dificulta una acción situada. Se parte de una comprensión de la acción implicada como constitución del modo de ser humano: sujeto que aje. Así, este trabajo visa, a partir de una experiencia específica, traer otro mirar, res-significando el hacer clínico psicológico en el contexto del hospital, à luce de la fenomenología existencial y de los dispositivos para la acción clínica psicológica. Recorriese a la metodología cualitativa, inspirada en la figura del narrador y amparada en el método fenomenológico para la interpretación. La materia-prima de esta obra consiste en narrativas de la experiencia del psicólogo/investigador y de los interlocutores durante la atención, niños y sus madres, en el "Centro de Tratamiento de Quemados". Más allá de relatos de los profesionales de esa misma equipo de la salud. Al cabo, se intentó una articulación entre el conocimiento vivido/afetivo y el conocimiento teórico, a partir del dialogo con los autores. Se vislumbro que la acción psicológica en el C.T.Q. está en el campo teórico-practico del Aconsejamento Psicológico, como practica clinico-psicológica y educacional, en una dimensión Interdisciplinar de la acción social clínica. Fueron, aún, evidenciadas peculiaridades de la comunicación entre la psicóloga, el niño y su madre, comprendidas como utensilios/utilitarios facilitadores de la intervención psicológica. Espera se, con este trabajo, apuntar aberturas para osadías responsables en la actuación clinica, con implicaciones para el estudio y practica interdisciplinar.

PALABRAS-CLAVE: Res-significar, Acción clínica psicológica, Experiencia, Que madura, Fenomenología Existencial, Interdisciplinar.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

I. DESENROLANDO INQUIETAÇÕES.....	12
II. DESCREVENDO O ESPAÇO PARA O ACONTECIMENTO DA PESQUISA.....	21
III. DESCORTINANDO O CONTEXTO DA PERTINÊNCIA DA PESQUISA:	
A PRÁTICA PSICOLÓGICA EM HOSPITAL.....	29
3.1 A Psicologia na saúde: quando tudo começou no contexto hospitalar	29
3.2 Em busca de um saber/fazer clínico no hospital: A prática em ação	32
3.3 A Prática psicológica no hospital: Institucional ou em Instituição?	39
3.4 A Dimensão ética na ação humana: Buscando sentido para a prática psicológica	44
3.5 Olhando em torno da Psicologia Clínica: Reencontrando o sentido da prática no no hospital	50
IV. BUSCANDO UM CAMINHO PARA PESQUISAR	61
V. COMPREENDENDO AS NARRATIVAS: O FAZER CLÍNICO PSICOLÓGICO EM UMA SEMANA NO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS	66
VI. REVELANDO OUTRO FAZER CLÍNICO: A AÇÃO CLÍNICA PSICOLÓGICA NO HOSPITAL RESSIGNIFICADA PELA EXPERIÊNCIA	109
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126

ANEXOS

I - DESENVOLVENDO INQUIETAÇÕES...

Diariamente, no meu trabalho em Psicologia Clínica, desenvolvido no Centro de Tratamento de Queimados (C.T.Q.) do Hospital da Restauração na cidade do Recife, venho refletindo sobre as práticas psicológicas desenvolvidas na assistência à criança queimada atendida por esta Unidade pública. No atendimento psicológico prestado a esses pacientes, inquieta-me a necessidade de compreender o fazer clínico psicológico¹, visando contextualizá-lo e re-significá-lo como uma ação clínica às necessidades daquele sujeito. Desse modo, está implicada a intenção de proporcionar-lhes uma escuta significativa que possa favorecer a potencialização dos recursos do paciente, beneficiando o contato e a integração da sua experiência de sofrimento físico e psíquico.

Uma das razões para re-pensar a minha prática origina-se no próprio Centro de Tratamento de Queimado (C.T.Q.). Aliás, como em todo espaço hospitalar, percebo que o fazer clínico do psicólogo, como mais um profissional da saúde, não se apresenta tão delineado nem para a equipe multiprofissional (médico, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, auxiliar de enfermagem), nem, e principalmente, para o paciente.

Penso que, de um modo geral, não fica claro para a comunidade hospitalar, nem para os pacientes e familiares, àquilo que é peculiar no fazer clínico do psicólogo, uma vez que ele não mostra procedimentos tão visíveis como os que são percebidos nos procedimentos dos demais profissionais, tais como: a prescrição de medicamentos pelo médico, intervenções curativas pelo enfermeiro, exercícios pelo fisioterapeuta e outros, que revelam, concretamente, aspectos possíveis da identidade de sua prática no campo da saúde.

Essa evidência, desalojadora, na prática clínica hospitalar, leva-me a procurar, no fazer psicológico, sua ação específica no âmbito da assistência à criança queimada. Mais ainda, a indagar *qual o campo peculiar do psicólogo na intervenção interdisciplinar realizada no atendimento ao paciente queimado?* Essa questão permeia as minhas atividades e, neste trabalho, procuro encaminhá-la, buscando compreender e, assim, re-significar a minha atuação no fazer cotidiano em psicologia hospitalar.

¹ A expressão fazer clínico psicológico, aqui utilizada, está significando a atuação do psicólogo clínico no contexto hospitalar.

Quando falo em ressignificar o meu fazer clínico, estou partindo do princípio de ter uma significação da prática do psicólogo no hospital – da psicologia hospitalar, da psicologia institucional em hospital e os modelos de psicoterapia breve, mas que a meu ver não dão conta da demanda presente em meu contexto de trabalho. Assim, penso em encontrar uma outra/nova significação para a minha prática, partindo da experiência das crianças e de suas mães atendidas por mim no Centro de Tratamento de Queimados e da equipe de saúde desse centro.

A meu ver, a partir de minha experiência, outro motivo que vem justificar a necessidade de ressignificar a prática clínica psicológica no atendimento hospitalar, é a carência de conceitos teóricos que respaldem essa prática clínica. Esse questionamento encontra uma direção em Sebastiani (2000), quando afirma que há dificuldades para a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Ele comenta que, apesar da complexidade desse campo, a psicologia ainda se limita a utilizar as *ferramentas* básicas da psicologia clínica de consultório e/ou tem desenvolvido técnicas de intervenção específicas a algumas patologias. Olhando e compreendendo desse modo, *a prática clínica se aproximaria mais do ofício do artesão/criador ou da padronização promovida pelo uso da técnica?*

Nessa perspectiva, parece que os pressupostos teóricos da psicologia hospitalar, que serão discutidos posteriormente, apontavam para um fazer pautado na busca de técnicas adequadas, não favorecendo a atuação do psicólogo. Tais pressupostos estavam imersos num paradigma positivista e tecnicista, com a valorização da técnica na direção da medição, do controle e do diagnóstico do doente. *Estaria a atuação do psicólogo no contexto hospitalar relacionada a um aplicador de técnicas?* Desta feita, questiono-me *se, no desempenho das minhas tarefas no C.T.Q., não venho, por conta do uso excessivo e necessário de ações técnicas no âmbito hospitalar, automatizando atitudes na prática psicológica.*

Corroborando com essas inquietações, Chiattonne (2000, p.83) escreve que há uma discrepância entre a formação profissional e a prática psicológica nas áreas emergentes:

Ao ser instado a responder por novas áreas (áreas emergentes), o psicólogo defronta-se com a desintegração entre a prática profissional e sua própria formação e, principalmente, entre a multiplicidade de escolas de pensamento dentro da própria psicologia.

Assim, quando penso na minha experiência clínica no hospital, fica evidente a necessidade de ampliar a compreensão acerca da prática psicológica em hospital, de forma a

facilitar a criação de modos de agir mais sintônicos com a demanda da criança assistida no C.T.Q.

Essas inquietações reportam-me aquele momento de entrada na universidade. Lembro-me de algumas situações e de um questionamento antigo na fase de minha escolha e formação profissional em Psicologia. Naquela época, pensava sobre o meu desejo de ser psicóloga. *Possuía a vocação para essa profissão? O que, na minha personalidade, era necessário para o ofício de ser psicóloga?* Parece que já atentava para a necessidade de um treino acerca da atuação nesse ofício. Pensava que a condição para ser profissional seria oferecida a mim a partir de fora, não valorizava a minha experiência como indicativo à minha escolha e prática profissional.

Lembro-me de que, na minha adolescência, ao ouvir falar de psicólogos, não ficava entusiasmada com esse fazer profissional, pensava em poder satisfazer, através da profissão, as minhas demandas sócio-econômicas. Fui prestar vestibular para outros cursos, como Economia e Odontologia.

Agora, pensando nessa escolha, sinto que, enquanto sujeito de uma sociedade ocidental e capitalista, possuía, no meu modo de ser, elementos indicativos de uma ética disciplinar, o que direcionou a minha escolha profissional para aquelas profissões tidas como importantes. Ou seja, a escolha estava voltada às profissões que atendiam às necessidades pragmáticas da sociedade capitalista. Vale ressaltar que entendo a ética disciplinar como um sistema constituído por normas rígidas, pautado num excesso de tecnicismo e que tenta controlar o indivíduo, o tempo e o espaço do homem, visando anular as diferenças em favor de uma ordem e moralização social. Isso encontra amparo em Figueiredo (1996) quando trabalha a compreensão da ética ao longo do desenvolvimento histórico das sociedades, como veremos no terceiro capítulo.

Mas, voltando ao momento da escolha profissional..., como não obtive êxito naquele vestibular, vi-me envolvida pela possibilidade de cursar Psicologia e, descontraída, fiz as provas. Dias depois, recebi o resultado... Consegui passar! Curiosamente, não tinha mais nenhum interesse por outro vestibular. *Qual era o meu objetivo naquele momento?* Matriculei-me no Curso de Psicologia e, após um ano, dei-me conta de que a minha escolha profissional já estava definida tempos atrás. *Teria, de fato, uma vocação para ser psicóloga?*

Segui uma trajetória acadêmica com muito investimento e motivação. Comecei a estagiar desde o terceiro período. Já me deparava com a Clínica como sendo a *área* de atuação escolhida. Fiz a opção pelo estudo dos pressupostos teórico e pela técnica da clínica de orientação analítica, tais como: neurose de transferência, mecanismos de defesa, fases do

desenvolvimento da sexualidade infantil, postura e intervenções do psicólogo no *setting* psicoterápico, dentre outros. No momento do estágio curricular, escolhi o hospital e enveredei pelo campo da Psicologia Hospitalar, no qual atuo até hoje.

Nessa época, questionava, no fazer psicológico, os nortes da ação clínica, contemplados pelos pressupostos teóricos e pela técnica citados anteriormente. Vivia um conflito que me deixava, por vezes, desapaixonada. A minha compreensão acerca daquele enfoque teórico e daquela técnica levava-me, por vezes, a tomar atitudes divergentes daquelas que pareciam necessárias na relação com o paciente. Ou seja, muitas vezes mantinha-me distante da criança ou de sua mãe, ou mesmo, ficava sem saber qual a atitude adequada diante de um abraço, de um choro ou de uma interrupção da equipe durante o atendimento, por exemplo.

Percebia a minha necessidade de estabelecer um contato mais *humano*, próximo ao outro, o paciente. Buscava as respostas às minhas questões no conhecimento legitimado pela ciência. O conhecimento adquirido na experiência clínica, não estava sendo levado em conta devido à exigência pessoal de seguir procedimentos pré-determinados e objetivantes. Nesse período, acreditava que o conhecimento proveniente da experiência não era legitimado pela ciência. *Tudo isso deixava-me confusa!!!*

Caminhando pelo estágio e refletindo nas supervisões sobre a prática clínica, tive a oportunidade de conhecer a abordagem fenomenológica e existencial, especialmente a Gestalt-Terapia, o que me ajudou a configurar o sentido que elaborava na relação de atendimento com o paciente. Pude, assim, reconhecer a consolidação de um fazer mais apropriado no cuidado com o paciente que se mostrava tão frágil à minha frente. Isso porque a Gestalt-Terapia parecia possibilitar uma postura terapêutica mais acolhedora pois não determinava um conjunto de procedimentos técnicos, a priori, para a atuação do psicólogo, voltando-se para a compreensão da experiência do sujeito a partir de experimentos na situação “aqui e agora”.

Depois de formada, em 1993, passei no concurso público da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco e voltei a trabalhar, desta vez, no Hospital da Restauração, referência em atendimento de grande emergência no Estado. Nesse hospital, atuava no atendimento com crianças, familiares e acompanhantes nas enfermarias da clínica cirúrgica e da oncologia pediátrica. Algum tempo depois, passei a ser conhecida como a *psicóloga da pediatria*, estava encontrando um lugar de pertencimento, uma identidade nesse contexto de atuação profissional.

Apesar desse reconhecimento, sentia-me, ainda, dividida entre os pressupostos teóricos da clínica de Orientação Analítica e os da Gestalt-Terapia. Nos procedimentos clínicos, tinha uma atuação sem saber de fato o que estava fazendo: não entendia o que causava a mudança no paciente e nem como eu era vista. Assim, ao lado dessas inquietações, começava a surgir uma outra questão pragmática: *Qual era a aplicabilidade do conteúdo teórico assimilado na graduação?* Sentia um *abismo* entre a teoria e a prática clínica!!

No campo da prática, questionava a suficiência do uso da técnica da psicoterapia e da psicoterapia breve no atendimento à demanda tão específica de clientes do hospital. *Seria essa a técnica adequada como instrumento de ajuda àquela situação?* Sentia que a teoria não dava conta... *Será que já vislumbrava a prática como o lugar que transcende a teoria, não podendo, assim, ser reduzida ou contida por esta?*

Nessa época, questionava muito sobre a natureza do meu fazer na assistência psicológica. Não tinha consciência do que possibilitava a ajuda às crianças. Era uma prática da qual ainda não podia perceber sua amplitude, nem seus efeitos e sua eficácia. Parecia que, de fato, em meu modo de ser com os outros, neste contexto específico, estava presente a necessidade de ser eficiente e de obter resultados positivos através da minha atuação.

A sensação de não entender *o que* acontecia de fato no fazer psicológico acompanhou-me durante anos, levando-me a buscar experiências de supervisão. Pensava ser esse *o* modo de procurar consolidar o *meu* saber sobre a psicologia hospitalar e a minha identidade profissional enquanto psicóloga nesse contexto. Mas ainda questionava a pertinência *daquela* saber...

Lembro-me de que, nesse período, a minha prática constituía-se em mera repetição do conhecimento teórico sobre os pressupostos da clínica de orientação analítica e da técnica da psicoterapia breve, sem contemplar a dimensão pessoal na relação com o outro assistido. Não me dava conta da singularidade dos fenômenos que se desvelavam ali na minha frente. Era um desafio entender! Reproduzia o que haviam me ensinado... era um fazer que não sabia que sabia fazer... um fazer que, apesar de instituído, continuava desconfiando de sua adequação, mesmo realizando um trabalho significativo dado o reconhecimento por outras clínicas. Sentia um incômodo...

Em 1996, fui convidada a trabalhar na pediatria do Centro de Tratamento de Queimados – C.T.Q., no mesmo Hospital da Restauração. As inquietações continuavam, agora, relacionadas também com a implantação da rotina de trabalho nessa enfermaria. Indagava-me: *Como se revela o fazer psicológico na recuperação daquelas crianças queimadas?*

Para atuar nesse lugar, fui elaborando uma rotina de procedimentos que favoreciam a recuperação emocional da criança e seus familiares através da adaptação ao tratamento e compreensão da experiência do trauma². Isso me ajudou a configurar o sentido do fazer psicológico nesse Centro de Tratamento de Queimados. Começava, dessa maneira, a apropriar-me da importância e da necessidade dos procedimentos psicológicos e da sua amplitude na enfermaria de queimados.

O atendimento às crianças queimadas estava fluindo. Sentia-me muito bem, embora ainda não o compreendesse a fundo: ajudava sem, de fato, conhecer qual era a *mágica* que acontecia ali na frente dos meus olhos.

O que acontecia era sentido como mágico, porque, após o atendimento psicológico, as crianças conseguiam acalmar-se, interagir ativamente com os brinquedos na atividade proposta, quando antes estavam em situação de pânico, amedrontadas, angustiadas, chorosas, irritadas frente aos procedimentos do tratamento (debridamentos³, enxertos de pele⁴, medicações), suportando dores físicas e psíquicas no limite, diante de suas alterações corporais. O estado de tensão era aliviado, favorecendo a colaboração em relação aos procedimentos cirúrgicos, clínicos, fisioterápicos e da enfermagem. Continuavam os meus questionamentos: *Como se deu a eficácia desses procedimentos?*

Essas dúvidas estavam sempre presentes, porque trabalhar no C.T.Q. como psicóloga era uma experiência continuamente desalojadora, deparava-me com situações que solicitavam atitudes jamais registradas por teóricos desse campo de atuação. Questões jorravam das situações diárias...

Dessa feita, vivenciava um incômodo e experienciava um conflito entre o saber instituído e aquela prática plural instituinte. No entanto, não conseguia, ou melhor, não me autorizava a instituir um saber a partir da minha experiência. *Como poderia “dar ouvidos” àquela experiência, se o meu fazer psicológico parecia estar impregnado por um excesso de tecnicismo?*

Pensava ser exigido ou, mesmo me exigia, uma disciplina que seguisse um modelo, uma técnica, tinha que atuar pensando na eficácia daqueles aplicativos e, por conseguinte, na eficiência do meu trabalho. Mas não encontrava respostas, e a experiência continuava impondo-se como um grande enigma... Parecia incontornável...

² Termo médico hospitalar referente à injúria física.

³ Procedimento cirúrgico feito sob analgesia e sedação para a retirada de tecido desvitalizado.

⁴ Transferência de pele do mesmo paciente de uma região doadora para uma área receptora danificada.

Outra situação que me inquietava e surpreendia ao mesmo tempo, dizia respeito ao atendimento em grupo com as mães. Estava preocupada em atendê-las seguindo o modelo assistencial da psicoterapia em grupo e era difícil esse enquadramento. Mas, mesmo assim, e quase sem espaço físico adequado ou favorável, obtinha um resultado significativo na aceitação delas em relação à experiência traumática da queimadura e dos transtornos causados à família pela hospitalização.

Nesse momento... sinto o quanto havia de pragmatismo na minha ação clínica no contexto hospitalar!!! E interrogo-me: *Até que ponto era possível compreender aquela mãe em meio a seu sofrimento?* Mas... apesar disso... as mães conseguiam elaborar sua vivência de dor se dando conta dos possíveis ganhos e das perdas presentes naquela situação. A partir daí, conseguiam uma integração participativa nos procedimentos da equipe, com repercussão direta sobre a recuperação dos filhos. *Como as mães conseguiam se superar?* As teorias da psicologia hospitalar não se referiam a essa modalidade de prática, porém era uma realidade na minha atuação.

Em meio a tantas inquietações... continuava atuando no Centro de Tratamento de Queimados... a equipe começava a dar-me o feedback sobre a importância do meu trabalho: comparações eram feitas, principalmente no período das minhas férias, quando não estava presente no funcionamento da enfermaria. Novamente, apesar do reconhecimento externo, as inquietações não se aquietavam.

Continuei a desempenhar a minha função. Nesse momento, já sentia que o meu saber acerca do atendimento infantil estava sendo ampliado e que eu ocupava um lugar na equipe: já *sabia* quem era... No entanto, ainda continuava intrigando-me a falta de clareza sobre o fenômeno “relação terapêutica”. *Como ele acontecia de modo a viabilizar um saber fazer clínico com a criança queimada?* Na direção dessa compreensão, pensava que a relação estabelecida entre mim (psicóloga) e a criança poderia ser um aspecto relevante para fundamentar o meu fazer clínico na recuperação da criança, ou seja, na *reconstituição* da sua pele queimada.

Ainda andava pensando sobre a eficácia do fazer psicológico na perspectiva do campo da interdisciplinaridade nessa relação de atendimento à criança queimada. *Como situar esse fazer psicológico na assistência à criança queimada em relação aos demais fazeres profissionais?* Isso porque ficava evidente nos procedimentos clínicos com as crianças queimadas a necessidade de não apenas aprofundar o entendimento que tenho sobre o fazer clínico psicológico, como também de contemplar abordagens de diferentes origens, que pudessem auxiliar na interpretação dos fenômenos com os quais me deparava no

enfrentamento da demanda infantil em situação de doença. Diante disso, pensei na abertura para o estudo da prática psicológica em instituição e para o trabalho interdisciplinar, ousando, com responsabilidade, na atuação clínica.

Sentia ser urgente também me disponibilizar para descobrir modos de pensar, sentir e agir sintônicos com a criança, que, por estar em desenvolvimento, na sua aflição de dor e de gravidade, não dispõe de tantos recursos simbólicos, necessários para compreender e reintegrar a experiência de ruptura vivida no trauma.

Então, a partir dessas inquietações reveladoras da minha prática no campo hospitalar, acredito que foi possível ampliar a apropriação do meu fazer clínico psicológico no espaço hospitalar com a criança queimada e sua mãe, através da pesquisa das suas experiências durante o período de hospitalização no C.T.Q.

Acreditava que pesquisar a prática psicológica com os profissionais da equipe de saúde também se constituía como uma via facilitadora para a minha compreensão desse ofício clínico no hospital. Desse modo, quando articulei essas duas fontes de compreensões, encontrei uma outra possibilidade de re-significação do fazer clínico psicológico na assistência à criança queimada.

Penso que agora, após ter *desenrolado as minhas inquietações*, posso começar uma viagem exploratória pelo Sistema Único de Saúde e pelo Hospital da Restauração, *descrevendo o espaço para o acontecimento da pesquisa*. O percurso teórico-prático desse trabalho seguirá *descortinando o contexto para a pertinência da pesquisa: a prática psicológica em hospital*, onde busco a partir dos autores⁵ uma compreensão teórica para a prática psicológica nesse contexto. Nesse capítulo, discorro sobre *a psicologia na saúde: quando tudo começou no contexto hospitalar e em busca de um saber/fazer clínico no hospital: a prática em ação*, quando trabalho o histórico e as representações teóricas na psicologia hospitalar. Discuto, ainda neste mesmo capítulo, *a prática psicológica no hospital: institucional ou em instituição?* e sobre *a dimensão ética na ação humana: buscando sentido para a prática psicológica*, onde desenvolvo uma reflexão da ética relacionada à constituição da subjetividade ao longo do tempo e dela em relação às práticas psicológicas no campo da saúde. A última sub-parte desse capítulo é *olhando em torno da psicologia clínica: reencontrando o sentido da prática no hospital*.

O texto continuará com um capítulo em que apresento o *caminho metodológico percorrido na pesquisa* e, ainda, um outro em que *compreendo as narrativas* de crianças,

⁵ Os autores principais com, os quais trabalho nessa dissertação são Angerami, Arendt, Chiattonne, Figueiredo, Morato e Schmidt.

suas mães, profissionais da equipe de saúde e a minha própria como psicóloga/pesquisadora *sobre o fazer clínico psicológico em uma semana no Centro de Tratamento de Queimados*. E, para finalizar essa trajetória, comunicarei uma outra possibilidade de ressignificação do fazer clínico psicológico no capítulo final: *revelando outro fazer clínico: a ação clínica psicológica no hospital ressignificada pela experiência*.

II – DESCRREVENDO O ESPAÇO PARA O ACONTECIMENTO DA PESQUISA.

Neste capítulo, pretendo contextualizar o lugar onde realizei a pesquisa, situando-o no espaço e no tempo tentando realizar uma cartografia da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo um olhar mais detalhado para os hospitais da cidade do Recife, Estado de Pernambuco.

Assim começo, contando sobre o *meu* hospital... Era uma vez, um hospital geral de grande porte, considerado o maior do Nordeste no atendimento do trauma. Foi inaugurado em 1969, após várias dificuldades de ordem política e econômica, que causaram uma lacuna entre o início da sua construção, em 1952, e o seu término.

No reinício da sua construção, em 1965, o Hospital da Restauração tinha como missão solucionar o problema da época: a carência da assistência médico-hospitalar no Estado. Era conhecido como o antigo Pronto Socorro, porque encampou o hospital de Pronto Socorro que tinha uma história de dedicação, sacrifício e luta. Mas, foi batizado como Hospital da *Restauração* em homenagem à reação nativista que expulsou definitivamente os holandeses do Brasil, e o hospital representaria um monumento à *Restauração* Pernambucana.

A equipe de profissionais que atuava no HR era a mesma do Hospital Pronto Socorro, tendo sido transferida para esse novo prédio. Todos os funcionários do HR sentiam orgulho por trabalhar num hospital moderno com muito conforto para a equipe e para os pacientes.

Os atendimentos realizados nesse hospital eram financiados por uma autarquia, juntamente com o Governo do Estado, tendo por clientela a população do Recife e de todo o Estado. Contudo, o que se entendia por “toda a população do Recife” restringia-se à assistência das pessoas asseguradas pelo antigo INPS.

No final dos anos 70, houve a falência dos Serviços da Previdência Social, favorecendo o crescimento do até então embrionário Movimento Sanitário. Esse movimento tinha como objetivo a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, visando à obtenção efetiva da saúde por toda a população. Nesse momento, estava sendo difundida uma nova lógica para a compreensão da assistência à saúde, saindo do modelo

médico assistencial privativista, e situando-se sobre a democratização da assistência com ênfase no atendimento ambulatorial e nas ações básicas de saúde (Dimenstein, 1988).

A VIII Conferência Nacional de saúde (CNS), em 1986, fez brotar as bases para o Projeto da Reforma Sanitária, que incluía, na concepção de saúde, os fatores políticos, sociais e econômicos. A saúde passou a ser entendida como *direito de cidadania* e dever do Estado, tendo relação direta com o contexto histórico e de desenvolvimento de uma dada sociedade. Surge o Sistema Único de Saúde (SUS) - público, universal e equânime - como *instrumento* do Estado com o objetivo de corrigir distorções da estrutura dos serviços e oferecer ampla cobertura às necessidades de saúde da população. Visava, também, garantir à comunidade a participação e o controle dos serviços públicos (VIII CNS, 1986).

Com a Conferência Nacional de Saúde, também houve estímulos para uma política de recursos humanos no campo da saúde, com ênfase para a formação de uma equipe multiprofissional que atuaria na rede básica e nos hospitais por meio de práticas educativa e preventiva. Este fato favoreceu novas demandas sociais, levando os profissionais de saúde, inclusive o psicólogo, ao questionamento dos seus saberes, dos seus referenciais teóricos e dos seus modelos assistenciais aplicados à realidade do SUS, naturalmente diferentes dos procedimentos clínicos norteados pela clínica privada.

Em 1992, foi realizada a IX CNS sendo, nesta conferência, analisado o quadro sanitário do país e identificada uma falta de cuidado com a vida em decorrência dos altos índices de mortalidade infantil, sofrimento psíquico da população, miséria, violência e a reincidência de doenças controladas. As ações do SUS estavam voltadas, apenas, para as ações curativas e hospitalares, eram péssimas as qualidades dos atendimentos técnicos e as relações humanas estavam precárias, principalmente no que se refere à ética dos trabalhadores, inseridos no projeto neoliberal do governo. Podia-se perceber a falta de vontade política do governo brasileiro para implantar o SUS, compreendido como uma proposta de democratização da saúde, por descentralizar e ressaltar a gestão do município. Dessa forma, foi apontado como indicativo a ênfase na participação democrática da população na organização dos serviços.

Devido à criação e implantação do Sistema Único de Saúde, todos os serviços públicos de saúde são *autorizados* ao atendimento indiscriminado da sociedade. Desse modo, o Hospital da Restauração tem o seu atendimento ampliado a toda a população.

Atualmente, a Secretária de Saúde do Estado de Pernambuco tem uma rede hospitalar composta por cinco hospitais de médio e grande porte, que são: Hospital Agamenon Magalhães (HAM), PAM de Areias, Hospital Getúlio Vargas (HGV), Hospital

Barão de Lucena (HBL), Hospital Geral Otávio de Freitas (HGOF) e Hospital da Restauração (HR), seguindo uma ordem crescente de complexidade. Trata-se de uma rede que tem o seu atendimento predominantemente caracterizado por algumas especialidades da patologia.

O Hospital da Restauração é terciário⁶, tem como missão prestar serviços em saúde nos casos de emergência e urgência, situa-se na rede hospitalar, como sendo de alta complexidade para o atendimento do trauma, que são os casos de neurologia, neurocirurgia, queimadura, politraumatismo, intoxicação e envenenamento. Os casos de atendimentos pediátricos e de cirurgia geral são realizados em todos os hospitais da rede.

O HGV é especialista no atendimento de traumatologia, o HAM no atendimento a cardiologia, otorrinolaringologia, oftalmologia e maternidade, no HBL predomina o atendimento dos casos de pacientes renais, o HGOF fica como especialista nos casos de alcoolismo, doença mental e pulmonar e o PAM de Areias com o atendimento buco-maxilo-facial e odontologia.

Além dessa divisão dos hospitais por especialidades, temos a cidade dividida por distritos, ficando a população para ser atendida, *de um modo geral*, no hospital do seu distrito ou mesmo em sua cidade de origem e, quando houver necessidade, ser encaminhada à rede especializada.

Voltando à compreensão sobre o Hospital da Restauração...

Existem fatores que contribuem para a complexidade do seu funcionamento. Um deles é a sua excelente localização e capacidade de assistência, que possibilita o aumento da demanda e da diversidade de patologias atendidas. Isso porque a população relaciona, imediatamente, o HR com o pronto – atendimento não conseguindo distinguir a situação de urgência ou emergência daquelas de atendimento primário ou secundário, que podem ser atendidas no Centro de Saúde. Entende-se por urgência aquelas situações que requerem atendimento imediato, premente; e a emergência como sendo uma situação crítica que demanda assistência, mas que comporta a espera por uma configuração do sentido de urgência de atendimento, dada pela patologia em si mesma, pela ordem de chegada ao serviço e pela equipe.

Pode-se, ainda, compreender que, quando uma pessoa sente dor e desconforto, deseja ser assistida por um profissional buscando resolver sua dificuldade, independente da adequação da sua queixa ao local de assistência. As condições precárias da assistência pública à saúde caracterizam-se como outro motivo que leva a população a procurar serviços não

⁶ Esse termo refere-se a classificação do hospital como sendo o mais completo em termos de serviços oferecidos aos usuários.

adequados ao tratamento de suas afecções. Esses fatos impedem a descentralização da assistência a partir do modelo de rede hospitalar proposto pela Secretária de Saúde.

Observando a realidade do atendimento da emergência do HR, é evidente a superlotação, pois existem 90 leitos na emergência para atender a uma demanda superior a sua capacidade. Ou seja, o número de pessoas atendidas fica em torno de seiscentas, perfazendo um total de seiscentos atendimentos por dia e dezoito mil atendimentos por mês; enquanto a sua capacidade é de trezentos atendimentos por dia. Com isso, conclui-se que, caso o atendimento fosse *apenas* do número de pacientes programado em relação a sua estrutura física e de recursos humanos, a assistência seria de excelência, podendo ser comparada à existente na rede privada. Deve-se ressaltar, também, que isso se daria pelo número elevado de profissionais e por sua capacidade de atendimento com resolutividade em relação aos problemas apresentados, principalmente nos casos de grandes traumas, uma vez que a maioria dos profissionais é treinada para o atendimento em situações de crise.

Como já foi dito, o Hospital da Restauração é referência no atendimento do trauma, que é entendido como uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variável, que pode ser produzida por agentes diversos de forma acidental ou intencional. Nesse sentido, o HR tem como característica ser especialista na assistência de urgências traumáticas, legitimando-se como o lugar para onde convergem todos os casos de maior gravidade.

Os profissionais que atuam nesta instituição somam um total aproximado de 2834, destes 460 são profissionais médicos nas mais diversas especialidades: cirurgião, traumatologista, neurologista, clínico geral, otorrino, oftalmologista, anestesista, pediatra, psiquiatra; e os demais profissionais da equipe de saúde são distribuídos entre 158 enfermeiros, 1050 auxiliares de enfermagem, 27 assistentes sociais, 10 terapeutas ocupacionais; 25 fisioterapeutas; 09 psicólogas; 03 fonoaudiólogas e demais funções que dão suporte à copa, manutenção e serviços gerais. O Hospital utiliza prestadoras de serviços que foram contabilizadas no total de funcionários.

O Hospital da Restauração é dividido em Clínicas Cirúrgicas e Médicas e em Unidades Intensivas (UTIs e CTQs), as quais prestam atendimento a adultos e crianças. As clínicas cirúrgicas são Cirurgia Geral, Neurológica, Vascular, Traumatológica, Plástica e Pediátrica. Enquanto as clínicas médicas são Neurológica, Pediátrica, Médica, Buco-maxilo-facial e Oftalmológica.

O bloco cirúrgico também faz parte das instalações do HR, sendo composto por quatorze salas de cirurgias, onde cada clínica possui sala suficiente a sua demanda e quatro das salas são reservadas ao atendimento das urgências, que funcionam 24 horas por dia. O HR

é potencialmente cirúrgico, o volume diário de cirurgias de emergência gira em torno de dezesseis a vinte. Em média, a permanência do paciente no hospital é de cinco dias na clínica cirúrgica, vinte e dois dias na neurocirúrgica e, no Centro de Tratamento de Queimados, são doze dias de internamento, o que perfaz uma média anual de 12,8 dias de permanência em todas as clínicas. Possui 500 leitos em seu conjunto. O único Centro de Tratamento de Queimados do Estado de Pernambuco está no HR. A neurocirurgia é a maior de todo Nordeste.

Quase todos os exames necessários aos pacientes são realizados pela Instituição, através de seus laboratórios (exames de rotina, anatomia patológica e de patologia clínica), ultrassonografia, endoscopia, radiologia, eletroencefalograma e tomografia, além daqueles que são realizados nas clínicas privadas conveniadas, como: ressonância magnética, angiografia e outros. Em suas instalações, o Hospital possui, ainda, uma fábrica de oxigênio, que atualmente está desativada e um reservatório de gases: oxigênio, protóxido e ar comprimido. Existe também um banco de sangue vinculado ao hemocentro do Estado (HEMOPE).

Também funciona como hospital-escola da Universidade de Pernambuco e tem como objetivo contribuir com a aprendizagem teórico - prática do estudante e profissional da área da saúde, como também com o crescimento da ciência de um modo geral. A Coordenação de Ensino é o departamento responsável em administrar os programas de residências, estágios curriculares e estágios voluntários, para estudantes e profissionais vinculados a essa Universidade e a outras Instituições de Ensino. Esses programas educacionais recebem incentivos financeiros para a realização de pesquisas. A residência médica está voltada para a área da Cirurgia Vascular e Plástica, Neurologia, Clínica Médica, Pediatria e Anestesiologia. Na residência de enfermagem, tem-se uma amplitude maior, envolvendo todas as clínicas e as equipes multiprofissionais do hospital; enquanto a residência em Farmácia é desenvolvida no setor de farmácia do hospital e em outras unidades de saúde.

O hospital conta, ainda, com os serviços do Centro de Estudo, entidade filantrópica, sem fins lucrativos, cujo objetivo é de incentivar a reciclagem dos profissionais da equipe de saúde. É responsável pela produção científica do hospital, sendo administrado por uma diretoria autônoma, eleita pelos profissionais de nível superior, com um mandato de dois anos.

O Hospital da Restauração está envolvido, junto com a Secretaria de Saúde do Estado, num programa de prevenção primária com orientações à população, que é veiculado

pela mídia local, e ainda está interligado on-line com os demais hospitais numa rede de apoio através da Central de Leitos.

Nesse momento de viagem exploratória pelo HR, passo a olhar detalhadamente para o Centro de Tratamento de Queimados com o objetivo de situar o contexto da minha prática clínica e da realização da pesquisa.

O C.T.Q. é um hospital dentro desse grande Hospital da Restauração, funciona como uma unidade fechada seguindo o modelo intensivista⁷. Sua estrutura física envolve enfermarias de adulto (vinte e cinco leitos) e de pediatria (quinze leitos); sala de cirurgia, de balneoterapia, curativos externos, de administração, de reunião, de enfermagem, de psicologia infantil e adulto, e de repouso dos profissionais. Os profissionais de saúde que trabalham no C.T.Q. constituem uma equipe interdisciplinar, sendo esta composta por seis médicos cirurgiões plásticos, três médicos clínicos, dois médicos pediatras, duas psicólogas, duas assistentes sociais, duas fisioterapeutas motoras, uma fisioterapeuta respiratória, duas terapeutas ocupacionais, uma nutricionista, quatorze enfermeiras, cinquenta e cinco auxiliares de enfermagem e oito auxiliares de serviços gerais que trabalham de modo integrado e harmonizado para a realização da tarefa: atender o paciente queimado.

Toda essa estrutura física e de recursos humanos está construída para atender o queimado e a injúria física que lhe afligiu. Segundo Dino e Serra (1999), a queimadura é uma doença aguda que acontece de forma abrupta, com destruição da pele, desencadeando alterações metabólicas e hemodinâmicas de alta complexidade e um processo significativo de desequilíbrio sócio-afetivo.

A classificação da queimadura segue dois critérios, partindo das características específicas da pele agredida pela lesão térmica: profundidade e extensão. Pela profundidade, a queimadura pode ser de 1º, 2º e 3º grau. A lesão de primeiro grau atinge a camada mais externa da pele. Não provoca alterações hemodinâmicas, não há a formação de bolhas. Enquanto que, a queimadura de segundo grau, atinge parte da epiderme e da derme, caracterizando-se pela formação de bolhas. As agressões térmicas de terceiro grau atingem toda a espessura da pele, podendo atingir outros tecidos tais como: celular subcutâneo, muscular e ósseo. Trata-se de uma injúria na pele de difícil regeneração, necessitando de cobertura cutânea, com enxertos de pele de espessura parcial retirada de uma área sadia – doadora – do próprio paciente para a reparação mais imediata da lesão. Caso contrário, a

⁷Unidade onde os cuidados na assistência ao paciente são vigilantes. Por exemplo: comporta a assistência a pacientes entubados e no respirador.

regeneração da pele se dá a partir da epitelização dos bordos num processo lento de cicatrização.

Segundo o critério da extensão, a queimadura é tida como sendo de pequeno, médio ou grande porte. Considera-se queimadura de pequeno porte aquela que atinge até 10% de superfície corporal. Médio queimado teria lesões compreendidas entre 10 e 30% de superfície e grandes queimados seriam aqueles pacientes com superfície corporal atingida acima desse percentual.

Em face dessa complexa injúria e seu tratamento, pode-se compreender que, para profissionais trabalhar em C.T.Q. é necessário que despendam de elevada disponibilidade afetiva e um intenso envolvimento com a realização da tarefa. Ou seja, como já citado, é necessária uma equipe interdisciplinar que trabalhe sintonizada na direção da assistência ao paciente. Esse trabalho em equipe exige que, diariamente, todos os profissionais estejam (re)vendo o seu modo de desempenhar a tarefa para que o conjunto continue funcionando.

Como exemplo da relevância da sintonia entre os membros da equipe, tem-se a situação da balneoterapia⁸. Para que o curativo das queimaduras seja bem feito, é necessário que a equipe responsável pela balneoterapia tenha suas tarefas bem integradas, num mesmo compasso: o anestesista administra o anestésico na criança/paciente, o cirurgião plástico realiza o desbridamento nas lesões, a auxiliar de enfermagem é responsável por abrir as bandagens, molhar, pôr o pvpí e a sulfadiazina de prata (medicações) e depois fechar o curativo. A enfermeira faz a marcação dos novos procedimentos necessários àquele paciente, os auxiliares de serviços gerais são responsáveis por trazer as crianças/ pacientes para a banheira e pela desinfecção das macas.

Vale ressaltar que, em decorrência do desempenho profissional de todos os membros da equipe e pela infraestrutura física implantada, a assistência aos pacientes queimados recebeu uma classificação de excelência pela Sociedade Brasileira de Queimadura e de alta complexidade pelo Ministério da Saúde.

Após esse percurso pelo HR e pelas políticas públicas do SUS, realizando uma cartografia dessa instituição de saúde inserida na rede pública do Estado de Pernambuco, passa-se a uma breve revisão bibliográfica sobre a prática psicológica no hospital e sobre a dimensão ética na constituição da subjetividade. Isso porque, penso que, a compreensão a cerca da ética que perpassa esse fazer clínico e do que há instituído e legitimado em relação à Psicologia Hospitalar e a Psicologia Institucional no hospital, poderá também ser útil para

⁸ Terapia baseada em banhos diários visando à limpeza e ao debridamento dos ferimentos dos pacientes queimados.

encaminhar as minhas questões e facilitar a construção, talvez, de outros sentidos do fazer clínico psicológico na assistência à criança queimada. Concluo esse próximo capítulo *Olhando em torno da Psicologia Clínica*.

III - DESCORTINANDO O CONTEXTO PARA A PERTINÊNCIA DA PESQUISA: A PRÁTICA PSICOLÓGICA EM HOSPITAL.

Neste capítulo, tenho a intenção de caminhar com o leitor pelos conhecimentos teóricos instituídos, que orientam e modelam os procedimentos do psicólogo no contexto hospitalar, encontrados nas teorias da psicologia hospitalar e da psicologia institucional no hospital. Busco, ainda que brevemente, compreender como diferentes éticas foram sendo produzidas em diferentes organizações sociais - sociedades medieval, moderna e contemporânea, tal como discutido por Figueiredo (1996), visando refletir sobre a relação entre a dimensão ética, a constituição da subjetividade e a prática psicológica no campo da saúde. .

Ao lado desse caminho proposto, penso que faz-se necessário, ainda, tecer algumas considerações da relação entre teoria e prática no campo da saúde em Psicologia Clínica no hospital. Serão destacadas, especificamente, aquelas relacionadas à atenção dispensada na assistência hospitalar pública à criança queimada, visando facilitar a resignificação dessa prática psicológica.

3.1 A Psicologia na Saúde: quando tudo começou no contexto hospitalar.

*“Para seguir adiante,
é preciso demarcar um caminho...”
(Chiattonne, 2000, p.78)*

Nesse momento, analisarei retrospectivamente o modo como ocorreu a inserção da psicologia em uma das suas áreas de saber: a saúde. Sebastiani (2000) e Angerami (1992) relatam um breve histórico da psicologia hospitalar, fazendo referência ao contexto sócio-político e assistencial do país.

Na década de 50, as ações dos programas de saúde centravam-se na instituição hospitalar, defendendo um modelo assistencialista, que priorizava a atenção secundária à saúde e, conseqüentemente, excluindo um modelo sanitarista de ações para a saúde pública. Ao lado disso, havia os cursos de formação profissional em Ciências da Saúde, que optavam por um enfoque curativo, sem esquecer as crises no sistema de saúde do governo e na

previdência social, e o incentivo à iniciativa privada para desenvolver o modelo hospitalar. Assim, foi a partir do hospital que se iniciaram as atividades e ações do psicólogo nessa área, fato que levou essa atividade do psicólogo, no campo da saúde no Brasil, a ser denominada de ***Psicologia Hospitalar***.

A Psicologia Hospitalar no Brasil teve início em 1954, com Mathilde Neder desenvolvendo acompanhamentos psicológicos em nível pré e pós-operatório na Clínica Ortopédica e Traumatológica da Universidade de São Paulo (USP), atual Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina dessa universidade. Com isso, foi preciso recorrer a modelos teórico-práticos de atendimentos, visando agilizar a assistência psicológica, tornando-a adequada à realidade institucional hospitalar. Assim, o psicólogo foi buscar o modelo de atendimento breve da clínica de consultório, a psicoterapia breve, para aplicá-lo a prática em hospital.

Então, essa prática passou a ser desenvolvida no atendimento psicológico a pacientes em reabilitação motora na Clínica da USP, chamando a atenção para a necessidade deste profissional na equipe de saúde. Apontava para a relevância da atuação do psicólogo no hospital, por ser o profissional que possui a possibilidade de compreender a subjetividade do sujeito, permeada pelos fatores biológico, emocional, sócio e cultural. Contudo, nessa época, a formação acadêmica, ainda, estava pautada no ensino teórico/técnico voltado para a prática no *setting* terapêutico do consultório privado.

É importante salientar que, em 1954, quando Mathilde Neder iniciou suas atividades na Clínica de Ortopedia, a profissão de Psicólogo ainda não estava regulamentada, e só teve a sua regulamentação em 27/08/1962 pela lei nº 4119, que dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. (Conselho Federal de Psicologia, 1999).

Na história da Psicologia Hospitalar, há, também, o registro da influência da atuação de Belkiss Lamosa, que iniciou, em 1974, um trabalho com toda a equipe médica do Instituto do Coração em São Paulo. Essa atuação foi motivada pelo interesse médico sobre a influência do *stress* no desencadear das cardiopatias e pela necessidade em trabalhar a dinâmica psíquica do indivíduo acometido por uma patologia clínica.

Em 1976, houve a implantação do primeiro curso de psicologia hospitalar na graduação de psicologia, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), ministrado por Belkiss Lamosa. A partir dessa iniciativa, foram surgindo outros cursos de especialização nessa área. Em 1981, o Instituto Sedes Sapientiae/SP, Waldemar Angerami (Camon) iniciou um curso, também de especialização, em Psicologia Hospitalar.

Neste mesmo ano, teve início, uma série de palestras, simpósios e movimentos reivindicatórios que visavam à constante discussão e ampliação do campo de atuação do psicólogo hospitalar em todo o Brasil, bem como a fundamentação teórica dessa prática. Desse modo, surgiram várias publicações sobre a prática da Psicologia Hospitalar, sendo Angerami e colaboradores os pioneiros neste tipo de trabalho.

Em 1982, implantaram-se dois serviços considerados marcos para a Psicologia Hospitalar: Serviço de Psicologia do Serviço de Oncologia ginecológica da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência em SP, por Marli Meleti, e o Serviço de Psicologia no Hospital Brigadeiro/SP, na Clínica Pediátrica com o programa de Mãe- Participante. Com essas expansões, em 1983, iniciou-se a realização dos Encontros Nacionais em SP, sendo esse evento promovido pelo serviço de Psicologia do Instituto do Coração no Hospital das Clínicas da USP. Esse encontro nacional foi marcado pela afluência de profissionais de todo o país, trocando experiências, estimulando o crescimento dessa área de atuação e de pesquisa. Ainda neste mesmo ano, em Pernambuco, Marisa Sá Leitão inicia atividades no Centro de Psicologia Hospitalar e Domiciliar, sendo pioneira no Nordeste, além de Carmem Lúcia Maciel iniciar a disciplina e o estágio em Psicologia Hospitalar na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Em 1984, é criado o departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de SP, tendo como responsável Belkiss Lamosa. Houve, ainda, o lançamento do livro Psicologia Hospitalar, de Angerami, durante o I Simpósio de Psicologia Hospitalar, promovido pelo Sedes Sapientiae, Sindicato dos Psicólogos de SP e Centro de Psicoterapia Existencial, sendo Marli Meleti a responsável. Seguiram-se outros simpósios anuais até 1988, bem como Congressos Brasileiros de Psicologia Hospitalar realizado por todo o país.

Em 1987, foi criada a divisão de Psicologia do Hospital da USP, que passou a coordenar a atuação desses profissionais em todas as clínicas do hospital e cuja responsável foi Mathilde Neder. Em 1990, é implantado, no Hospital da Restauração, em Recife, o Serviço de Psicologia, sob a responsabilidade dos psicólogos admitidos no primeiro concurso público estadual para essa função, ficando, assim, todas as atividades de Psicologia, neste hospital, centralizadas nesse Serviço.

Observando o movimento de inserção do psicólogo no espaço hospitalar, é possível identificar que, com o objetivo de garantir esse espaço para atuação, os psicólogos hospitalares começaram a desenvolver sua função ligada às especialidades médicas, sem se dar conta de que a ação psicológica não estava submetida às patologias.

As publicações científicas sobre a prática do psicólogo no hospital estavam situadas na direção de vincular o fazer psicológico às especialidades médicas, legitimando para a prática do psicólogo um *status* de prática coadjuvante. E assim, era reforçada essa compreensão primeira do fazer psicológico em hospital.

Atualmente, nas mais diversas regiões do país, existem profissionais que se dedicam a essa área, favorecendo a sedimentação concreta deste fazer profissional nas equipes de saúde dos hospitais e dos programas de saúde de um modo geral. Além disso, tem possibilitado a ressignificação, pela experiência, da compreensão acerca dessa prática psicológica em hospital. Mas, para esse processo de ressignificação, é necessário conhecer o que há escrito sobre o saber/fazer psicológico no hospital.

3.2 Em busca de um saber/fazer clínico no hospital: A prática em ação.

Angerami (1984), em sua obra inaugural sobre a Psicologia Hospitalar e através do curso criado no Sedes Sapientiae/SP, retrata a realidade da atuação do psicólogo no hospital, discutindo o papel da Psicologia nesse contexto institucional, não mais na perspectiva das especialidades médicas e portanto como coadjuvante, mas na perspectiva de uma prática de profissionais na realidade institucional do hospital. Tal fato não encontrava eco na formação acadêmica devido à ausência de subsídios teóricos que embasassem essa prática, conseqüentemente, alguns psicólogos que atuavam nesse campo faziam adaptações de modelos teóricos da clínica de consultório para a realidade institucional, ainda que insuficientes para dar conta da demanda da clientela nesse espaço. Desse modo, foram psicólogos de campo que se preocuparam, e se implicaram com a construção dos elementos teóricos para sedimentarem essa prática. Esse feito não pode ser negado e nem esquecido.

Nessa época, as discussões sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar estavam imbricadas com questões polêmicas que, ambigualmente, permeavam as reflexões teórico-práticas no campo da medicina, transpondo-se para o campo da psicologia hospitalar. Ou seja, o avanço tecnológico científico que atingia a medicina, fomentava, em sua prática, os aspectos mercantilista e materialista. Isso alterava, significativamente, a relação entre o médico e o paciente, afastando a medicina do seu verdadeiro sentido: a promoção da saúde.

Nessa medida, a assistência médica voltava-se para o campo dos procedimentos curativos em detrimento das medidas profiláticas e preventivas; o atendimento hospitalar ao paciente tornava-se despersonalizado, a condição humana dele era negada em nome de uma eficácia e produtividade. Desse modo, os procedimentos médico-assistenciais distanciavam-se

de sua destinação humana. Ainda assim, ao mesmo tempo, o avanço tecno-científico representava uma abertura para o fazer psicológico no contexto hospitalar porque o doente podia ser “(...) visto e tratado como uma peça da grande máquina que, desajustada/doente, necessita reassumir o equilíbrio entre suas peças/tecidos-sistemas-órgãos.” (Chiattonne,1988 p.42) Assim, perseguindo, ou não, o avanço tecnológico, os psicólogos passam a incorporar a visão médica mecanicista, garantindo sua presença numa prática assistencial em hospital, mas destituindo-se da sua especificidade profissional: a clínica para o humano. Ou seja, a clínica que escuta o desamparo e o sofrimento do sujeito situado no mundo.

Essa concepção mecanicista do ser humano que adoece é reforçada pela ênfase na idéia de que a saúde é alcançada exclusivamente através do tratamento médico, deixando-se, ao largo, o sentido de saúde que contempla as dimensões emocional e social. Desse modo, há uma exclusão na prática do psicólogo hospitalar, das dimensões ética e política presentes na condição humana de ser no mundo. Nessa perspectiva, considerava-se o tratamento da doença e não da pessoa doente, excluindo-se a complexidade de causas que envolvem o estado de doença e sua relação com a saúde. Era a perspectiva do tecnicismo curativo como cuidado.

Chiattonne (1988), na tentativa de *resgate* do *humano-cidadão* do paciente/doente, recorre à Declaração Universal dos Direitos Humanos, no parágrafo referente à saúde, destacando-a como um direito a ser conquistado pelo homem através do exercício da sua cidadania, sendo, portanto, da ordem de responsabilidade de todos - governo e população.

Ao lado dessas questões relacionadas aos direitos do doente, outras questões de diferentes ordens eram suscitadas. Questionavam-se o alcance e as repercussões da atuação do psicólogo no hospital, tendo como base a complexidade que constitui a realidade hospitalar, associada ao “despreparo” da psicologia no trabalho institucional.

O atendimento individual nas enfermarias do hospital era respaldado no modelo clínico consultorial, pensado e estruturado a partir de condições adversas àquelas encontradas nas instituições. Tal modelo relacionava-se à demanda do psicodiagnóstico e da psicoterapia individual, sem muita pretensão a ressignificá-lo baseando-se na realidade da situação e relações, implicadas no trabalho em instituição.

Contudo, apesar da pouca adequação entre o modelo psicológico de prática e as demandas institucionais, não é possível negar o efeito catártico das intervenções psicológicas junto à intensa experiência de sofrimento e dor dos doentes. Desse modo, era visível e fazia-se legítimo o espaço para inserção do fazer psicológico no processo de *humanização* hospitalar. No entanto, se faz necessário reafirmar que o psicólogo trouxe para o hospital um modelo

clínico de psicoterapeuta associado a um suposto poder de especialista. Acreditava ser capaz de humanizar a forma como acontece a relação médico-paciente e trazer o equilíbrio para o lugar do sofrimento físico.

Mas, ainda assim era muito confuso para o psicólogo atuar nesse contexto, haja vista estar diante de um desafio: *Como atuar no contexto com essa clientela tão sofrida?*

Nessa época, era consenso, entre os psicólogos hospitalares, que a aprendizagem do modo de *atuação no contexto hospitalar* ocorreria na prática dos atendimentos psicológicos com os pacientes. Percebendo a ruptura entre o fazer específico do psicólogo e uma prática hospitalar mecanicista, alguns profissionais retomam a aprendizagem de fazer via o modo de conhecer da clínica: deixando-se afetar por suas experiências de dor e angústia. Assim, *o hospital recebe o psicólogo e permite que em seus cantos a Psicologia descubra a dimensão real da dor humana.* (Angerami, 1984 p.14)

Chiattonne (1988), por essa época, chamava a atenção para o sentido da doença como uma mensagem social, física e psíquica de que algo estava diferente ou comprometido, seja no campo individual ou no social. Assim, era importante que todos os profissionais da área de saúde tivessem noções sobre a complexidade das repercussões do adoecer para o desenvolvimento emocional da criança. Acrescentava, ainda, que a experiência de doença poderia gerar uma variedade de sensações, sentimentos e distúrbios somáticos na criança, tais como: sentimento de abandono, punição/culpa, despersonalização, medos, insegurança, desconfiança e depressão anaclítica⁹. (Chiattonne, 1988).

Contudo, tais sentimentos não poderiam ser generalizados para todas as situações de crianças hospitalizadas. Na minha prática clínica, constato, até mesmo, situações nas quais crianças se gratificam com a sua experiência de doença e hospitalização, mesmo considerando aqueles casos em que ocorre privação materna. Acredita-se que uma das justificativas para esse acontecimento seja a elevada carência social, econômica e afetiva da população assistida no C.T.Q. do hospital da Restauração. Contudo, remanesce uma dúvida: *Seria tão simplista assim essa experiência?*

Chiattonne (1988), continuando nessa perspectiva, atentava¹⁰ para atitudes da equipe de saúde, que ajudavam a minimizar a vivência de mal-estar e os sintomas iatrogênicos próprios ao adoecer, sentidos pela criança durante a hospitalização. Refere-se a atitudes que

⁹ Esse tipo de depressão tende a se evidenciar no primeiro mês de hospitalização com privação materna através de choro e exigências, no segundo mês por perda de peso, inapetência e parada no desenvolvimento, no terceiro mês é evidenciada por insônia constante, recusa de contato, retardo no desenvolvimento geral, ocorrência de doenças intercorrentes (dermatoses, por ex.) e rigidez na expressão facial e a partir do quarto mês esses danos podem ser irreversíveis.

¹⁰ Os verbos estão sendo empregados no passado, dado que se pretende resgatar a história dessa prática também na perspectiva cronológica das publicações.

poderiam proporcionar a integração da criança a seu tratamento e hospitalização, facilitando a relação mãe - filho, essencial ao desenvolvimento físico e mental da criança.

No decorrer do internamento, é indispensável conhecer a história do acidente e da vida da criança, focalizando as informações que trazem dimensões sobre doenças, internamentos pregressos, modos de enfrentamento de situações de crises e de funcionamento familiar, as repercussões do trauma nessa família e suas condições sócio-econômico-culturais. Todas essas informações constituem elementos indicativos da possibilidade de reação da criança e da sua família com relação a essa experiência singular em suas vidas.

Com a minha experiência, observei que o período inicial da hospitalização, os primeiros dias, na maioria das vezes, é difícil para a criança porque lhe é exigido deparar-se com situações completamente novas e desconhecidas, mobilizadoras de atitudes de resistência no contato e interação com o meio, além de transitar por sentimentos de medo e insegurança. A criança que se queima vivencia extrema dor diante do tratamento e da hospitalização, podendo esta situação ser compreendida como castigo por qualquer ato cometido antes do acidente.

Com o objetivo de facilitar esse momento inicial no hospital, cabe à equipe oferecer o máximo de informações sobre os procedimentos do tratamento e da rotina hospitalar, possibilitando a desmistificação das fantasias e dos medos experienciados pela criança e seus familiares. Possivelmente, isso também facilitará o desenvolvimento do senso de responsabilidade frente ao tratamento, o que favorece a colaboração com o seu próprio tratamento.

A situação traumática vivida pela criança pode repercutir na família, mobilizando nos pais conflitos pessoais anteriores, remetendo-os à depressão, à culpa, a acusações mútuas e sentimentos de injustiças. No processo de hospitalização, alguns pais vivenciam as perdas, advindas das alterações corporais ou de amputações, de uma maneira muito próxima à experiência de seus filhos.

Para responder a essa demanda clínica, Angerami (1984) propunha recorrer à utilização do método fenomenológico hursseiano no atendimento hospitalar. Esse método buscava descrever e compreender o fenômeno que se manifestava dentro daquela realidade, pressupondo que ele *armazenava em si* uma essência a ser revelada e que precisava ser compreendida através da redução fenomenológica.

É significativo lembrar, ainda, que a atitude da equipe de saúde, sensibilizada para um modo específico de atenção e cuidado a crianças hospitalizadas, era responsável direta pela maneira como elas reagiriam a essa fase traumática e como iriam se recuperar. Desse

modo, poderiam partir das atitudes da equipe, serem minimizados sentimentos reativos a esse período de crise.

Chiattonne (1988), pensando em um conjunto de medidas preventivas que poderiam constituir um programa de *humanização* da assistência hospitalar às crianças doentes, apontava para algumas atitudes que poderiam fazer diferença na atuação dos profissionais: a indicação correta de internação, a preparação da criança para a hospitalização, chegada ao hospital, para os horários de visitas e para o momento de avaliação da alta hospitalar.

Além dessas situações, essa autora relacionava uma série de outras circunstâncias, no caso do atendimento às crianças, nas quais o psicólogo poderia intervir visando minimizar o sofrimento infantil. Segundo Chiattonne (1988, p.33):

incentivar atividades produtivas e expressivas; levantar e orientar problemas sérios apresentados pelas crianças; preparar a criança para a hospitalização, para cirurgias, exames e para a morte e tentar eliminar ou amenizar fatores inerentes à hospitalização, bem como: o medo do desconhecido, a limitação de atividades, a sensação de abandono, os sentimentos de punição e culpa, a realidade da doença.

Acrescente-se a essas situações, ainda, o prolongamento da hospitalização; a apatia ou a agressividade da criança; o fato de não receber visitas freqüentes; a necessidade de afeto, o esclarecimentos de seus medos, a diminuição das dúvidas, eliminação de fantasias e falsos conceitos; e outras situações não tão diferenciadas. Nesse sentido, a autora estava descrevendo a técnica para a intervenção do psicólogo, a ser considerada no atendimento, individual ou em grupo.

Assim refletida essa prática, parecia ser consenso entre os teóricos a compreensão do *fazer psicológico no hospital* como uma aplicação de técnicas, para as quais o hospital era tomado como campo de atuação. Vivia-se um equívoco: o campo da saúde reduzido ao hospital.

Nessa mesma direção, a atuação do psicólogo com as crianças acontecia pela via da estimulação através do brinquedo, na psicoterapia breve e de apoio, podendo ser realizada no leito, na enfermaria ou em sala específica. Assim, transitando entre uma compreensão psicanalítica do sujeito e um conjunto de atitudes próprias a uma visão humanista em Psicologia, parecia ser possível contemplar a complexidade existencial do sujeito, considerando as características individuais da criança em seu tratamento, suas interrelações com a família e com o meio, facilitando o desvelar do seu ser. Também seria importante que a equipe tivesse atitudes flexíveis, respeitando a singularidade de cada paciente, favorecendo, assim, a redução dos sentimentos conflituosos, desencadeados pela doença e hospitalização.

Na mesma perspectiva, caberia essencialmente, trabalhar a experiência da família, relacionada com aquele momento de crise e mudança repentina na rotina de vida.

O fazer do psicólogo no contexto hospitalar passaria, dessa forma, pelo trabalho de conscientização e estabelecimento de uma boa relação do paciente com sua família e com a equipe, que ainda permanecia com seu olhar voltado para a doença. Também era significativo à prática psicológica, integrar-se às ações dos vários profissionais da equipe multiprofissional, em rede, possibilitando a assistência em todas as dimensões daquele que adoeceu.

Em sua abordagem, Chiattonne (1988) indicava alguns passos para a “*construção*” de uma equipe multidisciplinar, começando pela sua conscientização quanto ao resultado positivo alcançado naquele atendimento em conjunto, visando o doente como um sujeito que adoece no corpo e na sua subjetividade. Em seguida, caberia aos profissionais clarificarem seus objetivos e modo de trabalho, começando a serem delineados na equipe, lugares definidos para a atuação de cada profissional, associado à importância da intervenção de todos para o alcance da totalidade do ser doente. A partir da equipe multidisciplinar, poder-se-iam sistematizar as reuniões científicas, discussões de casos clínicos e implementação de novas condutas na assistência total ao paciente.

Por outro lado, na citação de Chiattonne (1988, p.45), podia-se perceber um tênue indício da necessidade do que poderia ser compreendido como assistência interdisciplinar à criança:

Quando a criança adoece, o atendimento ideal¹¹ a ser buscado deve envolver uma série de profissionais da área de saúde. Não basta, no entanto, a existência desses profissionais no departamento se a atuação não ocorrer de forma integrada. (...) somente quando houver um inter-relacionamento entre os diferentes profissionais, a proposta de uma medicina mais humana, global, será alcançada.

O que diferencia, neste momento, uma assistência multidisciplinar de uma interdisciplinar? Haver um inter-relacionamento entre diferentes profissionais seria critério suficiente? Como perceber e compreender a interseção do psicólogo em outros campos do saber?

Nesse período, era comum encontrar na literatura a teorização sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, no que diz respeito ao lugar e às situações, em que *cabiam* as intervenções psicológicas, ou seja, sua pertinência. No entanto, não era considerada a relação entre as várias particularidades de cada clínica médica e as possibilidades respectivas

¹¹ Grifo da pesquisadora.

de mudanças emocionais do sujeito/paciente, como um aspecto que pode apresentar-se como *modelador* do fazer psicológico hospitalar.

Corroborando a necessidade de rever o sentido dessa prática do psicólogo no âmbito hospitalar, Chiattonne (2000, p.75), a partir do seu amadurecimento teórico/prático pela via da experiência, elabora uma crítica em relação aos seus próprios escritos iniciais. Considera que “(...) *as tentativas de demarcação dessa nova estratégia - psicologia no contexto hospitalar - ao esbarrarem nas dificuldades no âmbito da teoria, enveredaram para o exercício descritivo de tarefas*”. Questiona a normatização a que essa prática se submeteu, pois essa compreensão sobre a atuação do psicólogo não contemplava a dimensão do modo de ser do sujeito, presente em todas as suas ações.

Pode-se, então, compreender este posicionamento crítico como uma tentativa de ampliação do conhecimento teórico sobre a Psicologia Hospitalar. No entanto, “(...) *qualquer tentativa de significação da psicologia no contexto hospitalar não deve partir da recusa dos procedimentos de sua fundação(...)*” (Chiattonne, 2000, p.77).

Considerando esse percurso histórico, evidencia-se como a Psicologia Hospitalar estimulou a Psicologia a redefinir conceitos teórico-práticos. Buscando a compreensão da somatização, suas implicações, ocorrências e conseqüências, apontou para uma revisão da Psicologia Clínica (novos modelos teóricos e técnicos de atendimento) e para a ampliação do raio de atuação do psicólogo. A conceituação de saúde passa a ser redefinida na realidade institucional, favorecendo ao psicólogo perceber-se como um profissional importante na atenção e cuidado àquele que adocece. Uma tal repercussão demanda um questionamento: *Qual era a compreensão desse modo de atenção e cuidado?* Além disso, a prática diária do atendimento hospitalar, mostrava ser necessário a flexibilidade nas atividades da rotina de trabalho do psicólogo, no sentido de adaptá-las às características da instituição: rotina hospitalar, quantidade de crianças internadas, imprevisibilidade dos procedimentos nas intercorrências e a temporalidade da hospitalização. De qualquer modo, o foco de teorização ainda parecia contemplar o *como* especificar a técnica de trabalho no contexto hospitalar.

Revisitando a cronologia bibliográfica e histórica, torna-se evidente que os teóricos estavam contemplando a tarefa de situar a questão da psicologia hospitalar quanto às várias possibilidades para a atuação do psicólogo em hospital. Dessa forma, havia um distanciamento teórico do sentido originário do fazer clínica. Além disso, ressaltando a Psicologia hospitalar pela aplicabilidade da clínica em outro contexto, confundia-se o modelo da prática clínica consultorial com a prática institucional. Talvez, por isso, faz-se necessário

caminhar por entre os conhecimentos teóricos da psicologia institucional, situada em relação à prática em hospital.

3.3 A Prática psicológica no hospital: Institucional ou em instituição?

Nesse momento, faz-se necessário iniciar apresentando significados de Instituição. Segundo Ferreira (1993), é o ato ou efeito de instituir ou é a organização de caráter social, religioso, filantrópico, público. Quanto a instituir, ainda de acordo com esse autor, refere-se a estabelecer, criar, dar começo a algo.

Enriquez (2001, p.52), traz uma visão mais complexa, ao dizer que a instituição “(...) existe antes de nós e exerce seu poder sobre nossa psiquê e nossas condutas”. Do mesmo modo, Francisco (2000, p.3), citando Negri, diz que “(...) nas instituições há todo um movimento que se distingue ao mesmo tempo das leis e dos contratos.”

Por essas definições, podemos pensar que as instituições, mesmo quando instituídas/ iniciadas a partir do desejo de um grupo, assumem uma vida autônoma e soberana sobre seus membros instituintes. Mas, ainda, definem regras, normas e modos de gerenciamentos que aparentam ser, muitas vezes, independentes do desejo da maioria; fato este que pode desencadear, em seus membros, atitudes e sentimentos ambíguos em relação ao investimento e responsabilidade com o funcionamento desse lugar/instituição.

Ainda observando o funcionamento institucional, como aqui esboçado, podemos perceber um movimento antagônico ao processo de criação e invenção. Esse movimento, aparenta se alimentar, até certo ponto, da exclusão do espírito de investigação, de pesquisar, de ser curioso, de compartilhar, manifestado na acomodação e estagnação das ações dos profissionais diante de suas tarefas. Nessa perspectiva, Guattari e Rolnik (1993) destacam que o antagonismo institucional ao sujeito pode ser determinado por forças massificadoras, geradas pelos agentes de enunciação¹², que limitam a singularidade na subjetividade do sujeito.

Reportando essa situação para a prática clínica do psicólogo, a instituição desestimularizante parece reforçar uma atuação respaldada em técnicas geradoras de controle e segurança. Preocupado com essa contingência, Bleger (1984), autor da psicologia institucional, repensa essa atuação no final dos anos setenta, elaborando e defendendo

¹² São *máquinas* de expressão de natureza extra-pessoal, extra-individual - sistemas econômicos, sociais, tecnológicos, ecológicos, etológicos, de mídia, e de natureza infra-humana, infrapsíquica - sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de imagens, de valor, modos de memorização e de produção idéica, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos e fisiológicos.

propostas heterogêneas tanto no campo teórico como no interventivo. Desse modo, foi implementado um jeito de pensar e praticar a psicologia clínica nas instituições, propondo intervenções fundamentadas na perspectiva da promoção da saúde mental e na atitude do psicólogo, direcionada à escuta das demandas institucionais.

Segundo este autor, a psicologia institucional no contexto hospitalar tinha como objetivo a promoção da saúde. A higiene mental é favorecida através de ações do psicólogo, ao lado dos demais profissionais da equipe.

Assim, o modelo de promoção da saúde mental, proposto por Bleger, constitui um outro modo de posicionamento diante das questões da psicologia clínica no contexto hospitalar. Assinala essa possibilidade de atuação como uma atividade criadora e inventiva, em torno de recursos teórico- práticos, desde que a ação clínica não se reduzisse a serviço do saber médico instituído, excluindo a demanda da clientela. Paralela a essa visão da prática psicológica institucional, os profissionais da área preocupados com seu reconhecimento como uma especialidade, continuavam escrevendo sobre a psicologia hospitalar numa perspectiva exclusivamente da aplicação da compreensão psicológica condicionada a cada patologia específica do doente.

Observa-se que, no início da atuação do psicólogo no contexto hospitalar, havia uma tendência a direcionar o atendimento psicológico de acordo com modelos específicos, que variavam conforme as patologias de base do doente. Ancorando-se na tradição, havia a tentativa de se traçar um perfil da pessoa portadora de patologias ósseas, cardiopatias, renais, mutilações, neoplasias, a fim de modelarem-se técnicas específicas de atendimento.

Embora se reconheça, a partir da experiência, a existência de particularidades referentes a cada patologia, parece que o psicólogo clínico no hospital não deve se imbuir de um fazer dependente das especificidades das patologias, tal como faz o médico especialista. Isto porque, a tarefa da clínica psicológica caracteriza-se pela escuta da experiência do sujeito, revelada a cada encontro.

Mas, subordinando-se a um outro saber e fazer instituído, a Psicologia Hospitalar passa a legitimar-se como uma prática institucional não apenas por atuar no contexto específico de uma instituição de saúde. Institucionalizava-se como um fazer técnico e de especialista, excluindo sua origem e tradição de uma clínica do humano, da experiência, do sujeito social, da escuta e atenção ao interdito excluído.

Desse modo, e sob a perspectiva de um olhar especialista, a Psicologia Hospitalar contemplava a técnica afastada da sua concepção grega original *techné*, concebida como arte, habilidade e artesanato (Webster, 1974). A técnica era aplicada como modelo de controle e

garantia de segurança, e não, como uma possibilidade inventiva e criadora/artística na relação de atenção e cuidado com o outro. A prática clínica psicológica em hospital, parecia, então, distanciar-se do seu sentido de escuta do excluído, do interditado, do apelo que vem do outro, não acontecendo como atenção e cuidado. Na mesma direção, a terapia também se afastava do seu sentido grego, *therapéia*, entendida como cuidado, solicitude no modo de fazer dos diversos profissionais no hospital.

Seguindo essa compreensão da prática clínica psicológica em hospital, enquanto aplicação de técnica, tem-se limitada uma aproximação do fazer clínico psicológico com o sentido de ação segundo Arendt (2000). O uso da técnica, como controle e domínio da prática clínica, restringe a possibilidade de manifestação criativa e singular do sujeito/profissional em seu trabalho de ofício/clínico. Nessa perspectiva, o fazer clínico do psicólogo em instituição demanda uma reorganização de compreensão e ação para essa prática.

Segundo Morato (1999), citando Arendt, ação significa começar, iniciar; é compreendida como a atividade realizada entre os homens, sem a mediação das coisas, objetos. Implica um cunho de imprevisibilidade e refere-se à condição humana de ser plural, de ser político. É pela ação que se imprime sentido ao mundo, através dos gestos, feitos e discursos do homem, revelando a sua singularidade, seu modo de ser no mundo relacionado a sua destinação originária: cuidar de si cuidando do outro. A ação é determinada por si mesma, referindo-se à experiência humana, expressando e confirmando a liberdade e a existência do homem.

Ancorada nessa perspectiva, a experiência é compreendida como um saber fazer/saber dizer, que se apóia num conhecimento pré-reflexivo e num conhecimento representacional que respalda as palavras e os gestos. *Em que medida essa compreensão de experiência pode sugerir um entrelaçamento entre o fazer clínico psicológico no hospital e a compreensão da ação humana segundo Arendt (2000)?* Uma questão para refletir.

Ao acompanhar a prática clínica no âmbito hospitalar, por uma compreensão desse fazer como ação, aproximamo-nos da compreensão do campo teórico-prático do Aconselhamento Psicológico e suas modalidades de prática clínica, sugerida por Morato (1999).

A prática clínica do psicólogo em instituição apresenta uma característica que a diferencia e, simultaneamente, a particulariza: uma outra dimensão de espacialidade e temporalidade, conduzindo-se pela acontecência dos fenômenos. O *setting* no hospital é diferente do tradicional: o consultório. Trabalha-se nas enfermarias, ao lado do leito do paciente, seja individualmente ou com outros pacientes. Nesse contexto, impõe-se ao

profissional uma reorganização da postura tradicionalmente compreendida. É fundamental que ele possa aprender a conviver com a insegurança, mobilizada pelo inesperado e desconhecido, possível de se revelar a cada instante e a cada nova situação, num ritmo acelerado e sempre demandando ineditismo.

Apesar desse aspecto contextual específico no trabalho em instituição, a prática clínica do psicólogo no contexto hospitalar, por muito tempo, lançou mão, e ainda lança, do modelo do fazer clínico consultorial, através da psicoterapia breve ou de curta duração, cujo corpo de procedimentos e intervenções está bem definido: foco, planejamento e estratégias, respaldadas por uma perspectiva de processo, mesmo que seja, de processo focado em determinada queixa ou demanda. Nessa medida, em alguns modelos de psicoterapia breve tem-se delimitado o número de sessões necessárias para trabalhar aquele foco em questão.

No entanto, o hospital apresenta uma demanda complexa, plural e, ao mesmo tempo, singular. Isso porque, neste contexto, é possível deparar-se com o imediatismo e a complexidade das situações, que acontecem constantemente, constituindo-se a partir daí uma rede. Tal característica espelha a pluralidade e singularidade, constitutivas da condição humana e, assim, presentes a todas as situações do existir humano, mesmo quando considerado o caráter de exclusividade de cada experiência. Além de que, a prática clínica em hospital demanda uma atenção imediata e *conclusiva* a cada situação, pois é difícil planejar o número de sessões com um doente hospitalizado. Dessa feita, a utilização da psicoterapia breve ou de curta duração fica com seu uso extremamente limitado.

Na minha experiência no Centro de Tratamento de Queimados, constato que o fazer clínico psicológico no hospital revela uma outra dimensão de temporalidade, que se define pela especificidade da patologia, tempo de hospitalização, alta rotatividade dos pacientes, pela necessidade de ações emergenciais e, principalmente, pelas condições físicas e emocionais do paciente.

Desse modo, para a psicologia fazer-se presente no campo da saúde, em hospitais, é importante lançar mão de *estratégias* clínicas constantemente repensadas por uma produção científica atenta à singularidade e pluralidade que emergem da prática institucional no contato com o outro - *paciente* e profissionais da equipe de saúde. E, no lugar de legitimar-se como uma outra prática específica, faz-se necessário constituir-se entre outras práticas, transitando, assim, por regiões de interdisciplinariedade pela qual especificidade e alteridade articulam-se não como exclusão.

Parafraseando Lupo (1995), atentar à diversidade é algo intrincado por remeter, pela diferença, a situações desalojadoras e de confronto com o estranho presente em nós. Por

outro lado, é isso que impulsiona a investigação e o conhecimento do novo que se desvela a cada encontro com a alteridade, possibilitando oxigenar as teorias e práticas pré-estabelecidas. Nessa perspectiva, para a prática da psicologia clínica em instituição, é significativo ter-à-mão conhecimentos de outros âmbitos além do psicológico, o que possibilita a remissão para uma região de interdisciplinaridade. Segundo Schmidt (1999, p.35)

a psicologia em instituições foi, e continua sendo, uma oportunidade de resgatar a chamada psicologia clínica do seu isolamento, enquistamento e cristalização teórico-prática, pois evidencia a necessidade, por um lado, de configuração de um olhar e de uma escuta que se mostrem abertos à diversidade e às singularidades das demandas institucionais, bem como às potencialidades de desenvolvimento e mudanças presentes nas esferas grupais e comunitárias da vida social.

Atualmente, é possível perceber algumas mudanças na compreensão da atuação do psicólogo em hospital, procurando redimensionar essa prática a partir de outras configurações dos campos psi a não psi.

Assim, retomando Angerami (2000) que, referindo-se aos objetivos do psicólogo hospitalar, aponta para a importância da busca do bem-estar físico, mental e social do indivíduo, através de uma intervenção mais ampla na direção do fazer interdisciplinar, que contemple uma abordagem de homem reconhecido na sua pluralidade histórica, sócio-econômica, cultural e afetiva. Essa compreensão do sujeito redimensiona o campo da psicologia clínica em hospital. Torna possível pensar em *psicologia da saúde*, pois o psicólogo atua na integração entre saúde mental e saúde física, considerando, também, a dimensão social do paciente. Dessa forma, introduz-se outra questão: *Como a ação clínica psicológica poderia atender à demanda que emerge no contexto hospitalar?*

Tal questionamento, para Angerami (2000), ressalta a necessidade de expandir os limites de atuação da Psicologia, levando a ressignificação das práticas psicológicas quanto ao seu campo de atuação e aos conhecimentos teóricos. No impasse advindo do campo da prática, a psicologia clínica em hospital precisava encontrar-se em seu próprio contexto, para assim poder apropriar-se e organizar seu fazer saber.

Na teoria da psicologia hospitalar, o campo de atuação do psicólogo é determinado por limites institucionais, tais como regras, rotinas e condutas específicas, que devem ser respeitadas por todos os profissionais da equipe. Isso remete o psicólogo a redefinir suas atitudes nesse contexto, estando aberto a:

(...) reaprender com suas práticas, reintegrando seus conhecimentos através de uma postura de constante investigação sobre elas, (...) apreender o objeto de trabalho como coletivo e planejar coletivamente em equipe as práticas de atuação, (...) articular seus conhecimentos aos demais integrantes da equipe, recobrando, assim a idéia de trabalho socialmente articulado. Isso significa saber trabalhar em equipe

interprofissional, com objetivo socialmente apreendido e articulados em direção à melhoria coletiva (Angerami, 2000 citando Silva p.97).

Assim, poderia ser basilar a compreensão da inserção do psicólogo no campo da saúde enquanto um profissional que dela cuida como um patrimônio da coletividade, implicando-se com os fatores sociais e não apenas com os aspectos fisiológicos da doença. Além disso, aberto à possibilidade de promover a integração das diferentes ações assistenciais ligadas ao paciente numa ação coletiva, favorecendo a comunicação entre paciente, equipe e família, necessária para compreensão dos conflitos e dificuldades vivenciadas no contexto de assistência hospitalar. Esse lugar de intermediação poderia estar delineando uma tarefa do fazer psicológico no hospital. *Mas, será que esta atividade poderia ser considerada como uma prática clínica psicológica em hospital?*

Esse questionamento remete a outro: *Será que a promoção da circulação da palavra e da escuta poderá estar articulada com a atuação do psicólogo em hospitais?*

Assim, o psicólogo necessita atuar com flexibilidade de modo que a experiência possa ir se configurando e elaborando, sem que se perca de vista a objetividade e o significado na relação e a comunicação com os outros integrantes da equipe de saúde. Nessa direção, a questão da perspectiva interdisciplinar dessa prática retorna, e, com ela, a necessidade de compreender a relação existente entre a dimensão ética, a constituição da subjetividade e as práticas clínicas no campo da saúde.

3.4 A Dimensão ética na ação humana: Buscando sentido para a prática psicológica.

Procurando compreender melhor um sentido para a prática psicológica, farei algumas considerações acerca da ética, entendendo-a como um modo constituinte de relação do homem consigo mesmo e com os outros. Nessa direção, ética diz respeito à morada, éthos para os gregos, a partir da qual se faz possível ao homem construir seu modo de ser no mundo, ou seja, sua subjetividade. Em outras palavras, a ética diz respeito a todas as intenções contempladas pela ação humana, que se destina ao compromisso/responsabilidade do sujeito para consigo mesmo e para com os outros. Esse sentido de ética diferencia-se da compreensão de ética enquanto moral, código de normas explícitas ou implícitas que autoriza ou proíbe condutas, expressos pelas normas sociais da vida com outros.

Pode-se compreender que cada sujeito age sobre as coisas do mundo do seu próprio modo, mesmo quando está seguindo um código de normas, uma moral pré-estabelecida, ou seja, ele imprime às coisas o seu modo singular de ser e fazer. Desse modo,

toda ação humana delinea uma ética própria/pessoal, mas que reflete o coletivo, aquilo próprio do cultural, possibilitando, assim, uma relação de mútuo engendramento. Sobre esse pensamento, afirma Figueiredo (1996, p.43/44):

(...) não há uma única 'ética'(...) comum a todas as culturas e épocas, comum a todas as formas de subjetivação, e justificável num plano de racionalidade absoluta e transitória (...). De cultura para cultura e de época para época podem variar os padrões implícitos e os códigos. (...) Assim sendo, variam também os modos de sujeição dos indivíduos aos ditames morais (...) as 'éticas' não só 'refletem' diferenças nos modos de subjetivação, mas participam da constituição das subjetividades... ou seja, ensinam, orientam, modelam e exigem a conversão dos homens em sujeitos morais historicamente determinados.

Preocupado com as várias formas que as relações humanas assumiram ao longo dos séculos nas organizações sociais - sociedades, o autor percorre o caminho da história da civilização para compreender como se deu esse processo. Inicia pelas sociedades ditas arcaicas e fechadas, nas quais era possível encontrar uma ética caracterizada por um intenso enraizamento da comunidade na natureza e do indivíduo em sua comunidade. O mundo se confundia à ordem do clã/família e, assim, a linguagem e todos os objetos estavam entrelaçados numa mesma compreensão e ação. O espaço para a singularização do indivíduo era restrito. O homem vivia regulado pela ética coesiva, "*dispensando todos de qualquer esforço reflexivo mais nítido em torno do que fazer e de como fazer*".(op.cit. p.51). O éthos coesivo oferecia segurança num contexto social, em que, transgredir a ordem era viver o caos, era não pertencer a essa morada institucional. Desse modo, o que não fizesse parte desta morada era absolutamente excluído e banido da sociedade. No entanto, toda a tentativa de manter a coesão e a ordem no contexto social não conseguia promover uma existência harmoniosa ao homem; algo ainda se mantinha inquietando o modo de ser humano. Sua experiência insistia em revelar sua maneira singular de ser, não submetida nem em conformidade ao controle exercido sobre a natureza ou mundo físico. Lenta e gradualmente, impunham-se evidências de diferenças e particularidades na relação entre sujeito e mundo.

No século XVI, época do renascimento, a ética coesiva começa a dar lugar a uma razão reflexiva. O homem desperta para questões existenciais, refletindo sobre si mesmo, sua individualidade e sobre sua relação com as coisas/objetos. Percebendo a ambivalência entre suas necessidades, sentimentos e as exigências da sociedade, o homem percebe uma lacuna existente naquele modo de vida, ou seja, compreende não poder viver voltado apenas para as exigências do coletivo, da sociedade ou da natureza física. Esta abertura para questionamentos sobre o modo de pensar e viver junto com os outros em sociedade, favorece o movimento de desenraizamento em relação às tradições impostas pela ética coesiva, ou seja, há uma quebra de valores e referenciais estáveis. Assim, favorece ao homem também cuidar de si na relação

com o outro, possibilitando a constituição de outros modos de subjetivação mais próprios ao humano e passíveis de realização no contexto social. Era a tentativa de sistematizar a relação entre a natureza, a sociedade e a experiência do homem.

Nesse momento, o homem começando a perceber diferenças entre ele e a natureza, possibilita uma abertura à sua consciência reflexiva e, conseqüentemente, emergem com maior intensidade perspectivas individualizantes, restringindo o espaço do público – coletividade. Ou seja, o homem passa a desempenhar trabalhos individualmente, embora ainda atribuídos pela necessidade da coletividade. Prevalencia a ética dos dominantes, daqueles que conseguiam se sobressair, na sociedade, pela sua própria força, coragem, astúcia, sabedoria ou prudência. Isso porque o homem, como sujeito moral tinha que superar a si mesmo na direção da excelência, sabendo cuidar de si, da sua saúde e administrar os seus bens; caso contrário era marginalizado. Instituíam-se o tempo da ética da excelência ou da estética existencial, amparada pelo ideal de humano e do uso de sua razão.

Ainda percorrendo a trajetória histórica da constituição das éticas, Figueiredo (1996) afirma que a ética da excelência entra em falência quando os indivíduos passam a buscar em si mesmos a construção de suas próprias moradas. A ênfase passa a ser atribuída às ações do homem no cuidado consigo mesmo. O símbolo da superioridade social deixa de ser a valorização da excelência no desempenho das tarefas para ser o domínio de si mesmo, independente da relação de poder sobre os outros. Desse modo, passa a ser valorizada a dimensão virtuosa da conduta ética como condição de independência do indivíduo, ou seja, ele tinha que ser capaz de dominar seus impulsos e sentimentos, revelando a supremacia de sua capacidade de controle e autonomia na condução de sua vida. nessa perspectiva, sobreviver por si só passa a ser um valor perseguido como condição para um modo de ser virtuoso: o do “self made man” (homem se faz por si mesmo).

Acentuado o privilégio da individualidade, essa ética abriu fendas no modo de viver: solidão e desamparo começam a graçar, quando, desenraizados de possibilidades de pertencimento, os homens se percebem dependentes unicamente de si mesmos e de seu próprio controle e não mais nem da natureza nem da coletividade. Com a diluição das tradições, dos ideais, dos valores e das normas, perdeu-se a objetividade por eles garantida, dando lugar à subjetivação e à individualização dos valores e das normas. A relação com a natureza passa a ter um único sentido: fonte de matéria-prima a ser explorada. As relações humanas tornam-se limitadas, na medida em que o homem reduz a sua morada ao individual e, no máximo ao familiar próximo. No entanto, por não conseguir viver sozinho, volta-se a

buscar a possibilidade de interação no espaço social e coletivo. Mas, esse resgate instala-se por outras bases.

A sociedade começa a se organizar em dois campos éticos: o éthos da vida privada e o éthos da vida pública. No campo da ética privada e familiar prevalecia a coesividade, enquanto que no campo da ética pública predominava a ética da eficácia – as ações eram escolhidas ou impostas de acordo com suas conseqüências para vida, na direção do sucesso, do progresso e da felicidade. O importante a ser escolhido como eticamente correto pressupõe ser aquilo que “dava certo”. Valorizado, por seu auto-controle e produção, o homem transpõe esse modelo para a vida coletiva. Desse modo, a ética da eficácia passa a pensar a conduta humana de acordo com o mesmo modelo de controle técnico, já bem sucedido nas ciências naturais. Compreende-se e conduz-se o comportamento humano pela via da elaboração de objetivos, hipóteses, experimentação e controle de variáveis para a sua ocorrência.

No entanto, esses pressupostos deram margem a vários questionamentos: por qual referencial era avaliado o certo e o errado das coisas? Como forma de uso de eficácia do controle, restou à sociedade uma alternativa que não ferisse o princípio da liberdade e autonomia: impor-se por uma ética universal, pautada numa verdade infinita e soberana. Assim, era possível exigir de todos um esforço igual para a autoconstituição de cada um como sujeito moral. Dessa feita, a ética pública caracterizou-se, na modernidade, pelo excessivo controle moral, internalizado na constituição da subjetividade dos sujeitos. Buscava-se uma ordem e eficiência no controle dos instintos e impulsos, reprimindo aquilo que era considerado como “estranho” e deformador.

È em meio a tal cenário social, político e econômico, que emerge a ética liberal, permitindo uma certa liberdade pela aprovação de um duplo regime ético: a ética privada e a ética pública. O campo da ética privada ficou reservado à família que, conduzindo-se pela ética da excelência, tenta assegurar um lugar de abrigo e proteção para os seus membros. Contudo, para manter-se como célula básica da sociedade, guardião da vida pública de seus membros, a família via-se obrigada a exercer o controle do comportamento de seus integrantes. Amparando-se no papel de moralizadora reativa e defensiva, ambigualmente, se apresentava, nessas ocasiões, como prejudicial ao desenvolvimento da autonomia de seus membros.

Instalou-se, assim, uma contradição e conflito para o sujeito, pois lhe era exigido, no campo da ética pública para competir e ter sucesso nas atividades política e mercantil, a autonomia e a liberdade que lhe eram tolhidas no meio familiar. Além disso, o éthos público

quase não oferecia ao sujeito a segurança e proteção necessárias à sobrevivência, intensificando, assim, a ambigüidade no desempenho de sua condução como indivíduo. Concluindo, Figueiredo (idem p.58) aponta como “a ‘morada’ oferecida pela ética liberal é, em grande parte, uma ficção que jamais ofereceu uma sustentação adequada aos indivíduos, mesmo aos dominantes”.

Frente a essa situação e com o desenvolvimento econômico e político nos séculos XIX e XX, houve a necessidade de modos de ordenação mais autoritários na vida pública. Surgem práticas disciplinares para controlarem, de modo rígido, as ações humanas. É a ética disciplinar. Desse modo, foi incrementado um padrão implícito de restrições, obediência e eficiência nos poderes públicos que exerciam ingerência sobre as existências individuais, até então, reguladas pela ética da excelência familiar.

Esse movimento favoreceu a diluição da privacidade e a estratificação hierárquica, facilitando a desvalorização dos recursos pessoais próprios a cada indivíduo. Desvalorizados os recursos pessoais, dificultou-se a experiência de acolhimento e a educação do indivíduo no seio familiar. Amplia-se a possibilidade de instrumentalização das relações humanas, estimulando a necessidade do conhecimento técnico do especialista para conseguir, com eficácia, gerir suas próprias vidas e viver em família. Com isso, a liberdade privada ficou comprimida em espaços particulares da vida de cada indivíduo, sendo secundarizadas as relações dos homens uns com os outros. Como contraponto a esse desamparo, surge a ética romântica, trazendo à tona demandas de pertença à comunidade, ligação com a natureza, com a história e com o cosmos.

Como resultante social do confronto entre as três formas de éticas: disciplinar, liberal e romântica, emerge a ética do sobrevivente, produzindo processos de subjetivação impregnados desses três éthos. Na sociedade contemporânea, a ética liberal mantém-se como um pólo estruturador da subjetividade, dado que *emprestou seu* padrão de conduta e modelo de relação do sujeito consigo mesmo. Associando-se, por outro lado, a padrões característicos à ética disciplinar e romântica, finda configurando a experiência de desterritorialização do sujeito. Isso porque o sujeito, passando a ocupar, ao mesmo tempo, os três éthos/moradas como modos constitutivos de subjetividade, fica sem possibilidade de habitar nenhuma. Ou melhor dizendo, o sujeito fica sem um território específico que lhe ofereça abrigo.

Desse modo, surge, como fruto da sociedade contemporânea, a figura do *mínimo eu*, trabalhada por Lash (1988), para expressar o modelo de sujeito que, ao mesmo tempo, vive e edifica a cultura do narcisismo e do imediatismo, promovendo um desenraizamento como modo para sobreviver, física e psiquicamente, diante do sofrimento pela falta de

confiança em si mesmo, pois já não se sente capaz em assumir sua própria vida ou história. Nesse contexto, prolifera no mundo o que Figueiredo (1996, p.63), citando Marc Auge, chamou de não-lugares, ou seja, “*espaços de trânsito aonde se existe sem raízes e sem relações*”, e que colocam, em segundo plano, as necessidades de acolhimento e moradia. A ética do sobrevivente trata-se, pois de uma ética frágil à manutenção da saúde, pois não oferece uma morada harmoniosa diante das necessidades imposta pela sociedade contemporânea. Para existir, o homem abre mão de sua própria demanda. Desenraizando-se de si mesmo, o homem apresentava-se vagando *sem destino* no contexto da sociedade pós-moderna.

É esse o quadro que impõe uma reflexão aos modos de se compreender o bem-estar ou a saúde, do ser humano na contemporaneidade. Nesse sentido, retomar a demanda fundante do homem pode ser um caminho para compreensão e cuidado desse humano “sofrente”.

Falar em retomar a demanda fundante do homem, é possibilitar que ele entre em contato com a angústia constituinte da busca por sentido de ser, através de um modo de habitar o mundo que lhe ofereça um espaço de separação e recolhimento. Compreende-se ‘ser-no-mundo’ como o modo constituinte de ser humano. “*O mundo, na verdade, deve ser pensado antes de mais nada como o que se abre e dá a ver para este ser – o humano – que se define exatamente pela e como abertura e incompletude.*” (p.45)

Seguindo essa compreensão, Figueiredo (1996) discute a ética, compreendida no plano etimológico como éthos – costumes ou morada. Diz de um modo do homem assumir sua demanda, sua condição de abertura e incompletude, através do habitar um espaço (a casa) que possibilite o abrigo sereno e seguro para o seu movimento de trânsito entre separação e recolhimento do mundo lá fora. Desse modo, esse espaço garante o encontro com a alteridade, assim como também possibilita a organização do tempo e do espaço do homem, necessários à sua saúde psicológica e física.

Nessa medida, tem-se uma correlação entre a casa como morada e a saúde, compreendendo esta última como sendo o bem-estar e usufruto do corpo. Bem-estar que pode ser vivido desde que se tenha um espaço para se recolher, repousar e ser si mesmo, livre das indecisões e riscos, próprios à vida - falta de comida, moradia e emprego – condições mínimas à sobrevivência. Trabalhar é uma condição essencial à saúde. Ou seja, a saúde mental e física é alcançada a partir do sentimento de *estar em casa* - uma ética que institui uma troca de afetos e obrigações recíprocas entre sujeitos, possibilitando a condição de trabalhar e das experiências de encontro com o outro/diferente. A partir dessa compreensão,

passo a discutir as práticas clínicas no campo da saúde, trazendo a proposta de uma ética condizente com esses desafios éticos da contemporaneidade.

Percebe-se, depois deste percurso pela ética, que muitas das práticas alternativas implicam-se em cuidado com a saúde física, promovendo um confronto não somente com a medicina como também com o campo teórico e das técnicas da Psicologia. Buscando impor-se no espaço da prática, esses modos alternativos se apresentam pela sua oposição à cisão mente-corpo. Nessa perspectiva, torna-se inevitável que tenham conseguido certa propagação, consideradas pela promoção de efeitos no modo de ser do “mínimo eu”. É desse modo que, embora dizendo-se alternativas à racionalidade e controle, findam por promover efeitos da ordem da ética da existência. Ainda tentando disputar reconhecimento e espaço com a psicologia científica, as práticas alternativas desencadeiam um confronto somente minimizado pela busca por um estatuto de cientificidade às práticas psicológicas, desconsiderando-se a diversidade teórica da área e a reflexão epistemológica e metodológica necessárias.

Na tentativa de trabalhar esse confronto teórico/prático, Figueiredo (1996) sugere o plano da ética compreendida como modos de constituição de subjetividades. A partir da ética romântica, o pensamento e as práticas psicológicas contemporâneas se revelam como reais alternativas aos impasses éticos desse tempo, ou seja, mostram-se como respostas, por vezes silenciosas, à demanda de acolhimento, de um habitar sereno e confiado. No entanto, para o autor, muitos aspectos da experiência humana ainda não serão compreendidos por esse caminho ético.

Como solução ao impasse, Figueiredo (1996, p.72) propõe a implicação em uma dupla vertente ética, a partir de conceitos da filosofia de Heidegger, *a serenidade - o habitar sereno e confiado como condição para a abertura e o encontro (...)*, e por conceitos da filosofia de Nietzsche, *Amor facti – amor aos fatos e aos fados, acolhimento do inesperado, (...), espera do outro que nos vem ao encontro e desaloja*”.

Desse modo, pensando na prática clínica psicológica em hospital, compreendo que o psicólogo, nesse contexto, pode ser considerado como um sobrevivente desse impasse ético. Ele busca modos alternativos de fazer clínica, acolhendo o inesperado dos acontecimentos, de maneira flexível e tentando contornar o tecnicismo dominante e próprio a esse meio. Dessa feita, recorre a práticas de promoção de saúde, práticas essas que tentam compreender o desamparo do homem a partir do âmbito da sua experiência – da sua morada.

3.5 Olhando em torno da psicologia clínica: Reencontrando o sentido da prática no hospital.

Até aqui, elucidou-se o percurso da Psicologia Hospitalar, especialmente, no que diz respeito ao atendimento infantil nesse contexto e a tematização sobre a prática institucional em hospital. Agora, encaminham-se algumas reflexões sobre a Psicologia enquanto ciência e profissão, no que se refere ao modo de fazer clínica em instituição tendo como base a ética como morada.

A prática clínica em instituição tem sido compreendida como múltipla, demandando ao psicólogo uma atitude de abertura à desconstrução, criação e inovação nas suas ações, impulsionando-o a engendrar conhecimentos teóricos com a experiência de vida do sujeito e que são legitimados a partir de uma Ética, na direção à atenção e ao cuidado do sujeito que procura esse serviço.

Essa atitude do psicólogo clínico comunica um ecletismo presente na intervenção e atenção psicológica à demanda revelada pelo sujeito nas instituições. Ancona-Lopez (1999, p.14) anuncia que: *“O ecletismo pragmático de que o psicólogo lança mão em sua prática contém inúmeros elementos teóricos que, digeridos e amalgamados a vivências pessoais, adquirem coloridos singulares”*.

No entanto, no meio científico e acadêmico em que a psicologia se situa enquanto ciência e profissão, há uma exaustiva discussão em torno da atitude eclética na prática clínica. Isso porque, nesse meio, difunde-se a idéia de que o psicólogo em sua prática clínica deve fazer uso de técnicas, de forma a garantir o rigor científico dos pressupostos teóricos e práticos e assim, poder legitimar a psicologia como ciência e profissão. Mercadante (1993) defende que existem teóricos que acreditam na linearidade na ocorrência dos fenômenos e que quando esta não se revela, deve-se ocultar as falhas, justificando-as por meio dos aspectos pessoais ou da formação.

Com base nesse princípio que preconiza a linearidade causa - efeito como justificativa dos acontecimentos, o psicólogo tem a compreensão dos fenômenos do humano limitada, pelo distanciamento da sua própria experiência e existência, consideradas como fonte de pesquisa; torna-se assim restrita a possibilidade de produção de novos conhecimentos teóricos.

Não obstante, pode-se perseguir um caminho inverso ao percorrido no meio acadêmico, ou seja, o profissional/psicólogo poderá promover uma articulação entre a sua experiência clínica, as teóricas instituídas e o conhecimento do senso comum. E, nesse movimento reflexivo, o psicólogo traz à luz as relações teóricas implícitas na compreensão entre essas três esferas do conhecimento.

Figueiredo (1992) discorre sobre a postura do psicólogo diante da multiplicidade de fazeres que o destituiu de um sentido específico para o seu fazer. Mediante um rigor científico, elabora construtos teóricos a partir da tensão existente entre prática e teoria, sugerindo a incorporação do novo e inusitado, presentes na experiência clínica e nas teorias.

Assim, é possível uma composição no conhecimento da psicologia que contemple a pluralidade própria a esse campo do saber/fazer e fazer/saber, ou seja, uma atitude e compreensão interdisciplinar na Psicologia, que leva em conta a alteridade como meio para a compreensão dos fenômenos humanos. Esse modo insere-se na compreensão da teoria e da técnica como meios que possibilitam o espaço à indecisão e ao desconhecido durante a ação clínica psicológica na qual a alteridade emergente poderá ser acolhida.

Imbricado com esse sentido, está a questão da identidade do psicólogo, cabendo, assim, tematizá-la. Figueiredo (1992) aponta a multiplicidade dos saberes no campo teórico-prático da psicologia e a presença desse plural na identidade e atuação do psicólogo. Dizendo melhor, é possível encontrar na psicologia uma multiplicidade de correntes teóricas e metodológicas e várias áreas de atuação do psicólogo, que lhe proporcionam o contato com diferentes populações e profissionais, e com novas demandas, remetendo-o à criação de linguagens e estilos de atuação próprios. *“Em suma, as diferentes interfaces da psicologia geram profissionais com saberes, práticas, destinações, linguagens, alianças e limites muito específicos.”* (p.90)

Caminhando por essa compreensão, é possível localizar aspectos mais complexos que se colocam *entre* a formação teórica do psicólogo e sua prática. O psicólogo, ao desenvolver a sua atividade profissional, incorpora, de tal forma, o conhecimento teórico as suas habilidades, sendo estes operacionalizados tacitamente junto com o saber de ofício ligado à experiência pessoal. Assim, podemos compreender que quanto mais tempo vivido no exercício da profissão, mais as variáveis pessoais vão tendo relevância na prática e nas crenças dos psicólogos.

Desse modo, surge uma questão: *“(...) haverá uma identidade profissional múltipla, ou será que a diferenciação se impõe como intrínseca às atividades deste profissional nos seus variadíssimos contextos de atuação?”* (Figueiredo, 1992, p.91)

Esse autor propõe, para responder a essa questão, algumas alternativas que assinalam a origem das multiplicidades de psicologias. Inicia com reflexões acerca do modo de *ser psicólogo*. Chama a atenção de que este, enquanto *“profissional do encontro”*, profissional do *entre*, tem em sua atividade cotidiana, a implicação de lidar com o outro em

sua alteridade. Assim, é essencial à ação do psicólogo, em qualquer contexto da prática e segundo Figueiredo (1992, p.93) a:

(...) disponibilidade para a alteridade nas suas dimensões de algo *desconhecido, desafiante e diferente*; algo que no outro nos obriga a um *trabalho* afetivo e intelectual; algo que no outro nos pro-pulsiona e nos alcança; algo que do outro se *impõe* a nós e nos contesta, *fazendo-nos efetivamente outro que nós mesmos*.

Com base nessas reflexões, percebe-se que a alteridade é o elemento que impulsiona a diferenciação do sujeito. Compreender a alteridade que ressoa em si próprio (psicólogo) é condição do trabalho do psicólogo, enquanto “*profissional do encontro*”. Posto isto, é na alteridade que é possível encontrar a compreensão da origem da multiplicidade constitutiva do *ser psicólogo*, conforme assinala Figueiredo (1992, p.93-94):

É no contato com as alteridades do outro e com nossas próprias alteridades que transcorre e se efetua toda a nossa experiência; (...) É, enfim, este contato com o múltiplo que gera todos aqueles fenômenos de multiplicidade (...)

Dessa maneira, é possível *definir* a identidade do psicólogo como múltipla e variada, legitimando, a alteridade de si e do outro como condição de nossos fazeres.

Compreender a atuação clínica do psicólogo em instituição, como interdisciplinar, é considerar a multiplicidade e a diversidade de fenômenos que se revelam nesse contexto, bem como a interrelação, inerente, destes com a ação clínica psicológica. Nesse momento, cabe trazer para o hospital, a prática clínica ligada a sua destinação original: cuidar do ser. Nesse sentido, é fundamental uma atitude de flexibilidade no fazer, distanciando-se da *pura* aplicação da técnica na prática da psicologia hospitalar.

Numa perspectiva fenomenológica existencial, se faz necessário, para a ação clínica psicológica em hospital, compreender os fenômenos revelados pelo ser doente a partir da pluralidade e singularidade constitutivas do humano. Ou seja, compreender o sujeito considerando os diversos saberes, que buscam, em suas especialidades, nomear o sofrimento, como fenômeno que se manifesta.

Nesse sentido, o mundo está sendo considerado em seu caráter plural, que é por natureza aparência, percebido de um modo próprio e singular por cada *existente*. Olhar para o que aparece/fenômeno, dando-se ênfase à experiência do sujeito, é inerente à compreensão fenomenológica. Assim, é fundamental o modo como o ser se revela na sua existência, pois nela está o seu modo de ser no mundo ou a sua subjetividade. Arendt (1992, p.19) elucida esta questão ao afirmar:

Aparecer significa sempre aparecer para outros, e esse aparecer varia de acordo com o ponto de vista e com a perspectiva dos espectadores. Em outras palavras, tudo o que aparece adquire, em virtude de sua fenomenalidade, uma espécie de disfarce que pode de fato – embora não necessariamente – ocultar ou desfigurar. Parecer corresponde à

circunstância de que toda aparência, independente de sua identidade, é percebida por uma pluralidade de espectadores.

Ancorada nessa perspectiva, é possível deparar-se com uma outra compreensão da temporalidade para o existir humano e o acontecimento dos fatos, ou seja, estes só podem ser compreendidos no momento/tempo presente que contém, em si, o tempo passado e o tempo futuro. Isso aponta para o caráter de mutabilidade da existência humana num movimento constante de desvelar, velar e ocultar, marcado pelo inacabamento e pela abertura do ser. Além de que, legitima a experiência como a fonte de acesso ao sentido da vida para cada sujeito.

Parafraseando Schmidt (1999), quanto mais o profissional distancia-se da experiência mais estará promovendo um abismo entre o modo de abordar o fenômeno e a compreensão teórica dele; isto é, estará utilizando-se de técnicas dissociadas da demanda do sujeito, que se manifesta pela experiência. Dessa forma, o profissional terá limitado as suas possibilidades de ação frente ao fenômeno revelado naquela situação, que urge por uma atenção, do mesmo modo que estará impedido de mostrar-se como sujeito ético, relativizando nos atendimentos a lógica teórica a partir do que vive, observa e pensa.

É pertinente, nesse momento compreender um pouco as influências do crescimento sócio-econômico sobre a experiência do sujeito. Na história da civilização ao longo dos séculos, é possível localizar a revolução industrial e o conseqüente *progresso* socioeconômico e cultural advindo desse período com seus ganhos e perdas. Nessa época, o homem começou a relacionar-se com a máquina, afastando-se da arte do ofício artesanal, em decorrência do treino constante de procedimentos pré-estabelecidos. Buscava padronizar uma técnica pela “(...) *precisão e rapidez na repetição de gestos desconectados entre si, que respondem aos estímulos emitidos ininterruptamente pela máquina.*” (Schmidt, 1990, p.18)

A linguagem escrita se desenvolveu com o advento da imprensa, a comunicação entre os povos ficou mais fácil, mas a experiência foi prejudicada pelo predomínio da informação imediata sob a comunicação oral. A partir de então, as relações humanas passam a se pautar na vivência do imediato, passam a ser efêmeras, e a experiência perde seu lugar na modernidade, posto que a elaboração do vivido ficou prejudicada, *não havia tempo*. A experiência humana e as tradições se perdiam em meio à aceleração do tempo, crescia no sujeito um sentimento de desenraizamento do coletivo.

Paralelo a esse movimento, Benjamin (1994) lança mão da figura do narrador presente no escritor, no poeta, no artista, na intenção de favorecer o resgate da experiência na modernidade. Esses personagens conseguem por suas narrativas, comunicar as experiências

individuais amalgamadas às coletivas, constituindo a tradição para gerações futuras. “*Os relatos e histórias atualizam a experiência do passado, ao mesmo tempo em que se enriquecem com aquela do presente.*” (Schmidt, 1990, p.51)

Então, com base no exposto acima, cabe fazer referência à narrativa como via para o sujeito retomar a sua historicidade. A narrativa é aqui entendida como “*uma forma de elaboração e transmissão da experiência pessoal e coletiva*” (op.cit. p.32), que contempla a mutabilidade e a pluralidade dos modos de ser e praticar a Psicologia Clínica, criando condições para o diálogo entre aqueles que se disponibilizam a narrar sua experiência. Dizendo melhor, a narrativa permite a transmissão oral da experiência do narrador conectada à realidade coletiva, a qual revela a sua historicidade: os nexos na trama de um modo de ser no mundo com os outros. Vivendo dessa maneira, talvez, possa ser minimizado o sentimento de desenraizamento do sujeito pelo retorno a experiência de pertença coletiva.

A partir desta perspectiva, pode-se repensar as teorias e as práticas da psicologia à luz dos aspectos éticos e políticos. Ou seja, considerar a ética e a política como meios que promovem aberturas a compreensão das questões reveladas pela prática clínica e lançadas à teoria na direção de ressignificações e ampliação do conhecimento. Realçando esse pensamento encontro em Evans (1979, p.79) uma citação de Rogers afirmando que “*o empirismo permanecerá como parte de nossa ciência, mas para vastas áreas do conhecimento psicológico, precisamos de uma ciência muito mais humana. Não sei que forma poderá tomar, mas sei que não estará longe da fenomenológica (...)*”

Seguindo esse caminho, já é possível perceber uma *psicologia* que resgata a condição humana, contemplando o existir humano naquilo que lhe é próprio e que se direciona para os modelos preventivos de compreensão e de intervenção. Isso porque, impulsionada pela demanda do homem contemporâneo, a psicologia abre-se na direção de novos parâmetros, de novos modelos de investigação dentro de uma nova compreensão epistemológica.

Esse novo modo de compreensão dos fenômenos humanos exige do psicólogo uma tal disposição afetiva para apropriar-se da sua condição originária enquanto *ser de abertura* para a compreensão do outro, *deixando-se* afetar pela experiência, e afetado poder ser facilitador da relação. Ou seja, o psicólogo oferece o que *tem* para que o sujeito reconheça o que já *tem em si*, mas, até então, desconhecia: seu *ser possibilidades*. Assim, é possível vislumbrar uma aproximação da prática clínica psicológica com a arte, ao compreender que as ações clínicas não são postas *a priori*, podendo, assim, no momento do encontro, levar em

conta a criatividade e a singularidade próprias à experiência do sujeito. Isso evidencia a exclusividade presente em cada ação clínica, tal como em cada obra de arte.

Nesse sentido, volto a trabalhar a compreensão sobre o Aconselhamento Psicológico, trazendo a perspectiva do Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, considerado como um campo teórico – de pesquisas e estudos sobre a dimensão da experiência do sujeito, e um campo prático – de modalidades da prática clínica, com atenção voltada às demandas sociais reveladas pelo sujeito durante o atendimento institucional.

Agora, passo a direção da contextualização histórica desse *pensamento* e prática psicológica no intuito de promover um enraizamento e fundamentação dessa possibilidade de compreender e intervir junto ao sujeito. Assim, sigo os relatos de Morato (1999).

Após a II Guerra Mundial, a sociedade encontrava-se fragmentada, desestruturada, as pessoas viviam um completo sentimento de vazio, perda do sentido na vida e desilusão, sentiam-se abaladas pelo caos da destruição, viviam, *apenas*, voltadas para o presente imediato. Tinham perdido, ainda mais, o sentimento de pertença ao coletivo, era muito doloroso resgatar a experiência passada e o futuro era absolutamente improvável. Mas, ao lado disso, as pessoas também sentiam uma necessidade premente de reconstruir “*uma nova ordem social, política e econômica, tanto concretamente como de valores*” (Morato, 1999, p.73), o que demandava às práticas psicológicas cuidar das pessoas com seus novos e diferentes distúrbios psicológicos, gerados por tamanha desestruturação social, nesse contexto do pós-guerra.

Diante dessa nova condição da humanidade, filosofias e teorias psicológicas foram repensadas. É ampliado o espaço para aplicação dos posicionamentos filosóficos da fenomenologia e do existencialismo, os quais resgatam a condição humana de ser situado no e pertencente ao mundo. Na psicologia emergem reflexões sobre as questões acerca da experiência humana diante de situações de crise social, como também surge um movimento chamado da “Terceira Força” ou Psicologia Humanista.

A “Terceira Força” corresponde “(...) *a tentativa de integrar a Psicologia como estudo e preocupação com a condição e experiência humanas, ancorada nas filosofias existencialista e fenomenológica e numa prática clínica alternativa.*” (Morato, 1999, p.75) A experiência de mal-estar do homem contemporâneo era problematizada por essa prática clínica, no sentido de pesquisar novas formas de intervenções e respostas à demanda daquele homem.

A Psicologia Humanista acolhe o conhecimento de outros campos que buscavam compreender a existência humana, tendo em vista a necessidade de atender à urgência social.

Assim, é “*da própria demanda social que surge a prática do aconselhamento psicológico*” (op.cit p.75), situando-se ao lado das técnicas de apoio e terapias breves. O aconselhamento psicológico apresenta-se a serviço da sociedade, colocando-se à disposição de outras práticas, estimula respostas a imediatez do homem contemporâneo.

Dessa feita, era restrito o espaço para a construção de reflexões teóricas sobre esse fazer psicológico, sendo necessário lançar mão de técnicas de teorias científicas modernas da Psicologia. Recorria-se à teoria da aprendizagem, da motivação e da personalidade. Assim, nesse contexto, muitas técnicas de aconselhamento foram desenvolvidas visando a intervenções focadas no comportamento desajustado dos indivíduos, na busca de modificações e adaptações às necessidades pragmáticas da sociedade.

Nessa época de descontinuidade social, repleta de mudanças e inseguranças, os referencias teóricos não ofereciam base à atuação profissional, assim a prática do Aconselhamento Psicológico também não encontrou amparo teórico para as *suas* intervenções na Psicanálise e, enquanto ciência, manteve-se como um conjunto de técnicas desconfiguradas devido à sua aplicação em situações divergentes aquelas às quais foram planejadas.

A literatura retrata algumas diferenças significativas entre o Aconselhamento Psicológico desenvolvido na América e o da Europa, tendo em vista a forte presença das influências do pragmatismo positivista e imediato nos Estados Unidos e as influências filosóficas existencial e fenomenológica sobre essa prática na Europa. Fato esse que desencadeou um aconselhamento mais preocupado com o *como fazer*, acolhendo e resgatando a continuidade histórica do indivíduo na realidade européia, enquanto que, nos EUA, o aconselhamento psicológico comprometeu-se com o funcionamento acelerado da sociedade, visando à produção dos bens e manutenção do poder.

Em meio a esse panorama pragmático norte-americano, no início da década de 40, surge Carl Rogers, psicólogo com formação acadêmica positivista. Esse teórico tematizou a sua prática clínica, no sentido de identificar e definir a eficácia desse fazer psicológico e assim introduziu na psicologia americana a atitude de pesquisar a prática clínica como propulsora para o desenvolvimento teórico.

Em 1942, Rogers lançou um livro, no qual percebe-se uma tímida tentativa de sistematizar o que era o campo do aconselhamento psicológico, que ele chamava de terapia não diretiva. Essa terminologia para definir este campo causou algum desconforto entre os teóricos pela diferença posta frente aos demais aconselhamentos. Vale ressaltar que, até então,

o aconselhamento estava situado dentro da prática psicométrica, cabendo ao conselheiro as técnicas estritamente diretivas.

Então, Rogers com sua teoria da terapia Centrada no Cliente, promove, em sua atuação, o deslocamento do foco de atenção: (...) *do problema para a pessoa do cliente; do instrumental de avaliação para a relação cliente – conselheiro; do resultado para o processo.*” (Schmidt, 1999, p.92), fato que imprime ao Aconselhamento Psicológico um novo modo de fazer e o aproxima da teoria de Rogers, ou melhor, da Abordagem Centrada na Pessoa.

Enfim, Rogers manteve a sua prática clínica no campo do Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, distanciando-se da psicoterapia, buscando constantes reformulações desse campo de acordo com as necessidades sociais e a demanda do sujeito. Ou seja, ele mantém essa prática clínica em sua tradição de pertença no coletivo.

Paralela a essa compreensão do surgimento e implicação do Aconselhamento Psicológico enquanto prática clínica a serviço das demandas sociais, pode-se apreciar uma prática clínica psicológica e educacional localizada na região entre a saúde e a educação. Nessa medida, o aconselhamento psicológico mostrou-se como uma *“prática técnica de fronteira ou passagem entre a ação e o pensar o próprio fazer, possibilita repensar a questão paradigmática da própria Psicologia enquanto ciência e profissão.”* (Morato, 1999, p.77)

Coincidentemente, no Brasil, na década de 60, Ruth Scheffer e Oswaldo de Barros começam a reivindicar a especificidade do campo do aconselhamento para os psicólogos, o que é reforçado pelo lançamento, em 1964, do livro *Aconselhamento Psicológico* de Scheffer, o início da disciplina de aconselhamento no curso de graduação de psicologia da USP, ministrada por Barros e a implantação, em 1965, do Serviço de Aconselhamento Psicológico, por este mesmo psicólogo.

Após ter situado historicamente o aconselhamento psicológico, faz-se necessário compreendê-lo enquanto prática clínica psicológica mais ampla do que as dimensões da teoria, prática e/ou técnica de campo de atuação de psicólogos, ou seja, reportando a Schmidt (1987, p.32) quando cita Benjamin: *“Aconselhar é menos responder a uma pergunta que fazer uma sugestão sobre a continuação de uma história que está sendo narrada.”* O Aconselhamento Psicológico encontra respaldo na figura do narrador, aquele que mescla as experiências ouvidas com as suas próprias para comunicá-las num movimento de continuação histórica. Assim, o psicólogo-conselheiro faz uso de si mesmo como veículo da relação de ajuda, utilizando-se mais de sugestões sobre aquilo que está ouvindo do que de respostas ao

que lhe foi perguntado. Com isso, tenta não se perder na imediatez dos atendimentos, evitando assim, tornar a ação clínica psicológica uma técnica.

Segundo Morato (1999, p.83), o aconselhamento propõe-se como

(...) campo de conhecimento interdisciplinar com a Psicologia Social, da Personalidade (...) com a Sociologia, Antropologia, Letras, Artes, (...) contemplando a rica pluralidade das experiências humanas. (...) É impossível pensar e atuar o Aconselhamento Psicológico sem perpassar as fronteiras da intersubjetividade (...)."

A autora compreende o Aconselhamento Psicológico como um campo teórico-prático onde é possível pensar e agir de modo interdisciplinar. Ou seja, considerar num corpo teórico a compreensão da multiplicidade da vida humana e nas ações acolher as diferenças na busca de alcançar a amplitude da experiência do sujeito.

Assim, essa prática está localizada em uma região de fronteira, lugar este em que se vive o diferente e o plural sem perder o singular, sem perder a identidade, numa atitude de *“(...) abertura entre o instituído e o instituinte; o conhecimento e o desconhecimento; os saberes psicológicos e os saberes de outras áreas; nossas próprias convicções e aquelas que nos são trazidas por outras áreas.”* (Schmidt, 1999 p.97) Seguindo esse caminho, pode-se conceber o Aconselhamento Psicológico como o campo de criação das práticas que promovem a seus participantes uma aprendizagem significativa¹³.

A partir do campo do Aconselhamento Psicológico, a literatura versa sobre modalidades de práticas clínicas em instituição que abrem espaço às atitudes criativas e imprevisíveis do profissional frente à demanda do sujeito. Dessa forma, favorecem o imbricamento da subjetividade do psicólogo com o seu fazer profissional. Morato (1999) tematiza modalidades de prática clínico - psicológica possíveis de serem desenvolvidas em instituição por estarem voltadas à escuta da demanda do social do coletivo, são elas: o plantão psicológico e a oficina de criatividade.

O Plantão Psicológico é um acolhimento que prioriza a entrevista psicológica, diferenciando-se da triagem tradicional do atendimento psicológico inicial. Visa à clarificação, pelo cliente, do sofrimento e/ ou inquietação vivido que emerge na situação de crise/trauma, demandando respostas/sentidos à experiência de mal-estar. Não tem o objetivo de triar demandas clínicas que poderiam, ou não, se enquadrar aos serviços prestados pela instituição, mas sim de servir como um espaço de acolhimento às narrativas de sofrimento ou de inquietações, onde há questões a serem levantadas sobre a vida vivida.

¹³ Conceito rogeriano que indica um tipo de aprendizagem que envolve, simultaneamente, processos cognitivo-afetivos, sendo favorecedora de conhecimentos e experiências.

Segundo Mahfoud (1987, p.75):

A expressão “plantão” está associada a certo tipo de serviço, exercido por profissionais que se mantêm à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem, em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos. Do ponto de vista da instituição, o atendimento de plantão pede uma sistematicidade do serviço oferecido. Do profissional, esse sistema pede uma disponibilidade para se defrontar com o não-planejado e com a possibilidade (nem um pouco remota) de que o encontro com o cliente seja único. E, ainda, da perspectiva do cliente significa um ponto de referência, para algum momento de necessidade.

A outra modalidade de prática clínica, oficina de criatividade, constitui-se como um espaço para a elaboração da experiência pessoal e coletiva com o auxílio de recursos expressivos ou lúdicos, tais como argila, massa de modelar, bonecos, jogos, recorte, colagem, poesias, dentre outros. Para Schmidt e Ostronoff (1999), a produção artística dos grupos facilita a transmissão dos conhecimentos adquiridos, pela elaboração da experiência, para outros grupos.

O Facilitador/Oficineiro assume seu lugar de coordenador, não especialista, de maneira autêntica e respeitosa na relação com o outro, de modo que este possa assumir a sua experiência e compartilhá-la com os demais participantes, tal como realça Schmidt e Ostronoff (1999) citando Rogers.

Com essa compreensão teórica, encaminha-se um modo de olhar o fazer clínico em hospital com base numa compreensão fenomenológica existencial do ser no mundo. Discorre-se agora acerca do caminho metodológico para a colheita da matéria-prima para as possíveis ressignificações as questões presentes nessa trajetória existencial e profissional.

IV - BUSCANDO UM CAMINHO PARA PESQUISAR...

Para compreender a experiência de atendimento psicológico à criança queimada e à sua mãe, internadas em hospital geral da rede pública de saúde e, em seguida, ressignificar o fazer clínico psicológico na assistência à criança queimada, investiguei, perseguindo os indícios que me deram acesso ao sentido da experiência dessa criança e de sua mãe e da influência da equipe nesse fazer psicológico.

O que pretendia compreender era a experiência do *fazer clínico* psicológico no contexto hospitalar a partir do lugar em que a psicóloga/pesquisadora estava *fazendo clínica*. Para tanto, levei em consideração as várias nuances que permearam as minhas inquietações, tais com: *Qual o campo peculiar do psicólogo na intervenção interdisciplinar realizada no atendimento a criança queimada? Como situar esse fazer psicológico na assistência à criança queimada em relação aos demais fazeres profissionais na equipe de saúde de um hospital? Como poderia o fazer psicológico ajudar na recuperação das crianças queimadas? Qual a eficácia desse trabalho psicológico? Será que a prática clínica estaria mais voltada para a arte/criação ou para a padronização da técnica? Na atuação clínica psicológica lanço mão da técnica ou disponibilizo uma escuta acolhedora?*

Os participantes da pesquisa foram a criança, a sua mãe, a psicóloga/pesquisadora e a equipe. A equipe encontra-se imbricada com esse fazer clínico, ao constituir essa ação clínica psicológica como uma práxis coletiva.

Segundo Morato (1999), a prática clínica psicológica em instituição abriga em si mesma a multiplicidade do lugar onde ocorre, acrescida pela pluralidade do fenômeno que busca conhecer: o sentido de sua ação/intervenção. Desse modo, faz-se necessário considerar as interferências da equipe multiprofissional a fim de compreender a ação clínica psicológica e a possibilidade de re-significação dessa práxis.

A pretensão foi desenvolver uma pesquisa qualitativa, amparada no método fenomenológico, recorrendo a observações e à narrativa das crianças e de suas mães sobre a experiência de atendimento psicológico durante o período de hospitalização, além de se fazer uso, também, de um depoimento pessoal clínico acerca dos atendimentos realizados.

O método fenomenológico se dirige aos modos de revelação do fenômeno. Nesse sentido, pressupõe uma atitude de abertura e questionamento naquilo que se desvela, buscando compreender tal aparição num contexto espacial e temporal que possibilitou a ocorrência e sua compreensão.

Conduzindo esta reflexão, Critelli (1996, p.41/42) recorda Arendt, quando disse que “(...) *o homem não vive num mundo de causas, mas de aparências(...)*, afirmando, ainda, que a

primazia da aparência é um fato da vida cotidiana do qual nem os cientistas nem os filósofos podem escapar e ao qual sempre têm que voltar em seus laboratórios e seus estudos. E cuja forma fica demonstrada pelo fato dela nunca ter sido minimamente alterada ou desviada por qualquer coisa que eles tenham descoberto quando dela se afastaram.

Assim, uma pesquisa que tem por orientação o método fenomenológico, se caracteriza por formular uma pergunta, inclinando-se sobre o real/fenômeno para compreendê-lo. Para Critelli (1996, p.25), “*Investigar não é, assim, uma aplicação sobre o real do que já se sabe a seu respeito. Ao contrário, é a ele que perguntamos o que queremos saber dele mesmo*”.

Para tanto, foi importante a aproximação do e a relação com o fenômeno, partindo-se do modo como se é afetado por ele, uma vez que coexistir é fundamental.

Heidegger (1995) considera que ser-no-mundo-com-outros é próprio à condição ontológica do homem, ser-aí. Para esse autor, o homem e o mundo formam uma unidade inseparável, ou seja, não se pode falar de homem e mundo separados; compreendendo também que, quando se fala em mundo, não significa circunstâncias concretas. O mundo, para esse autor, significa o contexto de vida, a historicidade do ser/sujeito.

Por essas considerações, impõe-se a relevância da observação como uma possibilidade de aproximação para pesquisar, ou seja, para recolher a aparência do fenômeno revelado. É pelo intermédio da observação que ocorre a afetação do pesquisador por aquilo que ele visa conhecer. É olhando e podendo compreender o que ocorre que se desvela sua própria participação como também sujeito da investigação.

A observação implica que o outro possa se tornar outro, à medida que, num movimento de afetação mútua, possa se reconhecer enquanto sujeito no mundo. Permitir-se ser observador pressupõe ser curioso, pois diz respeito à condição de estar-no-mundo-com-os-outros, em situação, numa realidade encarnada e não num mundo de ilusões, respondendo ao apelo daquilo que a si se apresenta. A observação, desde essa perspectiva, diz de uma atitude de atenção e cuidado frente ao que se quer conhecer.

Nesse sentido, recorri a entrevistas como forma de contato com a experiência de quem demanda o ato do fazer clínico psicológico, possibilitando uma via de acesso ao sentido dessa prática. Valho-me da figura do narrador, descrita por Benjamin (1994), para ressaltar a

entrevista como possibilidade de resgate da experiência. Com essa compreensão, lancei mão da narrativa como um caminho metodológico possível.

Para Benjamin (1994), narrar é intercambiar experiências, permitindo sua transmissão oral. A narrativa, assim, assume uma dimensão utilitária¹⁴, desde o simplesmente contar o que aconteceu, até ensinamentos morais ou mesmo conselho. A arte de narrar diz respeito a não explicar e sim permitir a compreensão do que aconteceu por deixar o ouvinte livre para interpretar a história a seu modo. “*O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes*” (op. cit. p.201). Desta forma, pela narrativa é possível a elaboração da experiência via a sua comunicação, tornando a realidade do narrador, ainda segundo Benjamin (1994, p.220) a daquele “*ser investido com o poder de uma voz que a comunidade lhe dá para relatar a evolução de sua aprendizagem*”.

A narrativa é uma forma artesanal de comunicação, não se restringindo a somente um produto da voz; envolve a expressão corporal como modo de comunicação visto ser uma forma artesanal de comunicar. “*Na verdadeira narração, a mão intervém decisivamente, com seus gestos, aprendidos na experiência do trabalho, que sustentam de cem maneiras o fluxo do que é dito*”. (op.cit. p.221) Essa dimensão de coordenação entre ações é típica do artesanato. Pode-se dizer que o narrador amálgama a sua experiência à experiência do outro, para, em seguida, contá-la, encontrando-se, assim, diretamente envolvido na situação, afetando-a e sendo por ela afetado.

A partir da compreensão sobre o ato de narrar e o sentido da narrativa enquanto possibilidade de aproximação e registro da experiência, teci, como narradora, uma história sobre *Uma Semana no Centro de Tratamento de Queimados*. Busquei contar os acontecimentos que se revelaram nesse contexto, bem como a impressão que em mim imprimiram e minha compreensão acerca deles. Desse modo, penso ser possível comunicar alguns conhecimentos apreendidos na ação de uma prática profissional situada.

Construí essa história recortando e costurando trechos representativos do meu fazer clínico psicológico presentes nas narrativas dos atendimentos às crianças e às suas mães e articulei às narrativas dos profissionais de saúde e as minhas próprias enquanto psicóloga/pesquisadora, no sentido de revelar o como faço a clínica no hospital.

Assim, confeccionei, como narradora/artesã, a história de *Uma Semana no Centro de Tratamento de Queimados*, possibilitando a construção de um texto que pôde descortinar

¹⁴ Utilitário refere-se, aqui, a seu emprego como um utensílio.

um outro significado do fazer clínico na assistência à criança queimada. Posso dizer, recorrendo a analogias, que, ao fazer vários *enxertos* e *curativos* para *restaurar* a minha prática, possibilitei o desvelar do como eu faço, o que faço, do jeito que faço, abrindo a minha prática a outras possibilidades de ser e de se fazer.

Agora, descrevo os procedimentos desenvolvidos para a colheita e recolhimento de matérias-primas indispensáveis à confecção da história considerada como a *arte final*, objetivo desse trabalho.

No decorrer da assistência psicológica, foram realizadas entrevistas, em qualquer espaço do *Centro de Tratamento de Queimados* (C.T.Q.). As entrevistas foram gravadas, com autorização prévia (vê anexos IV e V), como modo de registro da experiência de crianças e de suas mães em relação à assistência psicológica dispensada. Desse modo, tive uma compreensão do sentido dos atendimentos psicológicos, através da experiência dos atendidos.

Vale ressaltar que, durante a assistência intensiva à criança queimada, tanto ela mesma quanto sua mãe parecem ter participação direta no processo de recuperação e reabilitação. Nesse sentido, conhecer e compreender sua experiência pôde lançar luzes a modos mais pertinentes de condução dos procedimentos de atenção e cuidado de profissionais durante o período de internação.

Reconhecendo essa significação, pensei em colher e registrar a experiência de três crianças e suas mães durante três atendimentos psicológicos com cada uma no período do tratamento e no momento próximo à alta hospitalar. Além disso, realizei entrevistas com sete profissionais da equipe de saúde, sendo um cirurgião plástico, dois pediatras, três auxiliares de enfermagem e uma terapeuta ocupacional. Iniciei a entrevista a partir da pergunta disparadora: *Na sua experiência de tratamento à criança queimada, o que você acha do atendimento psicológico por elas recebido?*

Às crianças, solicitei desenhos e em seguida o relato de uma história sobre seus desenhos¹⁵, atividade comum nesse contexto assistencial, com o objetivo de facilitar-lhes a comunicação de suas experiências, lançando mão de uma linguagem que lhe é mais acessível. Os desenhos possibilitaram, ainda, a compreensão do pesquisador sobre o sentido da experiência do adoecer e da hospitalização para a criança, dados os seus conteúdos e sua significação através das histórias que foram contadas.

Resumindo, durante a internação e no período próximo à alta hospitalar, solicitei um desenho à criança, partindo da pergunta disparadora: *Como você desenharia esses*

¹⁵ Importa assinalar que esse procedimento não se respalda na técnica do desenho-história, desenvolvida por Tardivo (1998) ou Trinca (1997), uma vez que não visamos ao diagnóstico.

momentos em que estivemos juntos? Após cada desenho, solicitei a verbalização da criança sobre a sua criação, podendo ter sido estimulada a realizar tal tarefa por meio de uma sugestão de estórias. Desse modo, a pergunta foi: *Vamos, agora, contar uma estória?*

Optei pelo desenho por considerarmos que este se constitui como uma via facilitadora para a expressão de emoções, uma vez que, segundo Oaklander (1980), o recurso gráfico revela-se bastante significativo no tocante à comunicação da experiência infantil.

No período próximo à alta hospitalar, na assistência à criança, recorri ao atendimento com a mãe para que expressasse sua experiência quanto à atenção psicológica recebida pelo seu filho. Parti da seguinte pergunta disparadora: *Nesse tempo que estamos trabalhando juntas, você pode me falar como está sendo sua experiência com o atendimento psicológico que seu filho(a) está recebendo?*

Os atendimentos e as entrevistas realizados pela psicóloga/pesquisadora no espaço do C.T.Q. com a criança, sua mãe e a equipe foram gravados e posteriormente transcritos e devolvidos aos participantes, importando dizer que o atendimento ora é individual, só com a criança, ora é em conjunto com criança, mãe e algum outro membro da equipe.

Transcritas e literalizadas as narrativas das crianças e de suas mães, devolvi os depoimentos aos participantes para que pudessem confirmar seu sentido. Uma vez confirmados, passamos à compreensão dos desenhos e de suas histórias. Finalmente, interpretamos o conjunto dessas compreensões.

Vale ressaltar que os conteúdos trazidos pelas crianças e agora transcritos foram devolvidos a elas por meio de estórias, visando facilitar o processo de reconhecimento do texto.

Todo esse percurso foi registrado em forma de diário para possibilitar a tessitura final da história sobre *Uma Semana no Centro de Tratamento de Queimados*, quando penso ter podido comunicar a compreensão da experiência da criança e de sua mãe sobre a assistência psicológica recebida.

Nesse momento do percurso, passo à escuta-atenta das narrativas dos atores/participantes articuladas em um texto sobre uma semana nesse local de cuidados e intersecção de fazeres profissionais, visando compreender e possivelmente ressignificar a ação clínica psicológica na pediatria do Centro de Tratamento de Queimados.

V- COMPREENDENDO AS NARRATIVAS: O FAZER CLÍNICO PSICOLÓGICO EM UMA SEMANA NO CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS...

Pensando acerca do meu fazer clínico psicológico e, no lugar em que coloco em prática esse fazer clínico, acredito, usando uma metáfora, que desenvolvo o ofício de artesã da escuta, disfarçada de psicóloga, no Hospital da Restauração (H.R.), especificamente, no Centro de Tratamento de Queimados. Isso porque preciso flexibilizar constantemente a minha ação às necessidades e demandas das crianças, suas mães, equipe, além das minhas próprias. Desse modo, encaminho uma compreensão do *fazer clínico* psicológico no contexto de um hospital, a partir da minha narrativa como psicóloga/pesquisadora e da dos “*clientes*”, também atores/participantes desta pesquisa.

Para a compreensão dos relatos colhidos, levei em consideração as várias inquietações presentes em meu fazer clínico cotidiano, bem como a minha atenção às várias possibilidades que essas experiências me indicavam. Retomo minhas inquietações. *Qual o campo peculiar do psicólogo na intervenção interdisciplinar realizada no atendimento à criança queimada? Como situar esse fazer psicológico na assistência à criança queimada em relação aos demais fazeres profissionais na equipe de saúde de um hospital? Como poderia o fazer psicológico ajudar na recuperação das crianças queimadas? Qual a eficácia desse trabalho psicológico? Será que a prática clínica estaria mais voltada para a arte/criação ou para a padronização da técnica? Na atuação clínica psicológica, lancei mão da técnica ou disponibilizei uma escuta acolhedora?*

Ao olhar e escutar as narrativas das histórias em Uma Semana no Centro de Tratamento de Queimados, percebo como elas manifestam o entrelaçamento dos acontecimentos ocorridos com as crianças, com suas mães, com a psicóloga/pesquisadora e com os profissionais da equipe de saúde. Desse modo, pode-se compreender a experiência de atendimento psicológico à criança queimada, e à sua mãe, internadas em hospital geral da rede pública de saúde. E, desse modo, pude ampliar o sentido dessa experiência, tecendo uma construção compreensiva sobre o fazer/saber clínico, instituído e instituinte no contexto de um hospital.

Todos os nomes dos participantes desta pesquisa são fictícios com o objetivo de resguardar, de modo ético, a identidade de cada um. Por outro lado, também recorri a uma colagem neste modo de apresentação, utilizando falas e expressões de diversos atores/participantes, fazendo-se necessário utilizar diferentes formatações de letra a fim de distingui-las entre si, do meu relato e da minha escrita da dissertação. Assim, faço uma breve legenda.

- ✓ Pensando sobre a minha ação clínica psicológica e no lugar que ponho em prática esse fazer clínico. (Times New Roman) – Escrita da Dissertação.
- ✓ *“Era uma segunda-feira, o primeiro dia da semana na enfermaria... Cheguei apressada no C.T.Q.”* (Times New Roman) - Relato da experiência da Psicóloga/Pesquisadora.
- ✓ *“Conhecem o sentido da ação clínica psicológica.”* (Garamond *italico*) - Compreensão da Psicóloga/Pesquisadora.
- ✓ *“não quero conversa”* (*EngraversGothic BT*) - Narrativa das mães.
- ✓ *“Frederico tinha onze anos de idade, estava hospitalizado há dezoito dias.”*(Courier New) - Relato do Caso Clínico
- ✓ *Psicóloga/Pesquisadora (P/P) - Bom dia!!... Frederico. Como vai?*
Frederico (F) - Tô bem. (Comic Sans MS) – Relato do atendimento à criança.
- ✓ *"e quem vai ficar com ele aqui?"* (Arial) – Narrativa do Pai
- ✓ *O que eu acho??... Se é bom... o serviço que você faz?* (*BellGothic BT*) - Relato dos Profissionais

Era uma segunda-feira, o primeiro dia da semana na enfermaria... Cheguei apressada no Centro de Tratamento de Queimados, pois já eram 8:00 horas da manhã e eu sabia que muita coisa já tinha acontecido, outras tantas estavam acontecendo e eu imaginava que mais um tanto, ainda, iria acontecer. Pois bem...

A reunião clínica com a equipe de saúde tinha iniciado... Os cirurgiões já estavam de roupa trocada para entrar na sala de cirurgia e na de curativo, os anestesistas a postos, o paciente sendo encaminhado ao curativo, umas mães descendo para o refeitório, ansiosas em logo retornar para acompanharem seus filhos, outras apreensivas com o procedimento do curativo, outra chorosa e assustada, havia chegado há apenas um dia e desconhecia o ambiente. As enfermeiras estavam agitadas... corriam de um lado para o outro... Enfim, a enfermaria estava lotada: tínhamos quinze crianças internadas com suas respectivas mães. Mesmo assim, sentia que tudo, até então, acontecia como de rotina...

Mas, para minha surpresa, hoje foi uma jornada excepcional na semana: tive as mais diversas experiências concentradas num mesmo dia, além de que as situações aconteceram simultaneamente.

O início das minhas atividades foi tranqüilo, apesar de ter clara a quantidade de tarefas a realizar: dez pacientes novos e cinco antigos. Fui iniciando a minha atividade de atendimento com aquelas crianças e mães que eu sentia revelarem maior sofrimento, o olhar sua expressão facial foi o critério de prioridade.

*Fui conversando com uma mãe, enquanto outras se aproximava, entrando na conversa. Sinto-me tranqüila em falar que converso com as mães porque a equipe aparenta já compreender o significado e a dimensão dessa conversa¹⁶. **Conhecem o sentido da ação clínica psicológica.***

Enquanto tinha a impressão de que a equipe também estava sentindo-se aturdida com o excesso de situações tão inusitadas, brincava¹⁷ com uma criança, depois com outra, e ainda com mais uma. Aproximava-me de outra, a quem me apresentei falando da enfermaria, perguntando sobre a sua queimadura, sobre a sua casa...

¹⁶ Conversa, aqui, diz respeito a estar próximo ao outro com uma disponibilidade à escuta e acolhimento de seu apelo/demanda.

¹⁷ Brincar quer dizer, aqui, estava em atendimento psicológico pela via do lúdico.

Com umas mães conseguia maior aproximação, pois aparentavam uma maior abertura... Mas, outra disse não quero conversa... A que me refiro quando percebo uma atuação com abertura? Poderia compreendê-la como implicada no campo do Aconselhamento Psicológico?

Aqui e ali, nos atendimentos, falava sobre as repercussões do adoecer sobre o emocional da criança, da mãe e da família... Além disso, chegavam acompanhantes para se revezarem com as que estavam presentes e pais para visitarem seus filhos... fora do horário das visitas, pois moravam em cidades do interior do estado.

Realizei atendimento individual a uma criança e à sua mãe. Pude observar e compreender o desenrolar da ação clínica psicológica no fazer-com-elas através da compreensão do sentido das suas experiências reveladas por seus relatos orais, e que serão comunicados a seguir.

Frederico tinha onze anos de idade, estava hospitalizado há dezoito dias devido a uma queimadura de IIº grau profundo com álcool e que havia atingido o seu membro superior direito, uma parte do membro inferior direito e a área das costas. A criança estava sendo acompanhada pela mãe, Laura e demonstrava comportamentos de recusa a todos os procedimentos próprios ao tratamento.

Frederico era o filho caçula entre quatro irmãos. Estuda a 5ª série do ensino fundamental e foi criado sob os cuidados da avó materna, que havia falecido um mês antes da sua queimadura.

Sinto-me, hoje, tranqüila e gratificada com a minha tarefa... ponho-me a desenvolver o meu ofício da melhor maneira possível e tento estar disponível para responder às demandas das minhas crianças, das mães e da equipe de saúde... Estaria o meu modo de ser e a minha disposição afetiva interferindo na minha ação clínica

psicológica? Assim estaria emprestando a minha subjetividade como instrumento de trabalho?... Com essa disposição, aproximei-me do leito de Frederico e de sua mãe, Laura, para atendê-los.

A criança estava deitada e posicionada no leito há três dias, porque havia feito o enxerto de pele e só poderia sair daquela posição, definida pela fisioterapia, no terceiro dia pós-cirúrgico. Percebo que me aproximo de modo lúdico, tentando minimizar um clima de dor e sofrimento; mas questiono-me: de certo modo, não estaria eu subestimando o sofrimento do outro? Continuo tecendo o que faço, do jeito que faço...

Psicóloga/Pesquisadora (P/P) - Bom dia, Frederico. Como vai?

Frederico (F) - Tô bem.

P/P - Sua mãe estava me contando que você hoje passou para a cadeira sem fazer escândalo... como uma criança de onze anos...

Todos os dias até então a criança gritava muito e resistia a todos os procedimentos de deslocamento ou medicação referentes ao seu tratamento. Parecia que pouco colaborava!!!

F -

P/P - Que cabeça baixa é essa??...

F - A minha perna tá doendo...

P/P - Onde?

F - Aqui! Minha perna está pesada.

Há dias naquela mesma posição.

P/P - Que tal você ir estendendo devagarinho?... Mudo a minha posição também e todos os lápis de cor caem... .. Frederico, tudo aqui é feito para a sua recuperação... acho que até pode parecer que estamos maltratando-o, não é? ... Mas... não é não!!! Mostre aqui... está com tala?

F - Tá não... só aqui embaixo...

P/P - Só aí embaixo tem tala?

F - É...

P/P - Mas, essa aqui você disse que não estava doendo... que essa aqui é melhor. Será que não dá para estendê-la?

F - ????

P/P - É... parece que está difícil até tentar!...

F - Dói, muito...!?

P/P - Tem coisas, Frederico, que só você pode fazer. ... Isso! ... Tente de novo. ... Vê se consegue deixar nessa posição...

F - Ai!?... eu não agüento!...

P/P - Assim... fica melhor?

F - ???

P/P - Como não???... Vamos!... De pouquinho em pouquinho, você vai tentando... ... Como foi o dia ontem?

F - Foi bem.

P/P - Conseguiu sair da cama à tarde?

F - Eu consegui ficar em pé... Mainha tentou comigo... depois a minha perna ficou ardendo...

P/P - Olha aí!! Você conseguiu!!! E... cada vez vai doer menos...

F - Maiis dói.

P/P - Sim... O que mais dói? ... Dói estar aqui?... longe de casa?

F - Sinto saudades dos meus irmãos!...

P/P - É!!... Essa separação de casa foi tão de repente... e quando a gente fica longe de quem a gente gosta, dá saudades.

F - Quero me levantar.

P/P - Vamos!!!

F - Ai!!... dói... Deixa...

P/P - Está bem. ... Não forcei mais nada. Sugeri algo diferente para fazer. Você quer desenhar?

F - Não.

P/P - Então... está certo... Mais tarde volto aqui...

Saio de perto do seu leito e me dirijo a outras crianças. Mas tudo está acontecendo no mesmo espaço. Frederico continua me olhando, observando o modo como trabalho. Tenho a sensação de que ele está mais triste hoje... Seu olhar e seu ânimo estão diferentes... Deixo passar uma hora e volto para atende-lo.

P/P - Frederico... voltei!!!!... Como você está se sentindo hoje?

F -

P/P - Estou tendo a sensação de que você está triste... Você nem levanta a cabeça!

F - Estou com frio.

P/P - Frio?

F - É... Frio.

P/P - Acho que você também não está a fim de conversar!?

F - É...

P/P - Está certo... Compreendo que há dias em que preferimos ficar sozinhos... sem muito papo... Mas... estou por aqui... e se quiser... é só chamar.

Após esse atendimento, o pediatra me chamou e comunicou que hoje, logo no início da manhã, tinha conversado com Frederico sobre o comportamento dele antes dos curativos (crises de birra com gritos e agressões), no sentido de chamar-lhe a atenção sobre a importância daqueles procedimentos da equipe.

Começo a compreender melhor os nossos sentimentos hoje, imbricados numa afetação conjunta. Ao aproximar-me de Frederico, senti que havia alguma coisa diferente com ele... não estava com uma expressão de tranquilidade... Parecia tenso...

Sinto que a criança localiza no corpo a sua dor e vou... assim... caminhando no atendimento por onde ela me conduz. Tenho a necessidade de compreender até onde vão as suas possibilidades... para que assim ele também se dê conta do que pode conseguir. Mas... sinto que ele não está receptivo... Tento ainda saber sobre suas reais condições físicas... Percebo a sua dificuldade e comunico isso para ele...

No entanto, existem momentos em que nem consigo ouvir a impossibilidade/sofrimento dele... distancio-me da direção traçada por ele... e continuo insistindo para que ele consiga se superar... porque eu e todos da equipe acreditamos que essa é a base da sua recuperação. Mas... seguir esse a priori instituído pela e na equipe exige que eu concentre toda a minha força para conseguir ir contra a vontade e o sofrimento daquela criança. É uma tarefa difícil!!! Mas... fico feliz e entusiasmada quando ele consegue ultrapassar aquela barreira inicial e começa a se dar conta das suas possibilidades.

Quando ele consegue o que eu quero? E onde fica o querer dele? Apesar disso, também me percebo atenta em localizar a melhor posição/postura para ele... uso o toque para transmitir-lhe segurança.

Chega um momento que... finalmente!!!... sinto que trabalhar com ele naquela direção não estava fazendo sentido... então, prefiro não insistir mais... mudo de assunto. Desse modo, tenho a sensação de que ele já responde com mais facilidade. Mas continuo insistindo e nunca perco a oportunidade de reforçar e estimular as conquistas e as possibilidades futuras da criança. No entanto, no mesmo momento, pego-me sentindo o

quanto ele estava cansado e queria ficar quieto e, logo depois, tive a confirmação de que, nesse momento, consegui escutar o que o estava incomodando. Todo o clima do ambiente estava pesado com suas dificuldades... e com as nossas...

Mas, mesmo depois de ter concluído o atendimento e ter compreendido que ele preferia estar sozinho, voltei para me certificar, pois sentia-o me acompanhando com o olhar quando estava realizando outros atendimentos.

Ainda, na segunda - feira, quando terminei esse atendimento, fui realizar as entrevistas com as mães novatas... Percebi... em seguida... que havia três crianças me esperando para irem à sala de Psicologia... queriam brincar... também... Não pude deixar de atendê-las.

Fomos para lá: crianças, mães e eu... Entre essas crianças, havia uma menininha que fazia tratamento reparador¹⁸ no C.T.Q., já há um ano e tinha passado, na época, um mês internada tendo acompanhamento psicológico. Observei que, enquanto estávamos nessa sala, ela não saía do meu lado... Sua mãe também comentou sobre o apego da filha em relação à minha pessoa e completou dizendo que ela estava em casa pedindo para vir fazer a outra cirurgia.

*As mães das duas meninas logo saíram da sala, e as meninas começaram a brincar com uns animaizinhos e panelinhas. Acharam duas bonequinhas, uma mamadeira, seringas e começaram a contar, enquanto brincavam, acerca de uma situação que envolvia o cuidado com as bonecas, dando injeções uma na outra e depois em mim. Sorriam... Pareciam bemfelizes... Esqueceram, por momentos, seus sofrimentos?!... Mas havia um menininho que não deixou a mãe sair... chorou muito... e não queria brincar... mas, também, não queria voltar para a enfermaria... **Tudo é muito intenso...** Tentei conversar com ele... no sentido de proporcionar-lhe alguma segurança... proteção... quanto à não realização de procedimentos médicos naquele lugar... Ele havia feito enxerto de pele e aguardava a alta naquele dia...*

¹⁸ Tratamento realizado após a cicatrização e maturação da pele queimada, com o objetivo de recuperar a função e a estética de algum órgão.

Nesse momento, chega a enfermeira da pediatria me avisando sobre a morte de um menino que tinha entrado no dia anterior em estado grave... ... Falo com as crianças e vou correndo... em disparada... para a enfermaria...

Meu coração acelera... e, às vezes, me sinto apagando incêndios. Qual seria a minha função naquele momento?

*No caminho, deparo-me com a tia da criança... que já vinha chorando... Voltei com ela até a minha sala... Peguei duas cadeiras e iniciamos um atendimento do lado de fora – no espaço do corredor, uma vez que a sala estava ocupada com as crianças... Ela estava muito preocupada com a reação da sua cunhada... a mãe do menino... porque ela estava dando de mamar a um bebezinho de dois meses... Tinha saído há pouco de uma crise depressiva associada à síndrome de pânico e parado de tomar a medicação necessária a essa situação... Estava... também... preocupada em como dar a notícia para o irmão... o pai da criança... ele estava vindo ao hospital, achando **que o filho estava estável, apesar de grave...** Disse-lhe que podia estar com ela no momento da notícia. Ela se acalmou e desceu para espera-lo.*

Parece que, apesar de toda sensibilidade, compreensão e aprovação experimentadas pela equipe em relação ao meu trabalho, nesse momento caberia uma integração entre todos, na direção de um apoio à pessoa acompanhante.

Volto para a sala de psicologia... As meninas continuam brincando..., mas o menino agora chorava porque sua mãe tinha saído. Logo em seguida... a mãe retorna, levando-o de volta à enfermaria. Enfim... na sala de psicologia... as coisas acontecem de um outro modo. Uma menina pede para desenhar, e a outra vai embora porque já estava de alta. Peço que arrumem a sala enquanto atendo à mãe daquela que estava de alta.

Nesse atendimento, tinha como objetivo trabalhar, através de orientações e reflexões, a relevância de atitudes preventivas no cuidado com crianças e sobre as possíveis repercussões emocionais advindas da experiência da queimadura.

*Depois me volto para a menina... pergunto: ainda quer desenhar? Ela responde que sim e, então, pego o material para o desenho. Mas... quando ela começa a atividade, a sua mãe chega chamando-a para ir embora. **Quanta interrupção!!!**... Ela pede para ficar mais um pouquinho... **Seria uma necessidade de fechamento daquela situação vivida??**... Desenha um pouco e depois tem que ir embora, pois a ambulância da sua cidade de origem a esperava. **Quanta urgência!!!**... Saímos da sala.*

Sinto-me inquieta... Tento oferecer à criança um instante para conclusão daquela experiência. Mas... a que isso me remete??? Tive a impressão de que a criança precisava brincar mais um pouco, cuidando da angústia de separação, num processo de elaboração da sua experiência. Freud estudou o Jogo do Fort-da, que envolve um movimento repetitivo como atenuante da angústia de separação e que pode ser acompanhado por gritos enquanto possibilidade de satisfação das necessidades e da demanda de amor. Lembramos, ainda, que a vida cotidiana nos impõe um ritmo acelerado e de interrupções, que conduz o sentimento na mesma direção... limitando a sua vivência, expressão e elaboração. Parece que... aquilo que não segue o ritmo... desaparece!!!

*Entrei na enfermaria para evoluir nos prontuários, mas me chamam porque o pai do menino chegou e estava desesperado, pois sua irmã já havia lhe contado o ocorrido, mesmo antes de entrar no C.T.Q. **Poxa!!!**... tudo é uma correria... todos nós somos muito solicitados pela quantidade de tarefas. Naquele momento, já estava envolvida com outra situação... Onde estava o sentimento experienciado na situação anterior???... Parecia ter ficado adormecido...*

*Vou ao encontro do pai e da tia daquela criança... convido-os para irmos à sala de psicologia... Ele chora muito... questiona-se sobre a sua vida??... a quantidade de sofrimento dele e da sua mulher??... ambos eram viúvos do primeiro casamento... se conheceram e estão vivendo juntos... Mas... ela adoeceu. Eles perderam a casa no incêndio que queimou seu filho!?!? Agora estavam perdendo o filho!! **Senti forte emoção, estava intensamente afetada e envolvida. Fiquei ao lado dele..., restava-me escutar o lamento. A tia contava o quanto a equipe fez pela criança,... mas... ele não agüentou... eu estou de prova....** Ele continua falando sobre a preocupação de como comunicar para a esposa o acontecido... Ela não tem nenhuma medicação para amenizar a sua dor!!! Lembro-me de pegar um comprimido de Diazepan... Peço antes para a cunhada pegar um copo d ' água para ele.*

Quando ela volta... saio para pegar o comprimido. Solicito à enfermeira essa medicação, explicando a situação. No caminho de volta à sala,... encontro o médico chefe do C.T.Q. - comunico sobre o atendimento que estou fazendo aos familiares “daquela” criança. Ele me acompanha para falar com eles...

O médico conversa com o pai... questiona-se sobre a perplexidade da vida e da morte... parece que não há lógica na cronologia dos acontecimentos nessa vida. Lembra ainda do ciclo natural da vida: primeiro vão os idosos para depois irem os jovens e as crianças... além da singularidade da dor da perda. Em meio à “conversa”... o médico é chamado para um novo atendimento; no entanto, permaneço com a família... O pai já estava mais tranqüilo... começam a definir os encaminhamentos práticos... a volta deles para a cidade de origem... a funerária... a remoção do corpo... o transporte para a cidade... o como falar para a esposa... Em dado momento, a tia sugeriu que ele pegasse a sua esposa e fossem juntos para a sua cidade... ela iria em seguida... imediatamente o pai perguntou: e quem

vai ficar com ele aqui???!.. *Ela respondeu: Filho... agora ele não precisa mais da gente,, nós é que precisamos dele!!... Conseguiram sair da sala... seguiram os passos necessários.*

Sinto-me desgastada e extremamente envolvida em muitas emoções após esse contato... mas preciso continuar trabalhando. O meu cotidiano profissional é recheado constantemente pelas polaridades vida/morte e doença/reabilitação.

Preciso prosseguir!!... evoluir nos prontuários dos pacientes como é de costume para todos os profissionais. Terminei mais essa atividade... Concluí o meu primeiro dia da semana!!!

*Chega a **terça** – **feira** pela manhã... Ao iniciar o trabalho, encontro um garoto de 12 anos, que tinha levado uma descarga elétrica, na oficina em que trabalhava na sua cidade no interior do Estado e que, quatro meses depois, estava completamente reabilitado, apesar de ter perdido duas falanges nos dedos mindinho e indicador. Ele estava feliz, tranqüilo, tendo conseguido passar de ano e voltado a estudar. Estava jogando “muita bola” e ajudava o pai na barraca da feira. Segundo o pai, ele superou logo a vergonha da mão. Conta que já esteve aqui três vezes, mas ainda não tinha me visto e que sempre perguntava por mim.*

Nesse momento, comunico ao médico sobre a presença desse paciente e ele se aproxima... Iniciamos uma conversa, mostrando muita satisfação. O bate-papo transcorreu como se fossem “velhos conhecidos”, com muita intimidade e brincadeira, e foi marcado para que voltassem para continuar a revisão no serviço de fisioterapia.

O médico cirurgião solicita a presença de toda a equipe para iniciarmos a visita médica na pediatria. Fazemos a visita leito a leito, tecendo comentários e definindo procedimentos sobre o tratamento de cada paciente internado. Geralmente, é solicitado o parecer de cada profissional sobre o estado físico, psíquico e social deles. Ao chegarmos à pediatria, a visita médica acontece aos pacientes novos, pois os demais são vistos apenas

pelo pediatra. Quando é necessário escutar um parecer dos diversos membros da equipe a respeito de qualquer paciente, isso é feito de modo particular.

A enfermeira se aproximou avisando ter uma pessoa me aguardando... Fui ao encontro dela... Tratava-se da mãe de uma criança que tinha se queimado com álcool há três meses e estava retornando para o tratamento ambulatorial na fisioterapia. Estava querendo conversar comigo sobre o comportamento da criança. Fomos até a sala da psicologia infantil, e acabei realizando um atendimento. Chegamos a sugestões possíveis de como lidar com a criança e quanto a encaminhamentos para a situação, já que ela morava em uma cidade do interior do Estado. Saiu levando consigo um encaminhamento para o serviço de psicologia mais próximo de sua região.

Trabalho diariamente no Centro de Tratamento de Queimados... Sinto-me em estado de prontidão para escutar e acolher as demandas que chegam... Poderia situar a minha prática como um Plantão Psicológico?!?...

Voltei para a enfermaria para iniciar os atendimentos das crianças já hospitalizadas. Fui ao encontro de Leandro.

Ele tem nove anos, dois irmãos e uma irmã. Está cursando a terceira série do ensino fundamental, já sabendo ler e escrever. Participa do Programa Federal da Bolsa Escola, fato muito importante para ele. Maria, sua mãe, é doméstica e José, seu pai, é agricultor. Numa manhã de domingo, se queimou quando estava junto com o primo, de dez anos, tentando acender uma churrasqueira a mando de um vizinho. A sua queimadura foi de II° e III° graus, atingindo a face, pescoço, tórax anterior e braços, somando um total de 18,5% de superfície corporal queimada.

Leandro estava no décimo oitavo dia de hospitalização e tinha feito, no dia anterior, uma cirurgia de enxerto de pele em algumas áreas que haviam aprofundado¹⁹.

P/P - Bom dia!!... Leandro?... Ele ainda está dormindo, mãe??...

M - Está...

P/P - Ele não dormiu à noite??...

M- Dormiu nada!!!... Ficou sentindo dor... agoniado... chorando... coçando... Só veio dormir agora bem cedo... Ah!... eu acordei ele para comer... e agora voltou a dormir.... Eu estou caindo de sono... bêbada de sono...

P/P - Aproveite para dormir também...

M- Não consigo... meu pescoço dói... A noite foi agitada... ele passou a noite coçando... Acho que... quando trocar o lençol dele... melhora... aí eu sento ele um pouquinho para descansar as costas...

P/P - Você ainda está agitada devido à noite??...

M- É... Não consigo dormir...

P/P - Lá pelas 10:00h... eu ainda vou estar por aqui... volto para atendê-lo... se for possível... Tentaremos tirá-lo da cama... Agora... tente cochilar um pouco... Ele está bem!!!...

Saio de perto do seu leito.

Mais tarde, volto para atendê-lo e o pediatra me solicita uma avaliação psicológica da criança no sentido da sua capacidade de enfrentamento da dor. **Parece que o pediatra está sensibilizado quanto à relevância do atendimento psicológico para o fortalecimento emocional da criança e à possibilidade de um maior engajamento dela com o seu tratamento, facilitando, assim, sua recuperação física e reabilitação após a alta hospitalar.**

Leandro estava chorando muito, queixando-se de dores, mas aparentava estar exacerbando suas queixas. Fui em direção à criança...

L - Ai... ai... ai...

P/P - O que foi??... Onde está doendo??... Que choro é esse??... As costas estão doendo??...

L - É...

P/P - Então... que tal sairmos da cama e ver se alivia! ??!!

L - Não!!!... Não!!!... Não!!!...

¹⁹ Aprofundamento de queimadura quer dizer passar para um estágio mais grave.

P/P - Está bem... Não vai sair não!... Mas... eu quero saber... por que está chorando??...

L - Minha barriga... mãe... minha barriga...

P/P - Mostre para mim... onde está doendo??... Mostre-mel!...

L - Aqui... Está doendo...

Criança aponta para uma parte da barriga que já está cicatrizando, mas que ainda denota uma grande diferença em relação à aparência da lesão anterior antes do enxerto de pele. Ele continua chorando.

P/P - Haaa!!... Eu vou ali pegar uma luva para alisar essa barriga... Acho que vai melhorar...

P/P - Leandro... você disse que é aqui... não??...

L -

P/P - Leandro... está doendo aqui???... .. Calma!!!... Que tanto choro e tremor são esses???...

Toco em sua barriga acariciando-o enquanto comunico-lhe a minha compreensão sobre o seu sofrimento.

P/P - Sei que é muito difícil você olhar para a sua barriga... Está ainda muito diferente e estranha!!!...

L - Mãeee!!!... está doendo!!!!... está doendo!!!!

M - Calma meu filho...

P/P - Ooooh mãe!... que olhar é esse??...

M -

P/P - Leandro, está doendo... e se eu pegar aqui??...

L -

Continua chorando, só que agora um pouco mais baixo.

P/P - Vamos sair dessa cama??...

L - Eu não quero não... Mãee!!! Eu não quero não!!... Mãee!!! Eu não quero não!!... Mãee!!!

M - Não precisa gritar!!! Então... fica aí...

P/P - Mãe... você está percebendo que, pela queimadura, não há motivos para ele estar assim... Ele está muito nervoso... com medo??...

M - Sim!... Sim!... Calma... meu filho...

P/P - Leandro... calma!...

L - Sai!!!... Não quero...

P/P - Oooo, Leandro, há situações aqui... que não dá para escolher... Tenho certeza... quando você sentar... vai melhorar a sua barriga... Não precisa ficar gritando... chorando...

L - Não... não... Mãe!!

M - Agora... você vai sentar sim!!!

L - Não... não.

P/P - Leandro... pare de gritar!!... Eu sei que você está com medo... mas... vamos fazer isso bem devagar!!...

L - Não... não... não...

P/P - Está bom!!... Vamos só levantar a cama... não grite mais...

A enfermeira levanta a cama, já tinha trazido a cadeira de rodas e estava disponível para ajudar a tirá-lo da cama.

P/P - Está bom nessa altura... Vamos deixar ele se acalmar...

Saio de perto um pouco, e a enfermeira fala que ainda tem a troca dos lençóis, sendo importante que ele saísse da cama... Converso com o médico, passando para ele a minha compreensão do estado emocional daquela criança, ou seja, do seu esgotamento psicológico em decorrência do permanente estado de alerta para o enfrentamento dos múltiplos procedimentos agressivos do tratamento, somado agora a estranheza sentida pelo contato visual com a área do enxerto de pele, a qual estava agora exposta sem bandagem²⁰. Depois de uns dez minutos, volto.

P/P - Leandro... como você está agora??... Pelo menos... não está chorando...

L -

M - Ele disse que parou de doer.

P/P - Haaa, que bom!!!!... Mas... agora... precisamos mudar os lençóis da cama.

L - Não... não... não...

P/P - Está bem... não faremos isso agora... não volte a chorar!!.... Deixa-me só levantar um pouco mais a cama...

L - A minha barriga... A minha barriga... A minha barriga...

P/P - Leandro... pare com isso!!... Não vamos mexer em você agora!!...

L - Abaixar a cama!!...

P/P - Tá bom... vou abaixar a cama... .. Poxa!!!!... que sofrimento!!... Eu estou querendo ajudar... Lembra como você estava... quando chegou aqui??... E agora... será que está diferente??...

L -

P/P - Olha aqui... como está cicatrizando!!... Acho que podemos ir lá na minha sala... Você nem conhecesse ainda...

L - Não quero sair daqui!!...

P/P - E... como vão trocar os teus lençóis??... Será que não dói menos sair da cama???

L -

Chamo a enfermeira para passá-lo para a cadeira.

L - Ai... vai doer!!!!

P/P - Calma, Leandro... Vamos...

Passa para a cadeira sem chorar ou gritar.

P/P - Leandro... não está doendo agora!!...

²⁰ Curativo feito com gases e fita crepe, envolvendo e cobrindo toda a área lesada.

A terapeuta ocupacional (T.O.) chega para posicioná-lo de modo mais confortável na cadeira.

T.O.- Mãe... pega aqui...

L - Ai.. ai... ai...

T.O. - Deixa eu pôr aqui embaixo um coxim²¹... para apóia-lo...

Enfermeira (E.) - Olha aí, homem!!... você está sentado!!...

Vou empurrando a cadeira até a sala... ele pára de chorar.

Na sala de Psicologia Infantil, ponho-o ao lado do piano, mas ele está muito cansado de todo esse desgaste...

P/P - Eu quis trazer você para cá... porque é diferente da enfermaria... podemos conversar com mais calma... Parece que. você conseguiu relaxar... fechou os olhos...

L - Mãe... está doendo...

Peço a enfermeira um placebo²².

P/P - Vamos ver essa barriga direitinho...

L - Não toca... não...

E - Toma, Leandro, isso aqui... vai passar a sua dor...

P/P - Está certo... não vou tocar... Respire... calma...

Criança para de chorar, começa a respirar e põe a cabeça para trás. Parecia cansado.

P/P - Tudo isso vai passar... Eu sei que você está sofrendo... todos esses dias... está aqui... longe da sua casa... do seu pai... dos seus irmãos... Sua mãe também... está aqui... cansada... agoniada...

P/P - Maria... não chore... Tudo vai passar... Todas essas feridinhas dele vão cicatrizar... Calma... .. Leandro... na próxima semana... estaremos tirando essas faixas... a área doadora já terá cicatrizado!... Seus enxertos estão bem... Já foi passado o óleo... (Medicação que acelera a cicatrização) Você está com sono??... Não dormiu à noite... não foi??...

M - Fale, meu filho!!...

P/P - Deixe... mãe... Ele está relaxando agora... com os olhos fechados... depois de tantos gritos... A sua barriga parou de doer... Ela só dói... quando ele fica nervoso....

L - Sinto frio...

P/P - Parece que você está mais tranqüilo?!... Vamos trazer um lençol para você.

M- Será que já chegou??...

P/P - Então... vamos usar esse daqui.

L - Aí... não!!...

²¹ Um apoio feito de algodão e coberto com faixa crepe, com o objetivo de manter um posicionamento.

²² Medicação sem efeito fisiológico, administrada no paciente com base em seus efeitos psicológicos.

P/P - Leandro... estou tirando daqui para cobrir você!

L - Não!!!!!!...

P/P - Você está com raiva??...

L - Quero voltar... Quero ir para cama...

P/P - Entendo a sua raiva... ter que fazer um monte de coisas que você não quer...

L - Quero ir para cama...

P/P - Vamos!!...

Saio levando a cadeira...

P/P - Parece que... você vai ter que esperar mais um pouco... a cama está sem lençol... Pode ficar assistindo à televisão!!...

L - Acena com a cabeça que sim.

M - Que bom!!... meu filho... você quer ficar sentado!!... É... só um pouco mais... É para movimentar... e não doer mais as costas. Só vive sentindo dor... dor... e dor... E... a pessoa não pode fazer nada... ele em cima de uma cama...

P/P - Parece que você também se sente impotente em alguns momentos para ajudá-lo.

M - É... Ele tem que andar para se recuperar logo...

P/P - Sim... mãe. Mas... vamos por partes. Ele hoje já conseguiu sentar.

Quando chegamos à enfermaria, a sua cama estava desferrada e ele ficou assistindo à televisão. Aproveitei para orientar a auxiliar de enfermagem para aguardar o pedido dele para ir para a cama e então colocaria os lençóis. Voltei para perto dele:

P/P - Leandro... como está agora??...

L - Bem...

P/P - Estou indo... amanhã estou aqui de novo!!...

Durante esse atendimento, percebo... geralmente... as noites são bem difíceis para os pacientes.. e acompanhantes. Costumam se queixar de sono agitado, insônia, pesadelos, dores, coceiras e tremores por susto. É como se todas as queixas fossem agravadas à noite. Nesse contexto, compreendo a minha ação enquanto psicóloga ocupando o lugar de tentar minimizar e compreender o sofrimento e a dor da criança, ao localizar concretamente no seu corpo a que dor ela se refere. Ou seja... tento conhecer exatamente sobre o que ela estava se queixando.

Nesse momento... ainda me sentia calma.. tive a impressão de que, pelo toque... Leandro poderia tomar consciência de como estava realmente o seu corpo... e conseguiria suportar melhor aquelas alterações corporais. Ponho a mão sobre a sua barriga... fico impressionada com o quanto ele estava com medo... apavorado com

aquela situação. Parecia que... tudo nele incomodava!!... o que me deixava assustada e angustiada...

Sentia que a criança... também... estava muito nervosa... angustiada... exacerbava a sua dor??... Em volta do leito, havia várias mães e crianças olhando... Parecia que eu estava fazendo a pior coisa do mundo para aquela criança!!.. Tive a nítida impressão... precisava ter muita segurança acerca das minhas intervenções!!! Criança e mãe sofriam muito...

Percebia no olhar da mãe um questionamento... Será que não estava bom de parar??... Não era melhor parar??... Apesar disso... precisava continuar!!... Acreditava que aquela era a melhor “saída” para a superação daquela situação.

Mas... em alguns momentos... me “peguei” algo irritada. Todos nós da enfermaria estávamos envolvidos num clima de muito nervosismo!!... Sentia que a criança estava acentuando a sua vivência de dor... gritava muito... será que ela estava emitindo um apelo??... A mãe ficava sem saber como agir... apesar de confiar muito no meu trabalho!!!

Rapidamente... pegava-me avaliando a situação... decidindo tirá-lo da cama... imaginava que, dessa forma, quebraríamos aquela situação. Estaria eu agindo de modo diretivo e ativo a partir dos meus pressupostos??... Acreditava, que desse modo, ele iria perceber as suas novas possibilidades ligadas a sua recuperação física!!... Além de que... pela urgência das ações, sentia que ficavam limitadas as intervenções que facilitassem um processo de elaboração sobre a sua experiência... Leandro passaria o resto do dia chorando com dor... tomaria mais “remédios”... continuaria sentindo-se incapacitado...

Em determinado momento... senti que a mãe parecia não suportar o sofrimento do filho... ficou irritada!!... Também me sentia pouco compreensiva com Leandro!?!... parecia que ele usava toda a sua força para se defender?!... já se sentia muito agredido... Suas pernas não tinham marcas... naquele momento estavam enfaixadas... doíam por terem sido áreas doadoras para o enxerto de pele.

Em outro momento do atendimento... senti-me desgastada... respirei fundo para continuar... sentia a necessidade de estar junto com ele... Mas... também... sentia que ele não estava com vontade de continuar naquela situação!!... Sua mãe participava como mediadora... Tudo parecia muito cruel!!... eu não deixava o menino quieto... Voltava a mexer com ele... não considerava as falas de oposição da criança!!

Ainda senti a necessidade de ser firme nas minhas intervenções para continuar transmitindo-lhe segurança... tentando não deixar que predominasse o sentimento de pânico paralisante!?!... Tentava fazer a vontade dele... Acentuava os ganhos obtidos até então com o tratamento... Mudava de assunto... tentava conquistá-lo com algo supostamente agradável!!... Queria mostrar... não éramos malvados ou perversos!!... Sentia toda a cena imersa num clima de profunda inquietação, tensão...

Mas... Leandro... continuava intransigente... não queria colaborar... Tentei incluí-lo nas decisões do seu tratamento... Passava para ele a minha compreensão do que ele estava vivendo... Queria tranquilizá-lo... facilitando a sua compreensão daquela situação vivida!!... Imaginava... talvez... desse modo... ele pudesse colaborar e não apenas se opor aos procedimentos do tratamento!!... Sentia-me tentando acalmar também a mãe... Ela começava a cobrar muito do filho!!!

Quanto medo dessa criança para com seu corpo!??? Tudo era motivo de susto... imediatamente ela se defendia!?!... Eu estava sempre... informando exatamente o que eu estava fazendo!!! Tudo era muito complexo... eram muitos fenômenos ao mesmo tempo presentes... afetavam-me... Todas as questões eram formuladas a partir desta afetação sentida por mim no encontro com a criança e com a mãe!!! Respondia... articulava com a minha pré-compreensão, com o meu conhecimento tácito. Também... parecia que ele não queria participar... usava como utensílio a dor... em determinado

momento... o placebo era eficiente nos seus efeitos psicológicos!!... Isso comunicou-me o quanto aquelas dores estavam imbuídas de uma carga emocional!!!

*Em outro momento... senti que chegou o limite do nosso atendimento. A criança estava exausta... parecia não conseguir mais nenhuma ampliação da sua compreensão sobre o que estava vivendo... A mãe também muito fragilizada... tentava resolver a situação... cobrava respostas rápidas do filho... Tento desacelerá-la... apesar de compreender seus sentimentos... contextualizá-los nesse atendimento de tanta pressão...
Enfatizo as possibilidades da criança.*

No momento final desse encontro... sinto-me gratificada... vitoriosa... A criança estava bem... não precisou tomar analgésico... Tinha tomado um placebo... Placebo sentido como analgésico. De algum modo... Leandro e sua mãe perceberam suas possibilidades... o modo de enfrentamento da criança... frente aquela situação de crise e estranhamento!!...

Quando terminei o atendimento com a criança... fui avaliar... com a cirurgiã plástica, com o pediatra e com a assistente social sobre previsão de alta de um adolescente. É desse modo que definimos os procedimentos a serem realizados com as crianças e seus familiares, caracterizando, assim, a atividade conhecida como a visita médica da pediatria.

Após ser confirmada a alta hospitalar para ele... fui falar com a sua mãe. Trabalhamos na direção da preparação para o retorno familiar e reinserção social. Deixo com ela um encaminhamento para o psicólogo em sua cidade de origem... caso ele venha a precisar!!...

São 12:15h... dirijo-me à mesa... início a atividade de evolução nos prontuários infantis... Chega uma nova criança... Apresenta queimadura na face... Seria internada??... Observo a movimentação... Continuo fazendo o que tinha iniciado...

A enfermagem cuida do internamento... ficam em dúvida sobre a permanência da criança... Parecia que a área afetada era pequena?!... Esperam a médica cirurgiã plástica para definir...

Enquanto isso... levanto-me... Vou em direção à mãe e à criança... Estabeleço um primeiro contato... Tentei conhecer a história do acidente... seus sentimentos com a hospitalização... as condições familiares... socioeconômicas... Seria possível o tratamento ambulatorial na sua cidade de origem?... Não adiantei nada quanto a esta possibilidade...

Volto para continuar evoluindo... nos prontuários dos pacientes...

Às 13:00h... a médica chega... a enfermagem comunica o fato... eu acrescento comunicando sobre as condições afetivas... familiares... e sócio-econômicas para o tratamento ambulatorial. Ela se dirige à mãe... defini com ela os procedimentos necessários ao tratamento do menor.

Às 13:30h... termino o meu dia no C.T.Q... Mas... avisto o Drº Michel... cirurgião plástico... chefe do setor e vou até ele... Questiono sobre a possibilidade de realizarmos a entrevista... Tudo estava mais tranquilo... Ele concordou... Fomos até a sua sala...

P/P- Na sua experiência no tratamento de queimados... o que você acha do acompanhamento psicológico que as crianças e as mães recebem aqui na unidade ??...

M - Você quer ser mais específica?

P/P - Na sua opinião, olhando de fora, você poderia falar do acompanhamento psicológico que as pessoas/crianças recebem na pediatria?!...

M - Veja bem... a gente aqui... poderia dividir a resposta em duas partes... a primeira é o acompanhamento psicológico da criança e a segunda é com o adulto acompanhante. Não tenha dúvida... com a criança... dependendo da idade... eu acredito que vai ajudar bastante... em termos da compreensão do momento em que ela está passando... Este é o ponto crucial... até porque não é fácil. Mas... é necessário que você trabalhe com uma criança dentro deste contexto. Você conseguir convencer uma criança... de que ela tem que passar por um sofrimento... Não é fácil... Cada dia em que vai se aplicar uma injeção para fazer um curativo... você explicar para a criança que aquela injeção é para ela não sentir dor?!... eu não sei se ela consegue ter este alcance... Acho que não. Já para as acompanhantes... é diferente!!... As mães precisam do acompanhamento... acho essencial pelo seguinte ponto... sabemos que 75 a 90%, varia nesta faixa, dos pacientes que aqui chegam... todos eles são vítimas de acidentes... acidentes por descuido... e isso... acontece praticamente dentro de casa. E... quem comanda uma casa é a mãe... Se esta criança queimou-se... alguém é o responsável de forma direta ou indireta. Até porque... não se ligou no que estava acontecendo... talvez... de forma indireta... pela pobreza. Pobreza que obriga morar num ambiente pequeno... o quarto é perto da cozinha... tem a geladeira... tem o fogão... gambiarras do ventilador. Muito bem... eu acho que... o mais importante deste acompanhamento é tentar aliviar a consciência da mãe em relação ao ato do problema existente. Primeiro... por estar, a partir de agora... com uma criança queimada... Ela terá uma seqüela... no mínimo... uma cicatriz... Segundo... o problema de se sentir culpada por aquilo tudo... Se vê obrigada a carregar aquilo tudo pelo resto da vida!!... Então... este momento de compreensão... é muito importante... Já vi conferência sua onde você fala de mães que falam do não reconhecimento do novo filho... Ou seja... ela conhecia aquele filho sem nenhuma marca... sem nenhuma seqüela... sem nenhuma limitação... Assim... tem dificuldade de reconhecer esse novo filho!!... Esse trabalho... em cima desse binômio criança x adulto... criança acidentada e mãe acompanhante... para mim é essencial!!... Quando não existia esse acompanhamento era muito mais complicado... muito mais complexo... Porque... não é o médico que vai ter esta compreensão... chegar nesta esfera... neste ponto. O médico não tem tempo de abordar isso aí!!... O médico é muito mais preciso no lado orgânico... resolve o problema físico... e a parte de enfermagem talvez não tenha a sensibilidade... nem o preparo... para cuidar do emocional... Você tem como abordar... pelo menos chegar ao ponto... tentando pelo menos atenuar... o sofrimento do binômio. Então... para mim... é extremamente essencial...

P/P - E o modo como é feito esse atendimento... pelo que você observa... como é o modo... a forma daquilo que eu faço... o que você acha... poderia falar alguma coisa??...

M - É... Veja bem... fica meio difícil para mim... eu nunca acompanhei... nunca tive oportunidade de acompanhar um atendimento seu com as mães... um grupo de mães que você faz... o que eu tenho... o que está mais presente... é quando tenho dificuldades de compreensão da mãe... do filho... paciente... e... passo para você... a necessidade de um acompanhamento mais de perto... Desse modo... ela poderá ter a compreensão do que vai ser feito em benefício do filho... que vai provocar dor... vai provocar desconforto... mas... é necessário passar... por esse momento de dificuldade... para ter um momento mais saudável ali na frente... Acho que... essa capacidade quem tem são vocês!! Se vocês da psicologia não estivessem ligados a esta área... eu não sei qual era o profissional que poderia vir, substituir ou pelo menos ajudar. Não sei se o serviço social ou a enfermeira que tivesse tempo de abordar ou então a parte médica na base do tem que ser isto faz parte... acabou... estamos conversado!! Ou seja... sem muita explicação... Expõe-se o que tem de ser feito... e acabou.

P/P – É... eu até entendo... você não pode falar muito sobre o modo como eu abordo... você realmente não acompanha... Mas... terá ainda... oportunidade para acompanhar. Acho que... o que você disse até agora... falou da minha ação clínica psicológica!!...

M - Não tenha dúvida... é claro que o seu trabalho aqui funciona!!... Não tenha dúvida... Acho que a coisa funciona desta forma... Acho que é importante dentro do quadro que nós temos!!... Tratar de pacientes de alta complexidade... dentro do projeto do Governo Federal, Ministério da Saúde consta a presença do psicólogo que trata da saúde mental do queimado num elo indispensável com a equipe. É um zelo necessário... E, na equipe... todos... são importantes guardando suas proporções... todos são importantes!!... Todos estão interligados... envolvidos... O resultado favorável de um paciente queimado é fruto do grupo... da equipe... até da menina da limpeza... Com a limpeza... a gente evita a infecção!!... Ninguém pode ser dispensado do grupo... Assim como... toda nutrição... o serviço social que vai trazer a informação de quem é aquele paciente... quem é aquela mãe acompanhante... conhecer como a coisa aconteceu... É importante para dar subsídio... eu acho que a coisa funciona dessa forma.

P/P – OK!!... Obrigada!!...

Sinto que há uma clareza acerca do lugar do psicólogo e da relevância desse profissional na equipe no tratamento do paciente queimado. Apesar de não haver uma proximidade com as ações em lócus... junto à criança queimada e a mãe. Compreendo que o Dr. Michel percebe de dois modos específicos o como acontece o acompanhamento psicológico... um com a criança... e outro com o adulto... Assim... ele fala... também... do seu sentimento quanto à facilitação do tratamento da queimadura através do atendimento psicológico, pois este possibilita a compreensão daquela vivência para a criança. Como também... ele acredita que não encontraríamos na equipe... outro profissional capaz de desempenhar esse cuidado com a saúde mental!!... Fica clara a relevância do psicólogo para o tratamento do queimado. Sinto o seu envolvimento e sensibilização com a dor da criança... e com o pouco amadurecimento dela para o enfrentamento daquela situação... Faz uma rápida comparação com o atendimento do adulto. Tenho a impressão... .. ele considera como uma das funções do atendimento psicológico: aliviar a culpa sentida pelas mães... sendo isso muito importante para que ela sinta-se afetivamente disposta para engajar-se no tratamento hospitalar e na fase posterior de reabilitação...

Recolho o meu material... Vou embora... Tenho o sentimento de missão cumprida por mais um dia!!... Nesse momento... deixo tudo resolvido!!!

No outro dia... **quarta-feira...** quando chego logo cedo encontro a enfermaria tranqüila... Crianças se acordando... tomando café da manhã... outras aguardando o curativo sob analgesia... outras, ainda, dormindo... mães descendo para o refeitório. Nesse primeiro momento... já começo a identificar... algum paciente novato??!... Dirijo-me até ele... Realizo uma entrevista. Em seguida... vou até aquelas crianças que já estão em acompanhamento psicológico... Encontro a Mariana... Iniciamos o nosso atendimento de hoje...

Mariana se queimou quando subiu em um banquinho para olhar o arroz no fogo e se desequilibrou batendo no fogão, na panela e caindo no chão com tudo por cima. As áreas atingidas foram as costas e a genital com queimadura de II° grau superficial. Ela estava internada na companhia da mãe, Sônia, há cinco dias e em acompanhamento psicológico.

A criança tem sete anos, estuda na 1ª série do ensino fundamental, é a filha caçula do casal entre sete irmãos, sendo a diferença de oito anos dela para a irmã mais próxima. Fato que revela um possível movimento familiar de superproteção para com essa criança.

Voltando ao atendimento...

P/P - Bom dia, Mariana!!... Dormiu bem essa noite??...

Mariana (M)- Sim!!...

P/P - Ontem... você saiu da cama??...

M - Saí...

P/P - Assistiu à televisão??...

M - Sim... ..

Sônia (S) - Ela fica com medo... de quem se aproxima dela...

P/P - É!!... A criança costuma ficar assustada diante de tantas situações de sofrimento e de pessoas estranhas.... Mas... hoje... não é dia de curativo. Hoje... é dia de ela ir para a salinha terminar o desenho que ela deixou outro dia. Vamos??!?!... Mariana...

M - Não!!....

P/P - Por que você não quer??...

M -

S - Vá filha!!...

M -

P/P - Calma... Mãe!!! Você me disse que ela tinha medo de quem se aproximava...

S - Quero que saia da cama para ficar boa logo!!!

P/P - Compreendo essa sua preocupação...

S - Vá minha filha!!!

M -

P/P - Vamos, Mariana!!... Você só quer ficar deitada nesta cama!!...

Estou a convidando para ir à salinha... não é para ir ao curativo... você já se alimentou hoje!!...

M -

P/P - Haaa... Então me conta... o que está acontecendo??...

M - Quero ir para minha casa!!...

P/P - Está certo... Podemos conversar melhor... sobre isso lá na salinha... Lembra o desenho que você estava fazendo?!?...

M - Lembro...

P/P - Tinha a sua casa... Então??... Vamos??...

M -

P/P - Mãe... vamos ajudá-la a levantar-se!!... já que, com a cabeça... ela disse que quer ir... Vamos fazer uma saia com o lençol para ela não ficar nua!!...

S - A perna dela fica encolhida... quando ela se levanta...

P/P - Vamos tentar!!... Pode ser que hoje já esteja melhor!!... ..

A mãe levanta o encosto da cama, e eu ajudo a criança a trazer as pernas para fora da cama. A mãe calça a sandália dela e enfim, Mariana se levanta.

P/P - Quem bom, você conseguiu!!... Hoje, você também estendeu a perna... Olha aqui... mãe!!...

M - Ai!!!Ai!!!Ai!!! Tá doendo!... aqui!... nas costas...

P/P - Isso é normal... Você passou muito tempo deitada... Quando começar a andar passa... .. Vamos!!...

Na enfermaria, outra mãe, Verônica, fala comigo...

V - Dr^a, ele já pode comer??...

P/P - Agora não, mãe... Ele ainda está anestesiado... tem o perigo de vomitar... se engasgar...

Mariana - Jorginho, não vai comer hoje?!?...

P/P - Vai.... A enfermeira vai cuidar dele.... Hummm!!... Parece que... da sua cama você está percebendo tudo o que acontece na enfermaria.

M - É!!... Ele está sozinho...

P/P - A sua mãe precisou ir para casa. Agora... vamos!!

Fomos caminhando até a salinha de Psicologia Infantil junto com a sua mãe. Quando chegamos...

S - Mariana... vou arrumar a cama... você fica aí...

M -

P/P - Mariana... sente aqui...

Puxo a cadeira e ajudo-a a sentar porque estava com dificuldades.

M - Cadê o desenho??...

P/P - Olhe-o ele aqui... eu guardei... como lhe disse.

M - Jorginho... já veio aqui??...

P/P - Veio... A maioria das crianças veio aqui...

M - Cadê os lápis??...

Entrego-lhe os lápis, e ela começa a pintar. Depois de um tempinho...

P/P - De quem é essa casa??...

M - A minha casa...

P/P - Quem mora nela??...

M - Minha mãe... meus irmãos... e meu pai.

P/P - Eu tenho notado... você está com um rostinho tão triste!!?... O que você está sentindo??...

M - Eu estou com saudades da minha casa.... .. Meu irmão já veio aqui!!!...

P/P - Como é o nome dele??...

M - É... Valdo.

P/P - O que você achou de ele ter vindo aqui??...

M - Foi bom... eu estava com saudade dele... o meu pai não veio porque está trabalhando...

P/P - E agora??...

M - Domingo ele vem me vê!!...

P/P - Como é o nome do seu pai??...

M - Fábio!!...

P/P - Mariana... você está me dizendo que sabe que, pelo menos, até domingo você ainda está aqui???

M - Eu não queria... ..

P/P - Eu sei... você já me disse... Mas... será que você iria agüentar fazer esse curativo em casa sem anestesia?

M - Dói!!!!...

P/P - Por isso... você vai ficar aqui mais uns dias...

M - Quando eu estava em casa... eu vi minha colega... Rosinha.

P/P - Antes de vir para o hospital??...

M - Foi... Eu estava deitada na cama... nem me levantava... para escovar os dentes.

P/P - Parecia que... você estava pior?!... Aqui você já consegue se levantar e fazer o que você quiser.

M - Não quero mais pintar!!...

P/P - Quer fazer mais alguma coisa??...

M - Não.

P/P - Vamos voltar??...

M - Meu irmão me ensinou a fazer... Desenhou um dado Lá... na minha casa... eu tenho uma cachorra... o nome dela é Dólar.

Levanta-se para sair da sala.

P/P - Vamos?... agora??...

Sáimos tranqüilamente para a enfermaria

Quando chegamos à enfermaria, a sua mãe a esperava e com um grande sorriso recebeu a filha. Continuei as minhas atividades...

No início do atendimento... procuro conhecer como está a disposição afetiva da criança naquele momento... Tento dizer-lhe sobre suas possibilidades do dia... Ela não seria submetida a situações estressantes... com muita dor... Apesar de saber que... todos os seus movimentos doem... Queria deixá-la um pouco menos tensa...

Continuo... tentando estimulá-la a sair da cama... vir junto comigo... indico evidências que a deixem segura quanto a um menor sofrimento... associado à possibilidade de diversão... Compreendo que... há algo mais que a impede de participar do nosso atendimento... tento escutar o seu sofrimento...

Parece que, nesse momento, ponho-me numa atitude de escuta acolhedora do apelo do seu ser que se desvela a minha frente... Estou numa posição de conselheira??...

Mariana fala da saudade/falta de sua casa... Assim... deixo a possibilidade de trabalharmos isso em um lugar reservado... lembro-me do seu desenho...

Em seguida... a mãe fala do seu medo... Compreendo isso... mas continuo com a minha proposta...

Desse modo, consigo mostrar à mãe a conquista da criança... tentei que percebesse a importância de acreditar nas possibilidades da filha... Ela percebeu a importância de deixar a criança sozinha comigo na sala.

A criança indica uma atenção e preocupação com os acontecimentos da enfermaria. Sinto... como muito importante... situá-la frente àqueles acontecimentos... Todos esses acontecimentos me falavam do significado das atitudes de atenção e cuidado nas relações entre as crianças, as mães e toda a equipe...

Costumo ter o cuidado em acomodar bem a criança em uma cadeira... diminuir suas dores... como tinha sido a proposta... Mas... parece que... Mariana já estava interessada na atividade... esquecia o seu corpo... motivada pela tarefa??...

Concentro-me em seu desenho... tento conhecer mais aquela casa... tão falada!!!... mas... sentida como tão distante!!!...

Mariana mostra-se preocupada com as atividades das outras crianças... ali... na sala... Tenho observado... um elevado grau de envolvimento entre as crianças/pacientes!!!...

Mas... tento trazer a sua questão de “voltar para casa”... reporto-me à comunicação não-verbal... revelada por ela.

Trabalho tentando reforçar a sua satisfação em ter estado com o irmão... aliviando a distância familiar... e conhecendo mais... seus sentimentos... Ela mostra-se super feliz!!!... Pego o fio da sua fala para trabalhar a compreensão sobre a necessidade de permanência no hospital.

Tento utilizar a sua sensação e percepção corporal acerca do seu estado físico. Aparenta se conscientizar sobre sua real condição física, sendo um contraponto à permanência no hospital.

Parece... ter sido suficiente o trabalho... estava mais relaxada... a vontade... começa a contar outra história...

Solicitei a auxiliar de enfermagem, Janaina, que me acompanhasse até a sala de psicologia infantil para realizarmos uma entrevista acerca do fazer clínico psicológico na pediatria do Centro de Tratamento de Queimados.

Ela mostrou-se disponível apesar de ter vários procedimentos ainda a fazer naquela manhã. Iniciamos com uma pergunta que chamo de disparadora:

P/P - Na sua experiência de tratamento... à criança queimada... o que você acha do atendimento psicológico por elas recebido?...

Janaina – O que eu acho?... Se é bom... o serviço que você faz?!... A tendência é emitirmos juízos de valores diante de qualquer questionamento

P/P – Veja... não estou perguntando... exatamente... se é bom ou ruim, mas em geral, o que você acha desse trabalho?

J – Eu acho importante... muitas vezes elas não entendem o que a gente fala para elas ou como a gente fala!!... Ai... vocês vêm... conversam... e elas entendem o lado... e também o nosso lado... porque aqui tem muitas coisas que não pode... Não é isso??... Não pode fazer isso... não pode aquilo... aí... qualquer problema que tem a gente vai conversar mais diretamente com você do que com elas. Eu acho muito importante!!... As crianças ficam nervosas... não entendem que não pode comer certas coisas... quando a gente fala... muitas vezes elas não acreditam. Ai... vocês vão lá... com aquele jeitinho... conseguem contornar a situação.

P/P – Aquele jeitinho?!?...

J- Um jeitinho assim... não é que a gente não saiba conversar... mas... vocês têm mais tempo para explicar... a gente faz uma coisa... faz outra... não tem aquele tempo de sentar... conversar com eles...

P/P – Então... você acha... que o papel do psicólogo passa pela questão de também ser um intermediário entre a criança, a mãe e a equipe?

J – Isso!!!... A criança, a mãe, a equipe e a situação do hospital!!!...

P/P – Você gostaria de dizer mais alguma coisa do modo como é feito?

J – Seria bom... que tivesse mais tempo... para ficar com eles aqui. Antes... eu via que tinha mais tempo... Hoje em dia... eu não sei... se é por conta do movimento... eu vejo que tem menos tempo para eles!!... Lembra que antes trabalhava em grupo?

P/P – Era... De fato... antes eu tinha um pouco mais de tempo...

J – O trabalho em grupo... eu acho muito bom para eles... Eles saem da cama e da enfermaria... Onde... eles ficam muito tempo na cama... A gente pede... mas... eles não saem... Você vai... conversa... fica com eles perto da mãe... eles já compreendem mais... O grupo com as mães... também... é muito importante!!...

P/P – Parece que as crianças se sentem mais seguras....

J – Você diz.. eles podem sentar na cadeirinha... eles acreditam... É muito bom... o trabalho em equipe...

P/P – Janaína... o trabalho em equipe é muito rico e complexo... conseguimos atuar sobre a totalidade bio-psico-social da criança/paciente. Você quer dizer mais alguma coisa??...

J – Não.

P/P – Então... muito obrigada!!...

Nesta narrativa, deparo-me com o reconhecimento da ação clínica psicológica como facilitadora do fazer dos vários profissionais da equipe de saúde no Centro de Tratamento de Queimados... como também... Janaína percebe esta ação contribuindo para o restabelecimento físico e emocional das crianças. Sinto ser exposta... aqui... a minha ação como interlocutora entre a criança... a mãe... a equipe... e... a situação de hospitalização.

Tenho a sensação de um incômodo... experienciado por ela... diante das limitações e recusas da criança, quando é por ela abordada. Compreendo esse sentimento quando recorro Pagès (2001), ao falar do grau elevado de afetação e mobilização vivenciado pelos atendentes de enfermagem ao lidar com as demandas e desamparo dos pacientes... uma experiência contendo sua própria demanda... de amor ??...

Sinto... ainda... que Elizabeth fala da ação clínica psicológica enquanto facilitadora do processo de adaptação das crianças e suas mães à rotina da enfermaria. Parece que ela também compreende a singularidade... a especificidade na ação do psicólogo na pediatria... como também... reconhece a minha autoridade... autonomia... em relação ao paciente.

Depois dessa entrevista, ainda precisava colher o depoimento do médico pediatra para conhecer um pouco mais o fazer clínico psicológico no C.T.Q. pela via da experiência dos membros da equipe. Desse modo, conversei com Drº Manoel.

P/P – Bom dia... Drº... Podemos fazer hoje... aquela entrevista de que lhe falei... sobre o fazer clínico psicológico... na assistência à criança queimada??...

M – Vamos... Ivana... Estou acabando de evoluir clinicamente... só faltam duas crianças....

P/P – Podemos ir a minha sala!?... ficaremos mais à vontade...

M – Ok!!!

P/P – Dr.... na sua experiência de tratamento à criança queimada... o que você acha... do atendimento psicológico por elas recebido?

M – Há... sem dúvida que é fundamental para um bom desenvolvimento do caso... quanto melhor nós dermos a atenção a nível psicológico... maior será a possibilidade de resolução do quadro. Quando... começamos aqui... éramos únicos... éramos nós... médicos.... quem fazia tudo... depois que você chegou... houve uma maior atenção à ação a nível psicológico... nós... tivemos melhores resultados.

P/P- E... o que você acha do modo como é feita essa atenção psicológica?...

M – É... um departamento técnico... quem pode dizer especificamente... se é satisfatório... são vocês psicólogos... Agora... eu observo... de fora... que é... extremamente eficiente. Só isso!!...

P/P – Você quer dizer mais alguma coisa desse fazer clínico psicológico??...

M – Acho... muito importante... necessário para as crianças... suas mães...

P/P – Obrigada... Drº Manoel.

Nesse encontro, sinto-me espontânea... à vontade... Sinto a disponibilidade dele em participar da minha pesquisa... colaborando com o meu trabalho... Tento situar-me com ele num espaço mais particular. Senti que houve um cuidado dele em tecer seus comentários sobre o meu fazer profissional quando respondeu de modo técnico e impessoal sobre a sua compreensão do atendimento psicológico como se sentissem uma ameaça no fato de um profissional do seu mesmo nível questionar o seu fazer em um contexto de trabalho onde não se deve questionar uma ação profissional. Sinto que ele reconhece a positividade da atenção psicológica dispensada às crianças, tendo assim melhores resultados no tratamento. Também reconhece que o trabalho descentralizado realizado pelos vários profissionais também facilitou a condução do tratamento. Tentei ampliar mais a compreensão acerca do meu fazer...

Voltamos à enfermaria para dar continuidade às nossas atividades... Fiz atendimento a uma mãe... depois... chamei outra auxiliar de enfermagem, Marlene, para a entrevista... Fomos à sala da Psicologia Infantil...

P/P - Na sua experiência de tratamento... à criança queimada... o que você acha do atendimento psicológico por elas recebido?...

Marlene - Eu acho ótimo... realmente... eu acho ótimo... Não tenho o que dizer não...

P/P - Mas... como você percebe a influência desse atendimento sobre o tratamento da queimadura?...

M - Na minha opinião... algumas mães precisam do atendimento... atrapalham o tratamento da criança... entendeu?...

P/P - Haaa... Você está me dizendo que o acompanhamento psicológico ajuda as mães?...

M - É... .. Eu acho assim... Porque quando elas estão com problemas... a gente diz... vai conversar com a psicóloga... Você conversa e a mãe ainda não obedece... Por exemplo... a mãe de Manoel é do interior... estava dando problemas... no meu plantão passado ela disse assim... eu vou descer e vou vim bem tarde... vou almoçar... vou fumar... e... você fica aí. Alguns casos realmente... contribui muito... mas... tem umas que não obedecem... Agora... eu acho o acompanhamento ótimo... Mas... também... a mãe de Marília disse que com o pai... a criança se alimenta melhor... ela canta... colabora...

P/P - Mas... eu já autorizei a vinda do pai para ficar uns dias com a filha!!...

M - Acho que... a mãe não quer... Eu disse a ela... A sra. fala com Ivana... ela lhe dá a autorização para ele ficar... No dia que ele for trabalhar... você vem...

P/P - O que estará acontecendo... a mãe não quer que o pai venha?...

M- Parece que é... não sei...

P/P - Como a psicologia poderia ajudar??...

M- Acho que é com a sua conversa... com a ida dela ao grupo...

P/P - A minha conversa??...

M - É... Ivana... Você tem um jeito diferente de conversar!!...

P/P - Como assim?

M - É como se você compreendesse mais o que as mães estão dizendo.

P/P - Está certo Marlene, mais alguma coisa a dizer??...

M- Não...

P/P - Está bom... Marlene... Obrigada!!...

Após essa entrevista... senti-me... muito gratificada... Percebi ali... revelado... o significado... relevância... para a equipe do meu papel profissional... Parece que... faz

questão de falar da sua compreensão sobre os pacientes!... No início... tive a impressão... Será que ela queria me agradar??... Mas... com a continuação... compreendi... ela estava falando da sua experiência na relação com as mães... e... assim... dizia da sua satisfação com o atendimento psicológico... a ajuda em seu trabalho... Apesar de que... não compreendia muito bem... Como ajudava???. Fala de um jeito pessoal de ajuda!!...

Quando voltei à enfermaria... sentei para evoluir nos prontuários... o estado emocional de cada criança trabalhada. Mas... ainda... aproximou-se de mim... uma criança com 8 anos, Thiago... solicitou papel e lápis para desenhar!... Parei o que estava fazendo... providenciei o material solicitado...

No final das atividades... recolhi-me para ir embora... concluindo mais um dia de trabalho.

Na quinta – feira pela manhã, chego às 7:30 na enfermaria infantil... encontro os acompanhantes já aguardando o início do curativo dos filhos. Falo em acompanhantes porque... excepcionalmente neste dia... tínhamos três pais com seus filhos, devido às dificuldades familiares. Sinto... há algo mais acontecendo... além da expectativa natural frente aquele procedimento.

A avó de uma criança se dirige a mim... pede para que tivéssemos um grupo... conversaríamos sobre o que estava acontecendo. Pergunto do que se trata... ela diz que é sobre o café da manhã. Digo que podemos ir... Uma outra acompanhante pede para esperar o início dos curativos... Confirmo que sim... encaminho-me para falar com a nutricionista... tinha acabado de chegar. Explico-lhe o caso... Falo com a enfermeira para que cuidem das crianças que voltarem do curativo... os acompanhantes estarão comigo e com a nutricionista no grupo. Poderia compreender a atividade em grupo com as mães como oficina de criatividade, uma modalidade da prática clínica do aconselhamento psicológico?...

A enfermeira me comunica... a desorganização das rotinas da enfermaria devido à indisciplina das mães... solicita trabalhar... as necessidades daquele contexto.

Um tempinho depois... convido todos eles... seguimos para a sala da psicologia infantil... No início do grupo... falo sobre os objetivos daquele encontro... geralmente existem participantes novatos... lembro ainda... a responsabilidade do sigilo acerca do que for dito ali... Passamos a trabalhar sobre a necessidade deles... Queixam-se sobre as dificuldades no refeitório pela manhã... sugerem que seja autorizado servir o café da manhã na enfermaria... eles estão aguardando o início dos curativos das crianças. A nutricionista acolhe o pedido... informa que iria trabalhar junto a sua chefia as possibilidades para essa mudança. Falo sobre a diferença entre as rotinas familiares e a da instituição... questiono como está sendo a adaptação aquele ambiente tão diferente... a vida cotidiana... Lembram o que já tínhamos trabalhado em um grupo anterior sobre o quanto é difícil quando chegam no hospital... Confirmam o quanto vem sendo positivo e agradável o internamento... que estavam surpresos com a qualidade no atendimento. Continuaram dizendo... sentem-se à vontade... até para fazer aquele pedido!!... A nutricionista falou tudo que eles quiseram saber... Comunicaram sobre a alimentação das crianças... Ela informou... a possibilidade de questionarem diariamente... junto com a nutricionista plantonista... tudo o que desejassem. Eles continuam falando... no dia anterior tinham ficado sem o café da manhã... e... o horário do almoço é tarde!!... Lembro... é difícil atender a necessidade de todas as pessoas naquele hospital!!... A nutricionista fala das necessidades... prioridades dos setores da pediatria... do berçário... da UTI... e... da emergência. Falo... estamos no momento refletindo sobre as necessidades da UTQ... mas... não poderíamos esquecer... a unidade estava inserida em um hospital complexo... havia uma série de outras prioridades... compõe uma teia de alta complexidade... Assim... precisávamos de rotinas bem definidas... para o funcionamento hospitalar. Fiz uma analogia com a Torre de Babel... Eles compreenderam... concordaram... Trabalhamos ainda a dificuldade de duas mães em descerem para o refeitório... O grupo comprometeu-se em estimular essas mães a irem fazer as refeições.

Após o grupo, conversei com a enfermeira chefe sobre a limpeza do banheiro. As mães voltaram para a enfermaria... continuei com meus atendimentos.

Aproximei-me de Leandro e procurei saber como estavam sendo aqueles dias desde o nosso último encontro. A mãe me comunicou que ele conseguiu passar mais uma hora sentado, no dia de terça - feira, chegando até a almoçar naquela posição. Hoje já era a véspera de ele receber a alta hospitalar.

P/P - Bom dia!!... Leandro... Cheguei para mais um atendimento... Como você está??...

L - Estou bem!!... Vou sair amanhã!!...

P/P - Que bom!!... estou sabendo... Então... podemos fazer atividades fora dessa cama??...

L - Podemos...

A mãe se aproxima para ajudá-lo... põe a escadinha e o seu chinelo. Ele se levanta.

P/P - Vamos para a minha sala??...

L- Vamos....

Caminhamos junto com a mãe até a sala.

Ele entrou na sala, pegou uma cadeirinha e sentou junto do piano. Depois, levantou-se, indo até a estante, de onde pegou um carrinho. Brincou um pouco, quando sugeri a construção de um desenho.

P/P - Vamos desenhar??...

L - Vamos...

P/P - Você pode desenhar uma coisa que vou te pedir??...

L - O que é??... Eu não sei??...

P/P - Como não sabe??... Nem disse ainda!!...

L- O que é??!...

P/P - Como você desenharia... esses momentos em que estivemos juntos?...

L - Não sei.

M - Meu filho... ela quer que você desenhe os dias que vocês estiveram juntos...

P/P - Você pode desenhar... o que você quiser...

L - Taaa...

Começou desenhando, fez uma pessoa ao lado da cama e outra sobre a cama. (Vê desenho em anexo II)

P/P - Agora... você pode me contar uma estória??...

L - Aqui... sou eu deitado na cama... Você aqui em pé falando comigo...

P/P - E... o que você achou das vezes que cheguei junto a sua cama??...

L - Foi bom... mas... doeu também!!...

P/P - Às vezes... parece que sou bem malvada!!!

L - Não...

P/P - Está certo... Leandro. Como vai ser quando chegar em casa??...

L - Só vou brincar em casa... com meus irmãos... vou para a escola de sombrinha...

P/P - Que tal... ter uma psicóloga para ir conversar... brincar??...

L - Acho bom!!...

M - Dr^o ... nem sei se lá tem?! Mas... vou procurar...

P/P - Amanhã... eu lhe dou o encaminhamento... quero conversar com você... mãe!! Agora... vamos voltar para a enfermaria??...

L - Tchau!!...

A criança levanta-se e sai da sala.

No início do atendimento, senti L. muito feliz... apesar de... parecer estar bem defensivo... sentindo-se incapaz... impotente... Direcionei esse encontro para o objetivo da minha pesquisa. Mas... ele afirma o seu sentimento de impossibilidade??... ou... incapacidade??... Com isso... tento deixar a criança à vontade e livre para criar!!...

A partir do seu desenho e da história contada... tento compreender melhor... como foram para ele aqueles nossos encontros... sinto que... ele retrata exatamente o quanto ele ficou incomodado durante alguns dos nossos encontros, mas também revela a importância da minha presença ao seu lado. Então... tento me defender... exagerando na expressão dos meus sentimentos. Parece que eu quis me exceder para não ser vista como ruim!?!...

Pensei... ainda... em trabalhar a sua adaptação ao tratamento ambulatorial... e... a sua reinserção familiar...

Depois dessas atividades... evolui a condição emocional das crianças no prontuário... como de costume... e... quando saía do C.T.Q. ... a enfermeira me comunica já ter resolvido as pendências com os funcionários da limpeza. Encontrei a médica pediatra, Márcia... convidei-a para a entrevista...

P/P - Na sua experiência de tratamento à criança queimada... o que você acha do atendimento psicológico por elas recebido?...

Márcia - Eu acho super importante... além do atendimento psicológico... é importante o de toda a equipe multidisciplinar... A terapeuta ocupacional, fisioterapeuta... nutrição... a parte psicológica principalmente... Os meninos estão passando por uma fase super difícil... de dor... sofrimento... trauma... Então... o suporte psicológico vai descobrindo... assim... uma maneira de como a

criança lidar melhor com aquela dor... com aquele sofrimento... com aquela mudança no visual... Queimadura é uma coisa muito feia!!! Ninguém pode dizer que queimadura é uma coisa bonita. Nenhuma criança se aceita queimada... Fica feia!!!... muitas vezes mutilada!!!... O suporte psicológico tem importância fundamental... tanto... no tratamento hospitalar... como... no depois... É preciso... para que possa aceitar as seqüelas...

P/P – Mas... o que você acha do trabalho do psicólogo aqui no C.T.Q.??...

M – Eu acho muito bom por conta de tudo isso... e... não só com as crianças... também com os adultos...

P/P – No atendimento psicológico com as crianças... será que há alguma coisa que precise modificar??...

M – Não... eu acho que aqui ... durante o internamento da criança... a coisa funciona super bem!! O acompanhamento é praticamente diário... Mas... após a alta... acho que isso perde um pouquinho... As crianças que moram no interior... não têm uma continuidade... As famílias não têm condições de trazer... continuar aquele tratamento...

Quando a criança sai daqui bonitinha... cicatrizada... tudo bem!!... Mas... aquelas que fazem enxerto... enxerto na face... ou perdem algum membro?!?... ... Eu acho que... requerem um acompanhamento psicológico muito mais prolongado... também... aquelas crianças que são vítimas de maus-tratos... Acho que... aqui... durante o acompanhamento da criança internada... você consegue... sacar... muitas coisas que acontecem com ela... e... que independem da queimadura!! Por exemplo... uma criança tem problema de relacionamento com a mãe... pai...é uma criança negligenciada... Então... no acompanhamento psicológico... você vai descobrindo essas coisas...

P/P – Você está falando da possibilidade de prevenção??...

M – É como se fosse... tentar evitar que aconteça outra coisa pior...

P/P – Mas... Como o atendimento psicológico repercute no seu atendimento como pediatra??...

M – Eu acho que repercute bem... a criança tendo um suporte psicológico... vai aceitar melhor aquele trauma e aquelas seqüelas... Isso vai facilitar o tratamento como um todo... A criança não vai ficar assim... tão revoltada... tão deprimida... A depressão prejudica o sistema imunológico, facilitando a infecção... Se ela tem um suporte que diminua a depressão... isso ajuda no tratamento. O apoio psicológico também ajuda no relacionamento da criança com toda a equipe!!!

P/P – É... tentamos!!... .. Gostaria de dizer mais alguma coisa??...

M – Não. Só tenho é que dá parabéns a você por esse trabalho!!...

Tenho a impressão de que a Dr^a Márcia enfatiza a importância do psicólogo enquanto um membro indispensável à equipe de saúde. Reconhece a fragilização emocional experienciada pelas crianças queimadas e o lugar do psicólogo como facilitador para elas na busca de um modo de enfrentar aquela situação tão diferente. Tenho a sensação de que há um elevado grau de envolvimento dela com aquelas crianças... Compaixão??... talvez??... Assim como... ela identifica a necessidade de um suporte emocional continuado... após a alta hospitalar. Sinto que a pediatra... também compreende o meu atendimento psicológico como abertura para intervenções no campo da prevenção... Ou seria um trabalho também voltado para um processo educativo?... para o ensino e aprendizagem??...

Depois desse encontro, fui abordada por Isabel... auxiliar de enfermagem... necessita comentar uns acontecimentos da enfermagem. Voltei à sala de Psicologia Infantil... Emprestei-me para a escuta daquela demanda na impossibilidade de responder-lhe, sugerir alguns encaminhamentos... Quando a senti menos angustiada... solicitei seu depoimento a partir da pergunta disparadora...

P/P – Isabel... na sua experiência de tratamento à criança queimada... o que você acha do atendimento psicológico por elas recebido?...

I – É... acho uma boa!!... Pelo menos o que vinha acontecendo na enfermaria... depois da psicologia com as reuniões com as mães e dos atendimentos com elas... melhorou.

P/P – Você está me dizendo que ajuda?...

I – Ajuda...

P/P – Como assim?...

I – Veja... logo quando eu entrei aqui no setor... teve um dia que teve um atrito de mãe com mãe... sempre havia... depois dos atendimentos com as mães e as crianças... até que parou... Teve uma vez... uma mãe disse até que cortava a outra!!... E... agora... a gente recebe mãe de todo o lugar... de todo o tipo... e... tudo fica calmo... Elas estão até mais atentas umas com as outras... estão ajudando mais... estão mais amigas... Antes não acontecia isso...

P/P – Você acha que isso é fruto dos atendimentos??...

I – Com certeza...

P/P – E... em relação aos atendimentos que são realizados com as crianças??...

I – O tratamento da queimadura também melhorou muito... São umas crianças sofridas... quando estão perto da recuperação ficam sem querer aceitar a medicação e a rotina do setor... com o atendimento da psicologia... elas melhoram... passam a aceitar... ajudar...

P/P – O que você acha do modo como é feito o atendimento psicológico??...

I – Acho ótimo mesmo... quando está havendo alguma dificuldade com as mães... elas não queriam aceitar uma medicação ou alimentação para as crianças... a gente comunica a você... E... com uma entrevista... com uma conversa... você consegue dominar!!...

P/P – Dominar!?!?...

I – Dominar assim... essa condição dela não aceitar... Você termina conformando ela a aceitar aquilo...

P/P – E... você acha que teria alguma coisa no acompanhamento psicológico que pudesse ser diferente??...

I – Acho que não... Só trabalhar mais com as mães... não colocarem brinquedos em cima da cama.

P/P – Você fala trabalhar as regras da enfermaria??...

I – É...

P/P – Como isso poderia ser feito??...

I – Acho que... nos grupos com as mães...

P/P – Haaa... devo continuar fazendo os grupos!?!?...

I – É... são muito bons para elas e para nós...

P/P – Obrigada... Isabel...

Sinto-a muito empolgada... satisfeita... Fala da diferença, sentida por ela, no relacionamento entre as mães após o trabalho da psicologia. Mais uma vez... escuto um outro profissional enumerando algumas mudanças observadas após a minha ação clínica psicológica naquele contexto da enfermaria. Fiquei preocupada com o como estaria sendo compreendida aquela ajuda?!?... Estaria sendo vista como uma solucionadora de problemas?!?... Ou como facilitadora de relações?!?... Parece que Isabel tentou me dizer que o papel do psicólogo transita por esses lugares... Mas... o seu sentimento é de que a minha ação clínica psicológica possibilita de modo positivo o seu trabalho.

Na sexta-feira, novamente, chego para trabalhar... já encontro o cirurgião plástico conversando com Leandro... combinam sobre a sua alta hospitalar, e... enquanto o médico estava com a criança... convido a mãe para um atendimento...

P/P – Vamos conversar um pouco... Maria??...

M – Vamos!!... Dr^a.

P/P – Como você está se sentindo??...

M – Hoje... estou muito bem!!... Meu filho já vai voltar para casa!!...

P/P – E... nesse tempo que estamos trabalhando juntas... você pode me falar... como está sendo sua experiência com o atendimento psicológico que seu filho está recebendo??...

M - Vou sentir muita saudade de você... porque desde quando o meu filho chegou aqui... você ficou do lado dele... foi muito bom... muito importante para mim... E... eu sei que... quando eu chegar lá com ele... vou sentir muita falta... Se Deus quiser... quando eu voltar... vou logo lhe procurar para que você me dê conselho... aquilo que a gente precisa... não é isso??... Espero que a gente se reconstrua... Quero vê os outros pacientes também... Tenho muito que agradecer a Deus... a você... aos médicos também...

P/P – Quando você diz assim... Quando eu voltar para cá a gente vai logo se encontrar... espero que a gente se reconstrua. O que você quer dizer com isso??...

M – É assim... aqui... o nosso sistema nervoso vai ficando aquele nervoso!!... Aí... quando estou ao seu lado... vou deixando o meu nervoso... Assim... eu estou muito feliz... muito contente de você me ajudar a voltar para casa... vê, meus filhos... e... eu não tenho como agradecer!!... Eu pensava que estava no meio de estranhos... mas... eu estou no meio de uma família... porque... nós todos somos irmãos!!... Não é isso??... Graças a Deus... para mim está sendo muito bom!!...

P/P – Maria... você está me dizendo que se sente acolhida??...

M – É... A senhora o tempo todo do meu lado... presente... além de todas as meninas... (auxiliares de enfermagem) Não faltava nada para meu filho!!...

P/P – Está bom!!... Maria, Obrigada!!... Fico feliz... por termos conseguido chegar a esta situação!!... Mas... tudo isso... faz parte do nosso trabalho!!...

Questionei a genitora a partir da minha pergunta disparadora... A sua narrativa fala claramente sobre os nossos encontros... do significado... do lugar deles em sua vida... durante aquele momento de extremo sofrimento.

Fico feliz ao escutá-la... Emociono-me... Sinto-me afetada por todo aquele clima de satisfação... agradecimento... Ainda... tentei esclarecer junto a ela... as minhas dúvidas sobre sua experiência. Quis checar... se o meu significado sentido... correspondia a sua experiência.

Finalmente... hoje, já era sexta-feira... um dia antes da alta hospitalar de Frederico!!... Assim... durante o nosso atendimento... solicitei a ele o desenho sobre nossos encontros. (Ver desenho no anexo I)

P/P – Bom dia!!... Frederico. Como você está hoje??...

F - Estou bem!!... amanhã vou para casa!!...

P/P - É mesmo??... Quem lhe disse??...

F - O médico.

P/P - E... como vai ser isso??...

F - A minha tia vem buscar a gente!!...

P/P - Legal!!... Então hoje... você pode sair dessa cama!!...

F - Mãe... ajuda aqui!...

M - Haaaa Dr^a ... ele está tão melhor!!... Ontem... ele passou a tarde fora da cama... andando para todo lado.

A mãe ajuda-o a descer da cama.

P/P - Que bom!!... Vamos sentar na mesinha... lá fora... Frederico??...

F - Vamos...

Vou andando junto com ele.

P/P - Que tal... fazer um desenho??...

F - Eu quero...

P/P - Posso te pedir uma coisa??...

F - Pode...

P/P - Como você desenharia... esses momentos em que estivemos juntos??...

F - Haaa. Não sei...

Mãe - É para você desenhar você com ela!!... Você na salinha... aqui na cama... você jogando...

F - Eu não sei não...

P/P - Desenhe o que você sabe... e... como achar que foram os nossos encontros...

F -

Pegou uma caneta e começou a desenhar o hospital. Depois pintou de modo bem colorido.

F - É só isso que eu sei fazer!!...

P/P - Tudo bem!!... Agora... você pode me contar uma estória sobre esse desenho??...

F - Não sei...

P/P - Parece muito difícil falar daqui... não é??...

F - É só o hospital!!... E... você sabe daqui...

P/P Você está querendo me dizer que eu sei o que acontece aqui e o que aconteceu com você???

F - É...

P/P - Mas... como foram esses momentos que estivemos juntos??...

F - Foi bom!!... Quando eu voltar para o ambulatório... venho aqui falar com a Senhora ...

Geralmente... no momento próximo à alta hospitalar... tento conhecer as expectativas da criança com o retorno para casa e com a nova fase de sua vida. Fico

feliz... com a recuperação... e... conquistas da criança. Alegra-me... motiva-me... perceber a sua evolução clínica e emocional... como ela vai conseguindo se perceber diferente... Olhar a expressão de vitória no rosto e olhos da mãe!!... Para mim... é mais fácil trabalhar com essa perspectiva de vida e de reabilitação!!...

Percebo que... sempre... ponho-me à disposição para ajudá-lo... parece que... assemelho-me a um suporte onde pode se apoiar para que vença suas dificuldades!!... Às vezes... sinto-me como depositária de todas as angústias, dores, sofrimento, queixas... Mas... em um momento... notei que nesse atendimento eu tinha um objetivo: Queria que ele desenhasse algo que significasse os nossos encontros, apesar de estar atenta a sua autorização para a realização da tarefa.

Em outro momento... tentava não impor... porém... não conseguia! Sentia uma necessidade imperativa de direcionar o meu trabalho, sufocando um outro modo de escuta... Estaria sufocando a escuta do seu apelo?? Mas... parecia que ele relutava contra aquela direção imposta por mim. Apesar disso... a mãe estava muito motivada para que o filho colaborasse comigo. Ele não entendia... negava-se a seguir um outro direcionamento... Não o senti muito disponível àquela tarefa.

E... sem me dar conta... continuei exigindo a “minha” tarefa... apesar de já ter sentido a sua pouca disponibilidade. Mas... em um momento... consigo escutá-lo dizendo que não queria... Não tinha entendido isso antes... Agora... consigo entender o seu apelo... e respondo...

No seu desenho ele representa o hospital. Tenho a impressão... de que para ele... o hospital parecia ser um lugar fechado que guardava um monte de coisas de que ele preferia não recordar... Assim... jogava para o futuro uma possível conversa... “deixando” em mim toda aquela vivência de dor e sofrimento!!... Mais uma vez... nesse momento... senti que ele não queria conversar, talvez porque precisasse do seu “tempo de elaboração.”

Também estive nesse mesmo dia com a mãe de Frederico... Laura... Convidei-a para uma entrevista relacionada à pergunta disparadora...

P/P – Bom dia!!.. Laura. Como você está??...

Laura – Feliz Doutora!!... amanhã vamos embora... O médico me disse que o enxerto dele pegou!!... que só preciso voltar para a fisioterapia...

P/P – Que bom!!! Fico feliz também... Quero-lhe perguntar uma coisa...

L – Sim...

P/P - Nesse tempo que estamos trabalhando juntas... você pode me falar como está sendo sua experiência com o atendimento psicológico que seu filho está recebendo??...

L – É... eu acho que ajudou... é... é... como aquela coisa... a gente mãe... família... a gente fala... é como um adolescente... Você está avisando... dando conselho... mas... ele não escuta. Quando chega uma pessoa de fora... com outros meios de conversar... explica o que é a dor... o que ele sente...

F – Está ardendo...

L – Vá dormir... deixe-me conversar com a Doutora. ... Sim... nesse processo de ir conversando sobre o que é a dor... o tratamento... que é aquela coisa de mostrar a eles que... às vezes... ele não está preparado para a dor... mas... que pode conseguir enfrentar aquela dor... e... só um psicólogo que estuda para isso mesmo... que pode e tem aquela psicologia mesmo de conversar com eles e eles entenderem... Porque... a gente, mãe,... não consegue não.

P/P – E... como foi para você, Laura... receber esse tipo de atenção??...

L – Foi bom... porque se não tivesse... acho que... não conseguiria... desde o primeiro dia... foi muito difícil explicar para ele todo o processo... foi um conforto também... eu tinha perdido a minha mãe... e... pude me sentir confiante...

P/P – Você sabe dizer como a ajudou???

L- Haaa. Foi mostrando que agora a prioridade era ele... que eu tinha que me concentrar nele.. eu fui conseguindo... deixar aquele outro sentimento de lado...

P/P – Que bom que conseguimos!!... Estou indo agora... até amanhã...

Iniciei o atendimento... buscava uma resposta à pergunta disparadora... pensava que poderia atender ao objetivo da pesquisa. Felizmente... parecia que Laura estava bem disponível para expressar a sua compreensão em relação ao atendimento psicológico que seu filho recebeu... e... sobre o sentido desse atendimento para ela mesma... Senti... o quanto ela valorizou... esses nossos atendimentos!!...

A minha ação era tida como facilitadora... emitia um olhar de fora para a situação... auxiliava a sua percepção de situações que... até então... não se dava conta. Acreditava que... com o meu modo de conversar... fundamentado na Psicologia... conseguia trabalhar os sentimentos da criança... facilitava a compreensão dela acerca da sua experiência de sofrimento. Lança mão a analogia... compara o seu papel materno diante do filho com o comportamento de um adolescente... aquele que não consegue escutar o que os pais dizem. Acha que foi muito importante ter sido acompanhada pela psicologia... Foi um apoio que lhe possibilitou deixar de lado os vários problemas que tinha... como a perda da sua própria mãe... e... se dedicar ao enfrentamento daquela situação.

Após esse contato... continuei com o meu labor... A terapeuta ocupacional, Roberta, dirige-se até mim para conversar sobre uma criança... comentamos a condução do caso e suas possibilidades de encaminhamento... Ainda... com tempo disponível... convidei-a para a entrevista. Fomos até a minha sala...

P/P – Roberta... na sua experiência de tratamento à criança queimada... o que você acha do atendimento psicológico por elas recebido?...

Roberta – Você está perguntando qual a minha opinião sobre o papel da psicologia na pediatria ou o seu papel profissional no trabalho que você desenvolve?

P/P É... como você percebe o trabalho da psicologia aqui... onde eu sou a representante...

R - É... o ser humano tem necessidade de diversas terapêuticas no tratamento do seu trauma... no tratamento da sua patologia... Assim... o papel da psicologia é fundamental... vai trabalhar muitos conteúdos internos do paciente... que é um trabalho muito parecido com o da terapia ocupacional (TO)... no sentido de... enquanto... a maior parte da equipe está preocupada com o diagnóstico do trauma... com a área da lesão... a TO... a fisioterapia... estão dando atenção também... ao lado sadio do paciente... e... a capacidade de investimento que o paciente está podendo fazer dentro da hospitalização. Então... eu acho fundamental... Não existe a superação do trauma... sem que esse paciente se mobilize internamente!!... Não podem ser descartados... renegados... colocados estanques... aguardando a cura do trauma para então... trabalhar esses conteúdos!!... Então... o papel do psicólogo é fundamental... vai junto com o paciente na sua história de vida... na motivação para o tratamento... no modo como reage ao trauma... e na sua relação com a equipe. Ele precisa resolver essas questões... trabalhar junto com as famílias... e... orientar a equipe também... A psicologia vem trabalhar questões mais elaboradas... abstratas...

P/P – E... como você entende a ação psicológica que é feita aqui?

R – Eu percebo que... é efetiva... tem resultados... até porque... nós somos entrosadas aqui no serviço!... A gente pode conversar o que observa... Existe a troca entre os profissionais... o que eu vejo passo para você... do mesmo jeito você comigo... O trabalho psicológico... ele existe!!... Você vê a evolução satisfatória do paciente... A gente não tem história de nenhum problema que não tenha sido investido e finalizado...

P/P – Ham Ram... Obrigada!!... Roberta.

Parece que a pergunta mobilizou nela alguma resistência... talvez... pelo questionamento se reportar a uma avaliação da prática... E... tive a impressão de que esse fenômeno ocorreu também com outros profissionais, Manoel e Michel. Acredito que no hospital, a maioria dos profissionais sente apropriada de todo o saber sobre seus fazeres!! Assim, podem sentir-se estranhos frente ao meu questionamento. Roberta, no primeiro momento, só conseguiu falar sobre o fazer clínico psicológico lançando mão do conhecimento técnico, mantendo-se reservada. Ou teria sido uma escolha a partir de uma postura ética em relação a minha pessoa??? Houve momentos que senti como se estivesse recordando algo... No entanto... ela deixou bem delineada a sua compreensão quanto ação do psicólogo na equipe de saúde e a importância do entrosamento entre os membros da equipe para conseguirmos um resultado favorável. Em outro momento... senti que ela conseguiu voltar o seu olhar para o nosso trabalho especificamente!! Consegui falar sobre nós, psicólogos!!!

Voltamos para a enfermaria... .. Sônia, a mãe de Mariana, aproximou-se avisando que o médico tinha dito que, na próxima segunda-feira, assinaria a alta hospitalar da sua filha... Assim... convidei-a para um atendimento... Tinha a intenção de colher a sua compreensão sobre o trabalho, que vínhamos fazendo juntas... eu... ela... e sua filha... além de trabalhar sobre a perspectiva da saída do hospital: o como lidar com a filha e suas expectativas quanto às alterações corporais da criança. Às vezes, sinto a necessidade de escutar a mãe quanto as suas expectativas com a alta hospitalar e confeccionar algumas orientações...

P/P – Sônia... como será após a alta hospitalar??...

Sônia – Vou trazer ela aqui... quando o Doutor mandar!!

P/P E... em casa... como será?

S – Ela não vai sair para não levar sol... Suas amiguinhas vão lá para casa...

P/P – Preste atenção às atitudes dela... Aqui no hospital... você percebeu o quanto ela ficou dependente... parecendo ser mais criancinha do que era... Sei que o ambiente hospitalar favorece isso! Mas... em casa... Mariana pode brincar ... tomar banho normalmente... voltar à escola... É importante que ela retome a sua vida cotidiana... como antes da queimadura...

S – Mas Doutora... e o lugar onde foi queimado... não é perigoso??...

P/P – Como assim??...

S – Será que não fere??...

P/P – A pele fica muito sensível à exposição ao sol e algum arranhão... mas... com cuidado é possível e necessário retornar as suas atividades...

S – Ela vai gostar de voltar à escola!!... Adora estudar!!

P/P - Nesse tempo que estamos trabalhando juntas... você pode me falar como está sendo sua experiência com o atendimento psicológico que sua filha está recebendo??...

S – Acho que está ajudando... Achei ótima a palestra...

P/P - E... como você acha que ajudou??...

S – Assim... sei lá... A gente aqui fica tão nervosa!!... Aí... você chega com aquela palavra... aí a gente... sei lá... nem sei... nem explicar...

P/P – você está me dizendo que tem momentos que se sente angustiada e a minha palavra a ajuda??...

S – É... uma palavra de conforto...

P/P – Mas... na maioria das vezes... pergunto como você está... e você começa a falar...

S – A Senhora chegou junto... quis saber como estava...

P/P – Sim... foi isso...

S – Isso ajuda...

P/P – Será que ajudou Mariana??...

S – Ela pergunta pela Senhora... quando não chega cedo...

P/P – Quer me perguntar mais alguma coisa??...

S – Não.

P/P – Obrigada!... Vou falar com ela...

No início do atendimento, identifico em mim a intenção de conhecer as expectativas da mãe quanto à alta hospitalar e a possível continuação do tratamento ambulatorial. Parece que me preocupo com o modo como possam cuidar daquela criança... Também chamo a atenção para o estado emocional da criança. Sinto-me muito prática no meu fazer clínico psicológico... Aponto questões de modo objetivo e direto. Parece que... Sônia percebeu isso... fala das minhas palestras... Mas... também diz sentir-se confortável com a minha presença... Estaria ela falando do acolhimento sentido??...

Dirijo-me ao leito de Mariana... ela já tinha acordado da anestesia...

M - Tia...segunda-feira eu vou embora!!...

P/P - Você esta tão feliz!!... Como vai ser isso??...

M - Depois do curativo... eu vou embora...

P/P - Como vai ser em casa??...

M - Vou brincar com minhas amigas...

P/P - Vai voltar para o colégio??...

M - Não sei...

P/P - Você pode voltar a estudar... brincar... sair quando o sol estiver baixo...

M - Eu quero ir para a escola!!...

P/P - Que bom!!! Agora... Vamos lá a minha sala ... desenhar??...

M - É... vamos...

Fomos caminhando até a minha sala...

P/P - Você pode fazer um desenho que eu pedir??...

(Vê desenho em anexo III)

M - Posso...

P/P - Como você desenharia... esses momentos em que estivemos juntos??...

M - Eu vou desenhar a minha casa!!...

P/P - Está bem... depois contamos uma estória...

Entreguei-lhe papel... lápis de cor e de cera... ..

P/P - Parece que você hoje está bem tranqüila!!...

M - Tia... tô com saudade da minha casa!!...

P/P - Mariana... eu lembro que, desde o início da hospitalização, você já falava dessa saudade... agora... já está bem próximo... .. Que desenho é esse??...

M - A minha casa... eu estou aqui na frente... Lá tem um pé de manga...

P/P - Parece que... você desenhou aquilo que a gente mais conversou nos nossos atendimentos!!...

M - !!!!!!!!!!!!!

P/P - Achou engraçado!?!... Eu achei muito interessante...

M- Esse é o número da minha casa... .. Cadê a minha mãe?...

P/P - Está na enfermaria!!... Quer voltar para lá?

M -

P/P - É... podemos voltar...

Chego entusiasmada com a perspectiva da alta daquela criança. Anteriormente vinha sentindo-a muito abatida pela separação da família... Mas... naquele dia... encontro-a vibrando com a sua saída do hospital. Tento compreender qual era a sua expectativa quanto a reinserção familiar e social. Parecia que... estava lidando bem com suas alterações corporais?!?... Ou... qualquer outro sentimento estaria minimizado frente à realização daquele grande desejo... voltar para casa?!?... Mariana participa ativamente da atividade proposta... Volta a expressar claramente seu desejo... agora... através do desenho... Compreendo... os nossos atendimentos foram como depositário para toda a sua frustração com a hospitalização e separação familiar!!... Parecia que... nos nossos momentos... ela dava vazão ao que sentia... Será que foram encontros facilitadores??...

Após esse atendimento... são 12:20h. Estou com fome... tinha concluído todos os atendimentos do dia... faltava evoluir nos prontuários... Mas... decido descer para almoçar na cantina... Retorno para evoluir nos prontuários concluindo a semana no Centro de Tratamento de Queimados!!!...

Enfim, penso que desse modo, esbocei uma cartografia do contexto em que faço a minha ação clínica psicológica cotidiana. Revelei o como faço, lançando mão da figura do narrador, que escuta uma história, amalgama-a as suas experiências e a transmite, permitindo a continuidade histórica - a tradição. Elaborei essa narrativa pela via de uma construção compreensiva acerca dessa práxis, dando assim, visibilidade à complexa ação clínica psicológica no hospital.

Desse modo, foi possível encaminhar o objetivo geral dessa pesquisa, ressignificar o fazer clínico psicológico na atenção à criança queimada através da compreensão fenomenológica existencial do ser no mundo com os outros.

Continuando a tessitura dessa obra... agora passamos o olhar para e nos deixamos envolver com o *outro fazer clínico: a ação clínica psicológica no hospital ressignificada pela experiência*.

VI – REVELANDO OUTRO FAZER CLÍNICO: A AÇÃO CLÍNICA PSICOLÓGICA NO HOSPITAL RESSIGNIFICADA PELA EXPERIÊNCIA.

Penso que este é o momento de comunicar o sentido da clínica, elaborado por mim, durante o percurso desta pesquisa. Tenho a intenção de revelar a minha compreensão sobre o que seja o fazer psicológico na assistência à criança queimada, percorrendo o caminho e ressignificando a prática clínica a partir das experiências vividas com esse cliente, nas situações de atendimento.

O saber advindo da compreensão das narrativas dos atores/participantes sobre o atendimento psicológico ampliou, sem dúvida, a reflexão do saber fazer no contexto dessa prática. A tarefa de ressignificar passou, também, pela tessitura entre o saber da experiência e

dos conhecimentos adquiridos na leitura de autores, que apontaram respostas reveladoras do fazer clínico no hospital.

Ressignificar diz respeito a um processo de sentimentos/compreensões no presente imediato que orienta a conceitualização e conduz a significados. Nesse sentido, segundo Santana (2001), citando Gendlin, o significado é formado na interação entre aquilo que é experienciado, partindo de sensações e sentimentos decorrentes, e a possibilidade de uma compreensão que funciona simbolicamente. Dessa forma, a minha compreensão sobre o fazer clínico com a criança hospitalizada vem assinalar, apenas, os nexos da trama do fazer psicológico que puderam ser desvelados pela minha experiência. Nessa compreensão, a experiência torna-se abertura para a manifestação do sentido da clínica. Como menciona Lèvy (2001), a clínica psicológica é, sem dúvida, uma clínica do sentido²³.

Buscando uma outra possibilidade de compreender a minha prática, recorro às narrativas sobre o atendimento psicológico, apresentadas neste trabalho, capazes de comunicar, em especial, a região da experiência que pode ser identificada como ação clínica. Dessa forma, penso, poderei elaborar meios que possam entremostrem não apenas um saber fazer, mas também viabilizar uma teorização dessa prática clínica por um fazer saber com a criança no Centro de Tratamento de Queimados. Desse modo, mantém-se a legitimidade do campo como lugar para a construção e resignificação das teorias da psicologia hospitalar.

A pretensão é discutir a possibilidade do saber ver e ouvir, como germinativos do fazer, ver e saber, isto é, ao ouvir a demanda da criança e de sua mãe, posso conhecer o *como fazer*, na assistência psicológica, para atendê-las. Assim, o sentido que dou à minha prática, dirigida a criança queimada, pode se constituir como um caminho/norte, fundamental para a compreensão do modo de fazer-com-elas, próximo à sua demanda. Isso seria, ao meu ver, um dos modos possíveis de *re-significar* a prática clínica, ou seja, a compreensão de como fazer, no atendimento psicológico, a partir do encontro com a criança e sua família, na situação de assistência interdisciplinar.

Inicialmente, o que se revela nos relatos da psicóloga/pesquisadora como ação clínica na prática hospitalar é a disponibilidade do profissional para acolher o desamparo sofrido pelos familiares e profissionais da equipe diante da morte. Nesses momentos, parece que o fazer psicológico é visto pelo grupo como um recurso²⁴ importante no auxílio à família diante do contato com a finitude. Compreendo que encarar, falar e experienciar o morrer, mesmo no contexto hospitalar em que a morte é um acontecimento habitual, é uma tarefa

²³ Cada sujeito/psicólogo atribui a clínica o seu próprio modo de ser e fazer.

²⁴ Meio através do qual atingimos um objetivo.

árdua, que poucos profissionais da equipe se dispõem a realizar. Nesse sentido, penso que o meu fazer clínico, na enfermagem de queimados, vem se constituindo como uma ação que poderá viabilizar significados/sentidos nas experiências da perda extrema e máxima: a da vida.

Para o enfrentamento das situações de morte, percebo que, mesmo sendo solicitada pela equipe para disponibilizar uma escuta clínica à família, esse procedimento acontece no fazer de outros profissionais, o que me permite revelar que essa *tarefa*, em tal circunstância, não é exclusiva da atenção psicológica. Apesar de compreender que o psicólogo, pela sua formação, mostra-se mais habilitado para acolher esse tipo de demanda. Conforme aponta o recorte abaixo de uma situação no hospital:

Nesse momento, chega a enfermeira da pediatria me avisando sobre a morte de um menino que tinha entrado no dia anterior em estado grave... ... Falo com as crianças e vou correndo... em disparada... para a enfermagem...

Meu coração acelera... e, às vezes, me sinto apagando incêndios. Qual seria a minha função naquele momento?

No entanto, é preciso lembrar que a queimadura é uma injúria física de alta complexidade, demandando um tratamento intensivo e amplo, no sentido da necessidade de múltiplas intervenções, provenientes de especialistas distintos trabalhando de modo integrado, uma vez que qualquer ação unicamente individual implica um agir de alto risco e custo – a saúde do paciente. Constato que, o acolhimento, assim como as informações prestadas pelo médico, apresentam-se como recurso significativo para a família suportar a dor da perda. Nessa perspectiva, caminho na direção da compreensão de que a clínica perpassa uma atitude interdisciplinar, como diz Figueiredo (1996). Nesse sentido, o fazer clínico do psicólogo dentro de uma equipe não pode restringir-se a algo ou a alguém específico, mas, por outro lado, permite mostrar sua especificidade e propriedade: ser cuidador do sofrimento humano. Conforme recorte abaixo:

O médico conversa com o pai... questiona-se sobre a perplexidade da vida e da morte... parece que não há lógica na cronologia dos acontecimentos nessa vida. Lembra ainda do ciclo natural da vida: primeiro vão os idosos para depois irem os jovens e as crianças... além da singularidade da dor da perda.

Considerando o âmbito da existência, no sentido heideggeriano, o homem revela-se no poder-ser, compreendido como existência. Ser possibilidade é modo de ser constitutivo

da existência. Por ser possibilidades, o sentido do que é humano é múltiplo: o homem se dá à conhecer na medida que se vai mudando de perspectiva, permitindo revelarem-se outras nuances do seu ser. Por essa mesma compreensão fenomenológica, fundamenta-se a interdisciplinaridade, como evidencia França (1989) ao trabalhar a idéia de que, pela fenomenologia, abre-se a possibilidade de compreensão de vários ângulos do fenômeno. Para cuidar do humano, é preciso levar em conta a sua pluralidade constitutiva, ou seja, o sujeito não pode ser compreendido a partir de um único campo do saber.

É fundamental, a aproximação com outros conhecimentos, que buscam entender o desamparo do homem na situação de trauma, como recurso para a prática psicológica dirigida à criança queimada, resguardando as especificidades de cada campo. Nesse sentido, o fazer clínico do psicólogo dentro de uma equipe não pode restringir-se a algo ou a alguém específico, mas, permite mostrar sua especificidade e propriedade: ser cuidador do sofrimento humano numa perspectiva interdisciplinar. Isso pode ser evidenciado nas narrativas, que mostram os procedimentos clínicos prestados conjuntamente ao paciente, como nos recortes abaixo:

(...) Psicóloga/Pesquisadora - Leandro... não está doendo agora!!...

A terapeuta ocupacional (T.O.) chega para posiciona-lo de modo mais confortável na cadeira.

Terapeuta Ocupacional - Mãe... pega aqui...

Leandro - Ai.. ai... ai...

T.O. - Deixa eu por aqui embaixo um coxim... para apóia-lo...

Enfermeira (E.) - Olha ai homem!!... você está sentado!!...

Vou empurrando a cadeira até a sala... Ele pára de chorar.

(...) Psicóloga/Pesquisadora - Parece que as crianças se sentem mais seguras...

Janaína (auxiliar de enfermagem) - Você diz.. eles podem sentar na cadeirinha... eles acreditam... É muito bom... o trabalho em equipe...

(...) Márcia (Médica pediatra) - Eu acho que repercute bem... a criança tendo um suporte psicológico... vai aceitar melhor aquele trauma e aquelas seqüelas... Isso vai facilitar o tratamento como um todo... A criança não vai ficar assim... tão revoltada... tão deprimida... A depressão prejudica o sistema imunológico, facilitando a infecção... Se ela tem um suporte que diminua a depressão... isso ajuda no tratamento. O apoio psicológico também ajuda no relacionamento da criança com toda a equipe!!!

Desse modo, durante o atendimento psicológico com outros profissionais da equipe, vejo a minha intervenção situada numa perspectiva interdisciplinar que norteia a compreensão do *como fazer*, no ambiente hospitalar, frente ao fenômeno clínico que se revela

no atendimento à criança queimada. Assim, compreendo a minha prática clínica no hospital localizada numa *região de fronteira*, pois é essencial dispor de recursos teórico-práticos de várias disciplinas que dizem respeito ao conhecimento do humano na condição de morbidade, visando facilitar as minhas atitudes *coerentes* frente ao inusitado, próprio na assistência hospitalar e que demanda, por parte da equipe, ações imediatas para o atendimento da urgência.

Numa dimensão da minha prática hospitalar como interdisciplinar, reconheço o quanto a comunicação/linguagem apresenta-se como via importante para favorecer tanto a demanda de reconhecimento do sujeito/criança, que se mostra imbricada na situação de estar-queimado, quanto à demanda da equipe, revelada na atenção médico-hospitalar que exige procedimentos intensivos e invasivos no cuidado com a pele queimada. Na maioria das vezes, a criança não suporta os procedimentos do tratamento e a rotina hospitalar necessária para sua recuperação; com e na dor, resiste em colaborar com o tratamento. Nessas ocasiões, percebo como a palavra/fala, implicada na esfera da intersubjetividade, pode possibilitar uma condição de abertura para uma afetabilidade que, no espaço intersubjetivo entre e com a criança, a sua mãe e a equipe, permite uma compreensão de sentido demandada e, assim, nela e através dela, o ato clínico.

A clínica, no âmbito do adoecer do queimado, visa à compreensão do sentido dado pela criança à experiência de injúria, que minha atenção e cuidado podem possibilitar que a própria criança reconheça. Assim, a experiência vivida no estar-junto-a veicula não apenas a minha palavra própria, mas também a da criança, podendo configurar uma relação em que ela poderá ser vista, na sua alteridade, em mim.

Compreendo, assim, que o meu *encontro* com a criança queimada envolve uma construção de vínculos significativos, que facilitam a condição de conhecimento, compreensão e comunicação para o cuidado e a cura na relação terapêutica. Nessa perspectiva clínica psicológica, posso comunicar à criança e a sua mãe, a partir da minha compreensão relacionada ao sentido de suas experiências, um nexos para as suas vivências de dor e de sofrimento, emprestando-lhes, assim, a minha subjetividade como instrumento para a elaboração e a atribuição de significados à existência enferma. Como se pode perceber no trecho a seguir:

(...) Psicóloga/Pesquisadora - Tudo isso vai passar... Eu sei que você está sofrendo... todos esses dias... está aqui... longe da sua casa... do seu pai... dos seus irmãos... Sua mãe também... esta aqui... cansada... agoniada...

P/P - Maria... não chore... Tudo vai passar... Todas essas feridinhas dele... vão cicatrizar... Calma... .. Leandro... na próxima semana... estaremos tirando essas faixas... a área doadora já terá cicatrizado!... Seus enxertos estão bem... Já foi passado o óleo... (Medicação que acelera a cicatrização) Você está com sono??... Não dormiu à noite... não foi??...

Esse posicionamento clínico, vem ser ratificado por Morato (1999, p.70) quando comunica que “*pela intersubjetividade no encontro terapêutico é que se revela a especificidade do fazer do terapeuta: a qualidade da sua função receptora ou empatia (...) uma “ressonância tonal”*”, e pelo recorte do atendimento a Leandro:

*(...) Leandro - Mãeee!!!... está doendo!!!!... está doendo!!!!
 Maria- Calma, meu filho...
 Psicóloga/Pesquisadora - Ooooh mãe!... que olhar é esse??...
 M -*

*(...) Psicóloga/Pesquisadora - Frederico... voltei!!!... Como você está se sentindo hoje?
 Frederico -
 Psicóloga/Pesquisadora - Estou tendo a sensação de que está triste...
 Você nem levanta a cabeça!*

Fazendo uma analogia entre o posicionamento clínico, visto acima, e a relação do ventríloquo com seu ouvinte/boneco, avistam-se duas falas: uma que diz respeito à comunicação do ator com sua palavra própria e uma outra, que nele representa a linguagem de seu boneco. Em tal contexto, o ator fala e responde suas próprias questões, dando significado à experiência do outro/mesmo nele. Na situação de atendimento psicológico à criança queimada, imobilizada em meio à extrema dor e que não consegue emitir sua palavra, a fala do psicólogo emerge como fruto da afetação sentida na relação com a criança, podendo comunicar o sentido de sua vivência.

Ouso considerar que esta comunicação, estabelecida com crianças que não conseguem falar, em decorrência da gravidade de estar-queimada, mostra-se como utensílio/utilitário instituído por mim, na prática clínica, sendo uma via reveladora das necessidades infantis que possibilita o cuidado. Um outro sentido que atribuo a essa comunicação é que falo para motivar ações necessárias ao bem-estar da criança queimada, perpassando, muitas vezes, por uma linguagem plural em que não sabemos definir propriamente de quem partiu a ação.

P/P - Haaa, que bom!!!... Mas... agora... precisamos mudar os lençóis da cama.

L - Não... não... não...

P/P - Está bem... não faremos isso agora... não volte a chorar!... Deixa-me só levantar um pouco mais a cama...

Esse modo de comunicação aparece nas mais diversas situações de atendimento psicológico no C.T.Q., como na enfermaria e na sala de curativo, revelando-se num estilo único, próprio às situações vividas com cada criança, dadas as suas diferenças pessoais, decorrentes das suas experiências singulares e coletivas. Pode ser vista como um utensílio/utilitário importante, do qual o psicólogo lança mão na assistência à criança queimada, para possibilitar a expressão da angústia sentida na sua situação de enfermidade. Não se mostra um utensílio exclusivo ao atendimento infantil, pois, às vezes, seu uso também se revela pertinente na atenção clínica psicológica ao adulto em estado físico debilitado.

A compreensão de utensílio se inscreve a partir do sentido grego das coisas como *pragmata*, ou seja, enquanto objeto de uma *práxis*, com uso determinado e disponível para uma ação. O homem é lançado no mundo. Nesse movimento, “*os significados das coisas não são senão os seus possíveis usos para nossos fins.*” (Vatimo, 1987, p.34). Ou seja, as coisas são vistas como utensílios, relacionadas às necessidades próprias ao cuidar de ser, fundadas a partir da *serventia para*. Essa compreensão é definida por Heidegger como ver-em-torno, o que possibilita ao homem usar instrumentos com a intenção de fazer algo.

Dessa feita, a comunicação/utensílio/utilitária pode se prestar ao cuidado, numa ressonância com o pensamento heideggeriano. Dirige-se não apenas à criança, na sua possibilidade de cuidar de si, ao elaborar sua experiência de sofrimento, mas ao psicólogo na sua tarefa de cuidar do outro, cuidando assim de ser. “*O ser-ai cuida de ser, cuidando dos entes que lhe fazem frente.*” (Almeida, 1995, pg.08).

Observo, nas minhas atividades, que a experiência de doença mobiliza por completo a vida da criança, repercutindo, inclusive, no relacionamento familiar. As crianças buscam amparo na mãe como forma de acolhimento. As experiências da mãe e da criança frente à queimadura parecem se engendrar intensamente entre si. Com essa compreensão, percebo que diante da experiência de doença e de ser acompanhante, essa procura fica afetada pelo sofrimento vivido também pela mãe, que demanda, assim, atenção e cuidado. A equipe de saúde pode contribuir exercendo o papel de *mãe/ambiente* para a díade em situação de sofrimento, oferecendo-lhe informações, apoio, confiança e acolhida.

Ainda no campo da comunicação entre criança e psicólogo, compreendo que o choro infantil e a fala da genitora são meios possíveis para que a criança deles lance mão, a fim de revelar as suas necessidades e a dor sentida no sofrimento físico. Este imbricamento mãe/criança é visto como um apelo da criança em sua mãe, para comunicar o desamparo na situação em que se encontram. Magalhães (2000) se reporta a Freud quando fala da importância do grito e do choro na manifestação infantil. Compreende-os como modos instituídos de linguagem, que convocam uma resposta, um apelo, pois *desde a origem, a criança se alimenta tanto de palavras quanto de pão*. (p.29)

Percebo que a mudança positiva nas atitudes da criança em relação à convivência durante a hospitalização e o enfrentamento do tratamento é amplamente favorecido pelo atendimento psicológico, seja com a criança ou com a mãe, como se pode perceber nos recortes abaixo:

*(...) Psicóloga/Pesquisadora (P/P) - Leandro... como você está agora??...
Pelo menos... não está chorando...*

Leandro (L) -

Maria - Ele disse que parou de doer.

(...) Sônia (S) - Ela fica com medo... de quem se aproxima dela...

P/P - É!!... A criança costuma ficar assustada diante de tantas situações de sofrimento e de pessoas estranhas.... Mas... hoje... não é dia de curativo. Hoje... é dia dela ir para a salinha terminar o desenho que ela deixou outro dia. Vamos?!?!... Mariana...

Mariana (M)- Não!!....

P/P - Por que você não quer??...

Mariana -

S - Vá filha!!...

(...)

Fomos caminhando até a salinha de Psicologia Infantil junto com a sua mãe. Quando chegamos...

S - Mariana... vou arrumar a cama... você fica aí...

M -

P/P - Mariana... sente aqui...

Puxo a cadeira e ajudo-a sentar porque estava com dificuldades.

M - Cadê o desenho??...

P/P - Olhe-o aqui... eu guardei... como lhe disse.

M - Jorginho... já veio aqui??...

P/P - Veio... A maioria das crianças veio aqui...

M - Cadê os lápis??...

Entrego-lhe os lápis e ela começa a pintar. Depois de um tempinho...

P/P - De quem é essa casa??...

M - A minha casa...

No território interdisciplinar das práticas hospitalares, percebo, ainda, entre os diversos procedimentos na assistência à criança queimada, ações que costumam ser identificadas, especificamente, como clínico-psicológicas e outras de natureza educacional. Haveria um campo peculiar para o fazer psicológico nessas tarefas junto ao paciente? Essa indagação, feita anteriormente nas páginas iniciais, retorna aqui instigando a busca de respostas. Nesse trajeto de ressignificação, tenho percebido que o meu fazer clínico assemelha-se a uma prática mais situada no campo do Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, que desde o seu surgimento era considerado muito mais como uma modalidade de procedimento em psicoterapia.

O Aconselhamento Psicológico, como prática específica do psicólogo, vem se mostrando como um conjunto de meios que possibilitam a atenção às demandas clínicas referentes ao sujeito situado no mundo, semelhantes àquelas comunicadas pela criança queimada no hospital, pela sua mãe e pela equipe de saúde.

Nessa perspectiva, as instituições podem servir como espaços narrativos dos acontecimentos vividos. Desse modo, penso, que o C.T.Q. pode ser um lugar de elaboração das situações coletivas, no qual o paciente e o seu acompanhante comunicam, pela história do acidente, o desamparo vinculado às difíceis situações de vida, como viver sem comida, moradia e emprego.

Nesse contexto, trata-se de um dispositivo específico à prática do psicólogo e que resgata a vocação institucional desse fazer, diverso do que se aplica, comumente, nas instituições hospitalares. Vejo o Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, no âmbito hospitalar, como dispositivo que viabiliza alternativas para o atendimento às demandas trazidas pela comunidade e compreensão dos fenômenos interdisciplinares (Morato, 1999). Desse modo, o campo do aconselhamento psicológico pode contemplar dimensões da política e da ética, a partir de reflexões sobre as diferenças entre homens, reveladas no nosso dia-a-dia pela prática clínica.

Nas práticas assistenciais ao paciente queimado, observei que, quando a equipe veicula a informação sobre os acidentes domésticos, promove ao paciente a sua formação como agente social de mudança em sua comunidade. Ou seja, as ações dos profissionais de saúde fomentam a cidadania, possibilitando que a criança e a mãe conservem, dentro do possível, na hospitalização, o seu poder de decisão frente ao tratamento.

Na situação de enfermidade, pode ocorrer uma *aprendizagem significativa* que promove o conhecimento pela experiência vivida. O saber que se adquire nesse particular contexto, em que se encontra hospitalizado, advém não apenas das orientações da equipe sobre os aspectos preventivos e curativos da injúria, mas, sobretudo, do sentido atribuído a essa vivência de sofrimento de estar sem pele e de presenciar a morte do outro. É comum se ouvir na enfermaria – *a minha vida nunca mais será a mesma, não dá para esquecer o que se passou aqui.*

Aqui é importante referendar que encontro no pensamento de Gendlin (1962) uma ressonância com o que afirmo acima. Este autor conceitua experiência e vivência, promovendo uma distinção entre ambas, ao comunicar que a vivência não envolve um processo de elaboração, enquanto que a experiência é fruto da elaboração do vivido, sentido na integração das dimensões cognitivo-afetivas, podendo viabilizar a ressignificação das experiências do sujeito em crise. Parafraseando este autor, Morato (1999), comunica que a experiência é compreendida em conexão com a linguagem e as situações de vida.

No Centro de Tratamento de Queimados me deparo com situações novas e inusitadas que me remetem a ações clínicas – educacionais criativas e imediatas para o atendimento às demandas fenomenalizadas, como podemos ver abaixo:

No caminho, deparo-me com a tia da criança... que já vinha chorando... Voltei com ela até a minha sala... Peguei duas cadeiras e iniciamos um atendimento do lado de fora – no espaço do corredor, uma vez que a sala estava ocupada com as crianças...

Quando ela volta... saio para pegar o comprimido. Solicito à enfermeira essa medicação, explicando a situação. No caminho de volta à sala... encontro o médico... - chefe do C.T.Q. - comunico sobre o atendimento que estou fazendo aos familiares “daquela” criança. Ele me acompanha para falar com eles...

*... Na **quinta – feira** pela manhã, chego às 7:30 na enfermaria infantil... encontro os acompanhantes já aguardando o início do curativo dos filhos. Falo em acompanhantes porque... excepcionalmente neste dia... tínhamos três pais com seus filhos, devido a dificuldades familiares. Sinto... há algo mais acontecendo... além da expectativa natural frente àquele procedimento...*

*... Na **sexta-feira**, novamente, chego para trabalhar... já encontro... o cirurgião plástico conversando com Leandro... combinam sobre a sua alta hospitalar, e... enquanto o médico estava com a criança... convido a mãe para um atendimento...*

Esse recorte de um atendimento no C.T.Q. indica que o fazer psicológico, nesse contexto, se aproxima de uma modalidade de prática que perpassa, constantemente, por

atitudes novas, norteadas, principalmente, pela experiência vivida nos atendimentos. Cada dia no hospital, as situações demandantes são diferentes e desafiam as respostas teóricas instituídas para o fazer psicológico neste lugar, aproximando-se, assim, de uma compreensão de prática clínica, vista no sentido de ação como práxis, determinada por si mesmo, sem uma pré-determinação a priori, conforme destaca Arendt (2000).

É fundamental não esquecer que a demanda que chega ao C.T.Q. é proveniente do trauma da queimadura, uma demanda essencialmente médica que, implicitamente, solicita uma atenção psicológica, podendo ou não ser aceita pelo paciente. Nesse momento, é notável na situação de emergência, algo que urge no sujeito, pedindo respostas/sentidos sobre a sua vivência de sofrimento extremado. Nesta direção, avisto os procedimentos em Plantão Psicológico como um recurso importante que acolhendo ao inusitado, na urgência do trauma, demanda por parte do psicólogo uma abertura e prontidão para um fazer não planejado.

Nesse sentido, penso que os procedimentos psicológicos no C.T.Q., estão encaminhando para uma concepção de atenção na modalidade de Plantão Psicológico, reafirmando o que Morato (1999) realça quando diz que a prática do Aconselhamento Psicológico em instituições pode acontecer pela via do Plantão Psicológico. O interessante é que a minha atuação já se dava no campo teórico-prático do Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa sem que me apercebesse disso.

Entendo, a partir da minha experiência, que o Plantão é um trabalho clínico que vem favorecendo, significativamente, as intervenções junto às demandas clínicas hospitalares. É um tipo de atenção prestada, de pronto-atendimento, que visa o acolhimento do sujeito num espaço de escuta, no exato momento em que procura ajuda. Percebo, assim, outra possibilidade de agir nos procedimentos de assistência no C.T.Q., que ainda não tinha sido revelada, embora presente nas minhas atitudes, impregnadas de conhecimento tácito, advindo do *fazer fazendo* frente às situações hospitalares. Mas, lembro que a criança e sua família que procuram o C.T.Q. trazem não apenas a dor de existir, mas uma dor extremada pela condição da criança estar queimada, necessitando ser atendida nessa urgência física para depois ser ouvida em seu outro sofrimento.

Um outro enfoque que gostaria de chamar atenção, nessa tarefa de ressignificar a minha prática, é de evidenciar o brincar, pela criança, como via importante para a retomada de sua vida, comprometida pela ruptura, em meio à situação de crise, de dor e de desconfiguração de si. Nessa vivência, o medo é marcante nas comunicações, revelador do desamparo vivido e da falta de perspectiva diante da recuperação, tendo em vista que a queimadura deixa seqüelas irreparáveis. Dessa feita, a atividade lúdica, junto à criança, serve

de acesso ao impronunciável, viabilizando expressões facilitadoras sobre o trágico vivido que possibilita, por sua vez, o enfrentamento necessário ao tratamento e à reinserção social da criança queimada, conforme evidencia o recorte abaixo:

(...) As mães das duas meninas logo saíram da sala e as meninas começaram a brincar com uns animaizinhos e panelinhas. Acharam duas bonequinhas, uma mamadeira e seringas, começaram a contar, enquanto brincavam, acerca de uma situação que envolvia o cuidado com as bonecas, dando injeções uma na outra e depois em mim. Sorriam... Pareciam bem felizes?! Esqueceram por momentos, seus sofrimentos?!...

Magalhães (2000) aborda sobre o jogo do Fort-da, descrito por Freud como um modo de brincar, repetitivo, que a criança desenvolve nas situações de crise para minimizar sua angústia de separação.

*(...) Depois me volto para a menina... pergunto: ainda quer desenhar? Ela responde que sim e, então, pego o material para o desenho. Mas... quando ela começa a atividade a sua mãe chega chamando-a para ir embora. **Quanta interrupção!!!...** Ela pede para ficar mais um pouquinho... **Seria uma necessidade de fechamento daquela situação vivida??...** Desenha um pouco e depois tem que ir embora, pois a ambulância da sua cidade de origem a esperava. **Quanta urgência!!!...** Saímos da sala.*

(...) Lembramos, ainda, que a vida cotidiana nos impõe um ritmo acelerado e de interrupções, que conduz o sentimento na mesma direção... limitando a sua vivência, expressão e elaboração. Parece que... aquilo que não segue o ritmo... desaparece!!!

Reportando-me à compreensão das minhas narrativas sobre a ação psicológica dirigida à criança queimada, encontro a riqueza de possibilidades de fazeres que legitimam, na prática, a diversidade do fazer clínico psicológico no Centro de Tratamento de Queimados. As narrativas revelam atuações de natureza clínica e educativa, tais como o *toque* e orientações que dizem respeito ao quadro clínico da queimadura, demonstrando ser duas vias facilitadoras e reveladoras do trabalho do psicólogo no campo da saúde que contemplam a dimensão da *atenção e do cuidado*.

Ancorada na perspectiva de que o toque pode ser visto como um meio facilitador a atenção psicológica à criança queimada, revisito Magalhães (2000), que evidencia a relação de corpos entre mãe e filho, ressaltando, a partir da pesquisa de Carlson, a influência do abraço/toque sobre as funções hormonais que regulam o crescimento da criança. Nessa compreensão, a ausência ou o excesso de afeto, denominado - *toques de amor*, desencadeia graves conseqüências ao desenvolvimento da criança, seja causando prejuízo no crescimento infantil, ou determinando limites na capacidade intelectual da criança. A autora recorre a Lacan entendendo o afeto como linguagem não-verbal, visto como mensagem entre dois

corpos. Dessa forma, penso que em alguns momentos na relação com a criança, posso ser representante de uma figura significativa e pelo toque transmitir afeto e segurança. Posso falar da existência de uma *química do afago*.

(...) L - Minha barriga... mãe... minha barriga....

P/P - Mostre para mim... onde está doendo??... Mostre-me!!...

L - Aqui... Está doendo...

A criança aponta para uma parte da barriga que já está cicatrizando, mas que ainda denota uma grande diferença em relação à aparência da lesão anterior antes do enxerto de pele. Ele continua chorando.

P/P - Haaa!!... Eu vou ali pegar uma luva para alisar essa barriga... Acho que vai melhorar...

P/P - Leandro... você disse que é aqui... não??...

L -

P/P - Leandro... está doendo aqui???... .. Calma!!!... Que tanto choro e tremor são esses???

Toco em sua barriga acariciando-o enquanto lhe comunico a minha compreensão sobre o seu sofrimento.

P/P - Sei que é muito difícil você olhar para a sua barriga... Está ainda muito diferente e estranha!!!...

L - Mãeee!!!... está doendo!!!!... está doendo!!!!

M- Calma meu filho...

Ainda, nessa perspectiva, compreendo que o toque/contato físico, situa-se na compreensão do utensílio/utilitário ao atendimento infantil, como colocado anteriormente. Faço uso do toque/contato físico constantemente nos atendimentos infantis, por este ser uma ação concreta, direta e imediata que, na minha experiência clínica, tem se revelado facilitador da comunicação com a criança, como também da elaboração da sua condição de estar queimada, que muitas vezes é uma situação incompreendida devido a sua complexidade. Desse modo, facilita também a ampliação da sua experiência em lidar com seu corpo, ressoando sobre a reconfiguração da sua imagem e esquema corporal.

Nessa compreensão, recorro a Montagu (1988). Segundo ele, a pele é o mais antigo e sensível órgão do nosso corpo, como uma roupagem nos envolve, protege e é o nosso primeiro meio de comunicação com o exterior. Existe a pele externa e a interna, é o órgão do sentido mais flexível e extenso. *Talvez, depois do cérebro, a pele seja o mais importante de todos os nossos sistemas de órgãos.* (p.22)

A pele está em conexão com o sistema nervoso central e possui uma extensa representação cerebral, permite que o organismo aprenda o que é o seu ambiente, tenha

projetado nela as várias experiências da vida e sobreviva. Sem a pele e suas funções, o ser não sobrevive.

Seguindo a minha compreensão sobre a atuação no C.T.Q., encontro ainda outra modalidade de prática clínica, agora contemplando o atendimento às mães. Faço referência aos atendimentos em grupo que nesta ressignificação, consigo percebê-los próximo a uma outra modalidade de prática clínica inserida no campo do Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, a Oficina de Criatividade.

Essas oficinas focalizam a experiência de *hospitalização*, podendo caminhar pelas várias nuances e peculiaridades de tal situação. São oficinas heterogêneas e abertas devido à alta rotatividade de pacientes e pela intensa dinâmica do funcionamento hospitalar, que, por vezes, impossibilita a participação das mães/acompanhantes. Além disso, há uma oscilação natural na disposição afetiva das mães como uma condição que interfere na sua participação nesses encontros. A coordenação de um das oficinas é feita em conjunto com a psicologia, o serviço social, a enfermagem e, algumas vezes também, pela nutrição, cuja tarefa principal é trabalhar a rotina hospitalar que envolve as regras de funcionamento do serviço e do hospital, bem como os cuidados à criança. Tem caráter educativo.

Outra oficina é coordenada pela psicologia, busca possibilitar a comunicação dos sentimentos relacionados à experiência de hospitalização, facilitando o contato interpessoal das crianças, acompanhantes e equipe, conforme realça os recortes abaixo:

No início do grupo... falo sobre os objetivos daquele encontro... geralmente existem participantes novatos... lembro ainda... a responsabilidade do sigilo acerca do que for dito ali... Passamos a trabalhar sobre a necessidade deles... Queixam-se sobre as dificuldades no refeitório pela manhã... sugerem que seja autorizado servir o café da manhã na enfermaria... eles estão aguardando o início dos curativos das crianças.

Falo sobre a diferença entre as rotinas familiares e a da instituição... questiono como está sendo a adaptação àquele ambiente tão diferente... a vida cotidiana... Lembram o que já tínhamos trabalhado em um grupo anterior sobre o quanto é difícil quando chegam ao hospital... Confirmam o quanto vem sendo positivo e agradável o internamento... que estavam surpresos com a qualidade no atendimento. Continuaram dizendo... sentem-se à vontade... até para fazer aquele pedido!!... A nutricionista falou tudo que eles quiseram saber... Lembro... é difícil atender a necessidade de todas as pessoas naquele hospital!!... Fiz uma analogia com a Torre de Babel... Eles compreenderam... concordaram... Trabalhamos ainda a dificuldade de duas mães em descerem para o refeitório... O grupo comprometeu-se em estimular essas mães a irem fazer as refeições.

Nas oficinas facilitadas pela psicologia, geralmente, as mães/acompanhantes já estão lidando bem com a rotina hospitalar e a do tratamento, conseguindo questionar, com mais propriedade e espontaneidade, as repercussões da queimadura na vida dos seus filhos. Pode-se lançar mão a recursos auto-expressivos (massa de modelar, papel, lápis grafite, lápis de cera, recorte e colagem) oferecidos no grupo, como meio de facilitar essa comunicação. As questões trazidas nesse momento, geralmente, estão situadas em torno de como ficará a imagem corporal do filho, do tempo necessário à hospitalização, sobre a continuação do tratamento após a alta hospitalar e sobre o como será o retorno à *vida normal*²⁵

Nas oficinas de criatividade, também é possível tecer reflexões sobre a importância das atitudes de prevenção, principalmente de acidentes domésticos, no cuidado com a criança. O movimento e a produção artística do grupo aponta para uma facilitação na elaboração da experiência do trauma e da hospitalização. No geral, as tarefas visam assistir a criança e sua família nesse devir que inclui uma nova imagem corporal do filho.

A troca de depoimentos entre as participantes, no grupo e fora dele, é uma prática

²⁵ A expressão “vida normal” refere-se a retomada das atividades que a criança tinha antes da queimadura.

que revela a singularidade da experiência de hospitalização para cada sujeito. As mães/acompanhantes ensinam umas as outras, direitos e deveres no acompanhamento do filho e também sobre a função de ser acompanhante, sugerindo atitudes mais coerentes no cuidado com as crianças, não só durante o tratamento.

Percebo, ainda, que a oficina de criatividade representa para as mães um fórum para a *resolução de problemas*, onde se sentem autorizadas a falar dos seus incômodos, sendo ouvidas e acolhidas em suas queixas e angústia. A oficina já tem seu lugar definido na rotina de funcionamento da enfermaria pediátrica de queimados. Fazendo uso de uma metáfora, posso afirmar que a oficina pode ser comparada a um *termômetro* que mede o modo/grau das inter-relações entre equipe/criança/família, realçando a *adesão* delas ao tratamento.

Vale ressaltar que, no início de cada oficina, é estabelecido um contrato de trabalho, pontuando a importância do sigilo, no que se refere às histórias de vida e sentimentos pessoais de cada participante. Com isso, é facilitada a expressão dos sentimentos e a confecção de trabalhos, pela confiança que sentem, de serem estas experiências resguardadas, estimulando, assim, um clima de solidariedade e de companheirismo que minimiza o sofrimento durante a hospitalização.

Compreendo o significado dessas oficinas de criatividade a partir do significado que lhe foi atribuída pelas acompanhantes e pela equipe. Objetivando o tratamento das crianças, acredito que as oficinas têm possibilitado a seus participantes tomadas de decisão mais apropriadas. Esse fato evidencia uma ação política que transcende o âmbito hospitalar, pela promoção, sem dúvida de cidadania.

Aproxima-se o momento de arrematar as inquietações levantadas por mim no percurso desta pesquisa. É preciso afirmar que, na elaboração desta tarefa, pude atribuir algumas resposta/sentidos no que diz respeito ao fazer clínico psicológico destinado à criança queimada. Contudo, me apercebo, ainda, desassossegada por me deparar com e reconhecer a “in-conclusão” da tarefa de compreender a complexidade da prática psicológica no âmbito hospitalar.

Na minha experiência de atenção à criança queimada, entendo que o fazer clínico psicológico aponta para uma prática clínica em instituição e que é singular, própria a cada situação vivenciada, na qual deve-se levar em conta a historicidade do sujeito. Nesse sentido,

não se pode universalizar ou mesmo transferir o conhecimento que se adquire num determinado contexto clínico para outro. Considerando a clínica como inclinar-se em direção ao outro, escutando o inusitado que se mostra e traz um apelo para ser acolhido, é pertinente compreendê-la como um território fértil a novos/diferentes começos e ressignificações.

Assim, acredito que não cabe falar em conclusão dessa trajetória de pesquisa, mas sim em um *ponto e vírgula* no extenso e difuso caminho de compreender o *saber-conhecer* na Clínica, que se constrói no *fazer/fazendo-curioso*. Ou seja, realço um fechamento “inconclusivo” nesta pesquisa, que me remete à compreensão de um fazer clínico plural, em que a prática clínica estaria mais voltada para a arte/criação do que para a padronização da técnica psicológica no âmbito hospitalar, sendo essa uma entre outras possibilidades de ressignificar a minha prática clínica na atenção à criança queimada.

Compreendo, ainda, que a agonia vivida por mim, na confecção desta dissertação, principalmente durante a compreensão e transcrição dos significados da prática, me remetem ao sentimento da equipe de saúde e, ao meu próprio, com a criança queimada e sua família, que no desespero de estar sem pele, sem *abrigo*, nos transmite a sua dor e desamparo, clamando por atenção e cuidado. Quero dizer, dada às incertezas próprias ao tratamento e recuperação da queimadura, somando-se as carências sócio-econômico-cultural e afetiva da população atendida, vivenciamos sentimentos da ordem da impotência, frustração, desamparo que podem nos impulsionar a automatização de atitudes ou a imobilidade para a ação. O fluxo dos acontecimentos na enfermaria demonstra instabilidade constante, mesmo quando se usa a técnica, puramente, em protocolos de rotina no cuidado hospitalar. Isso leva a equipe a revisitar, permanentemente, os procedimentos, dificultando assim a mecanização de atitudes.

Desse modo, ao escrever sobre o sentido da minha prática clínica no âmbito hospitalar, encontro uma *ressignificação em ação*: a minha prática clínica revela ser norteadada muito mais por uma ética, um *estar em casa*, instituída e legitimada pelas experiências de *estar-junto*, esforçando-se para acolher o outro, sem determinações a priori, do que por um respaldo teórico/representativo. Trata-se do cuidado de si pelo outro que se cuida – ou o cuidar de ser de cada um e de todos. Portanto, fica clara a impossibilidade de contornar a ação clínica do psicólogo no contexto hospitalar, pois esta não é dedutível, objetivante ou concebida a priori, exceto no momento da sua experientiação. É uma prática ética e política e a sua tarefa acontece na e pela experiência, aproximando o fazer psicológico da arte-criação do artesão, quando desenvolve seu ofício.

Além dessas considerações, vislumbro a possibilidade de mudança na postura do psicólogo clínico na saúde, através de modificações curriculares no período de sua formação

profissional, que poderá privilegiar a produção científica de novos conhecimentos científicos pela articulação e manutenção da *tensão* entre o conhecimento explícito – as teorias instituídas – e o conhecimento tácito, presente, na experiência pessoal de cada sujeito.

Dessa forma, este trabalho, promovendo um sentido para a minha prática, poderá ser útil como referência às ações de psicólogos que atuam na atenção à criança nas diversas unidades públicas de pediatria no âmbito hospitalar. Além disso, nas entrelinhas deste texto, penso ter sido possível discutir o campo da teoria e aplicação da Psicologia como norteador sobre um jeito de ser psicólogo, revelador de uma ética, política e estilística do ser em ação. Definindo, assim, a clínica psicológica como o cuidado de si pelo outro.

O cuidado é uma constituição ontológica sempre subjacente a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz (...) cuidado subministra preliminarmente o solo em que se move toda a interpretação do ser humano. (Boff, 1999 p.89)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, F. M. *Cuidar de Ser – Uma aproximação do pensamento Heideggeriano*. Dissertação de Mestrado, PUC – São Paulo, 1995.
- ANCONA-LOPEZ, M. Teoria e Prática Clínica. In: INTERAÇÕES: Estudos e Pesquisas em Psicologia. Revista Semestral do Programa de Pós – Graduação em Psicologia da Universidade São Marcos. Vol.IV, nº7 São Paulo, 1999. p.09-18.
- ANGERAMI, V.A.C. O ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. In: ANGERAMI, V.A.C. (org.) *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira 2000 p.07-21.
- _____ Pioneirismo e as pioneiras. In: ANGERAMI, V.A.C. (org.) *O Doente, a Psicologia e o Hospital*. São Paulo: Pioneira, 1992. p.01-25.
- _____ (org.) *A Psicologia no Hospital*. São Paulo: Traço, 1988.
- _____ (org.) *Psicologia Hospitalar – A atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984
- ARENDT, H. *A Condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 10ª ed. 2000.
- ARENDT, H. *A Vida do espírito: o pensar, o querer, o julgar*. Rio de Janeiro: Relume Dumará / Ed. UFRJ, 1992.
- BEGLER, J. *Psico-higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BENJAMIN, W. O Narrador. In: *Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaio sobre Literatura e História da Cultura*. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994 p.197- 221.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano. Compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CHIATTONE, H. B. C. A Criança e a Hospitalização. In: ANGERAMI, V. A. C. et org. *A Psicologia no Hospital*. São Paulo: Traço, 1988 p. 40-132.
- CHIATTONE, H. B. C. A. Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI, V.A.C. et org. *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2000. p.73-165.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA *Psicologia e Legislação: Estrutura e Funcionamento dos Conselhos*. Nº 08, 1999.
- CRITELLI, D. M. *Analítica do Sentido: Uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. São Paulo: EDUC: Brasiliense, 1996.

- DIMENSTEIN, M. D. B. *O Psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais*. Estudos de psicologia, 3(1), p.53-81.
- ENRIQUEZ, E. Instituições, Poder e “desconhecimento”. In: ARAUJO, J. N. G. e CARRETEIRO, T. C. *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001 p. 49 a 74.
- EVANS, R. I. *Carl Rogers: O homem e suas idéias*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- FERREIRA, A. B.H. *Minidicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993 3ª ed.
- FIGUEIREDO, L. C. *Sob o Signo da Multiplicidade*. Cadernos de Subjetividade. Centro de Pesquisa da Subjetividade. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992. Nº 01 p.89-95.
- FIGUEIREDO, L. C. *Revisitando as Psicologias – Da Epistemologia à Ética das Práticas e Discursos Psicológicos*. São Paulo: Educ: Petrópolis , Vozes,1996.
- FRANCISCO, A. L. *Instituições e Dispositivos Institucionais: Processos de subjetivação e seus efeitos*. Tese de Doutorado, PUC, 2000.
- FRANÇA, C. *Psicologia Fenomenológica: uma das maneiras de se fazer*. Campinas: Ed. UNICAMP, 1989.
- GENDLIN, E. T. *Experiencing and the creation of meaning*. Nova York: The Free Press o Glencoe, 1962.
- GUATTARI,F; ROLNIK, S. *Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1993 3ª edição.
- HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*. Petropóles:Rio de Janeiro, 1995
- LASH, C. *O Mínimo EU*. São Paulo: Zahar, 1988.
- LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001.
- LUPO, E. M. N. G. *Uma Instituição, um Rio: Estórias de Mútuo Engendramento*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Unip, 1995.
- MAGALHÃES, S. C. Toques de Amor ou Toques de Fala? In: *Revista Marraio – A Criança e o Laço Social. Formações Clínicas do Campo Lacaniano*. Nº 0, Rio de Janeiro, 2000. p. 25-32.
- MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: plantão psicológico. In: ROSENBERG, R. L *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU, 1987.
- MERCADANTE, M. *Negociando o diagnóstico clínico*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica/ PUC/SP.

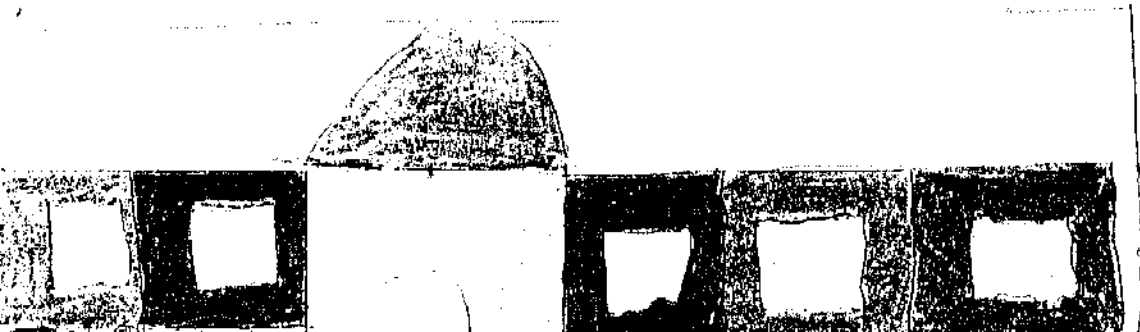
- MONTAGU, A. *Tocar. O Significado Humano da Pele*. São Paulo: Summus, 1988.
- MORATO, H.T.P. et org. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: Novos desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- OKLANDER, V. *Descobrendo Crianças: a abordagem gestáltica com crianças e adolescentes*. São Paulo: Summus, 1980.
- ROGERS, C. R. *Tornar-se Pessoa*. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- PAGÉS, M. O sistema sociomental hospitalar. In: ARAUJO, J. N. G. e CARRETEIRO, T. C. *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001 p. 245 a 260.
- ROLNIK, S. *Lygia Clark e o Híbrido arte/clínica*. Texto / conferência proferida em dezembro de 1994 no Parque Laje. (Rio de Janeiro) e publicado na revista *Percurso* nº16 1/1996.
- SANTANA, A. M. *A experiência do usuário como via de re-significação das práticas psicológicas na rede pública de saúde*. Dissertação de Mestrado, UNICAP – Pernambuco, 2001.
- SCHMIDT, M. L. S. Ecletismo e Dogmatismo na adesão às teorias Psicológicas. In: *INTERAÇÕES: Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Revista Semestral do Programa de Pós – Graduação em Psicologia da Universidade São Marcos. Vol.IV nº7 São Paulo, 1999. p.19-41.
- SCHMIDT, M. L. S. A experiência de Psicólogos na Comunicação de Massa. Tese de Doutorado, 1990.
- SCHMIDT, M. L. S. Aconselhamento Psicológico. In: ROSEMBERG, R. L. et org. *Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa*. São Paulo: EPU, 1987.
- SCHMIDT, M.L.S. Aconselhamento Psicológico e Instituição: Algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In: MORATO, H.T. et org. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 1999.
- SCHMIDT, M. L. S. e OSTRONOFF, V. H. Oficina de Criatividade: Elementos para a explicitação de propostas teórico práticas. In: MORATO, H.T. et org. *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios*. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 1999. p.329-338.
- SEBASTIANI, R. W. História e Evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva Latino-Americana. In: ANGERAMI, V.A.C. et org. *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2000. p.201-222
- SERRA, M. C. ; GOMES, D.R. *A Criança Queimada*. Teresópolis-RJ: Eventos, 1999.
- TARDIVO, L. S. L. P. C. *O Teste de Apercepção Infantil e o Teste das Fábulas de Duss*. São Paulo: Vetor, 1998.

TRINCA, W. *Formas de Investigação Clínica em Psicologia*. São Paulo: Vetor, 1997.

VATTIMO, G. *Introdução a Heidegger*. Rio de Janeiro: Edições 70, 1987.

WEBSTER'S *New Collegiate Dictionary*. Springfield, Mass.: C & C Merriam, 1974.

ANEXO I - DESENHO FREDERICO



UNICAP - BIBLIOTECA CENTRAL

3

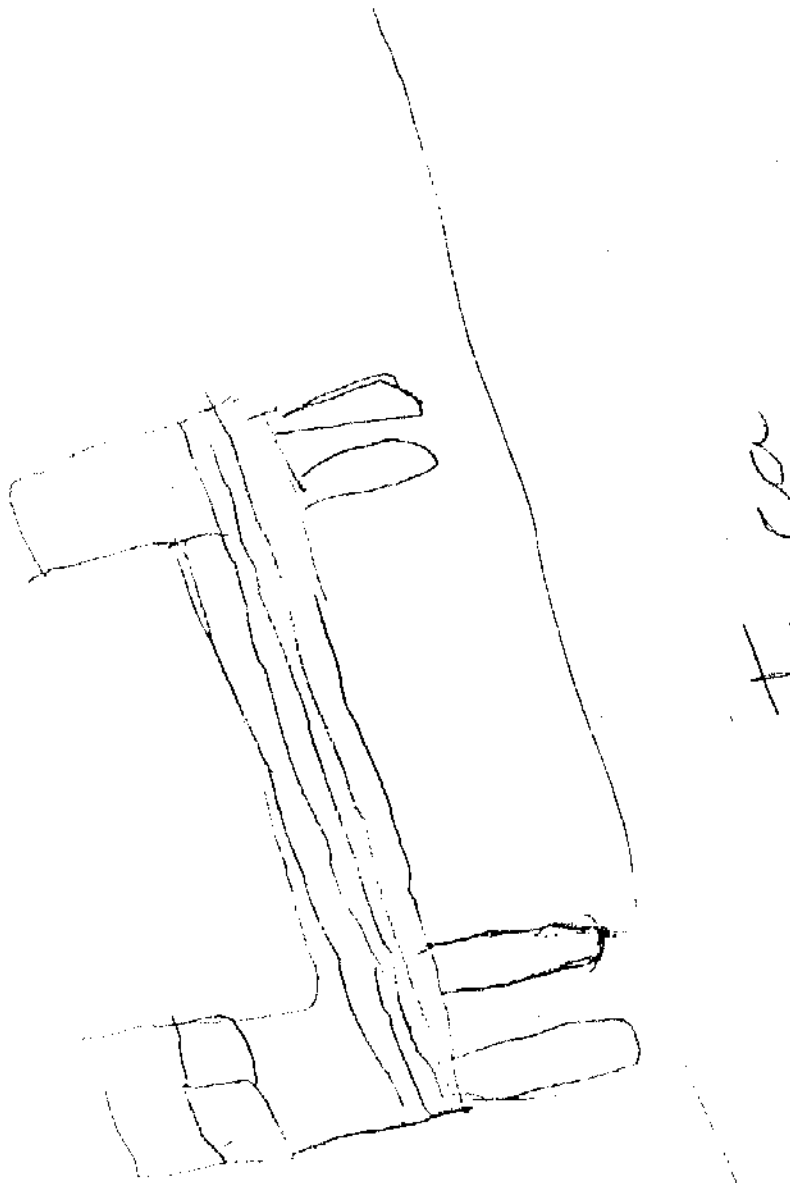
1

2

3

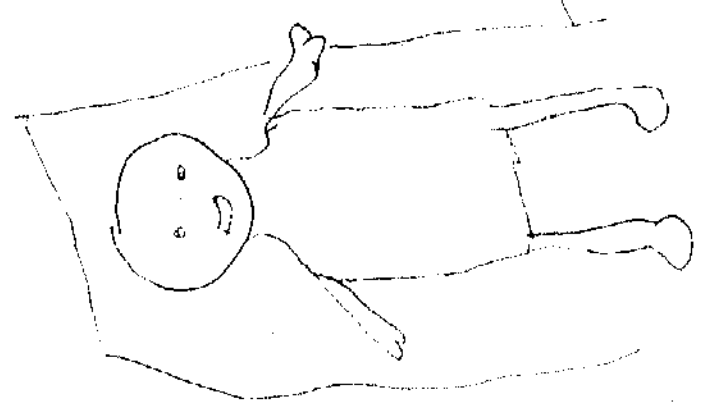
4

ANEXO II - DESENHO LEANDRO

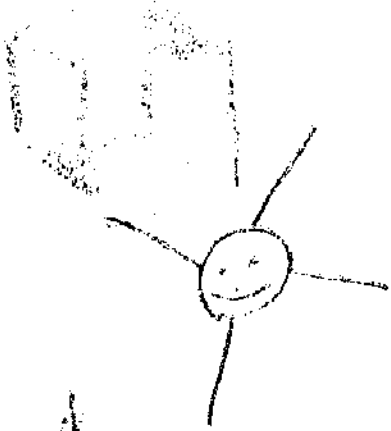


Terca

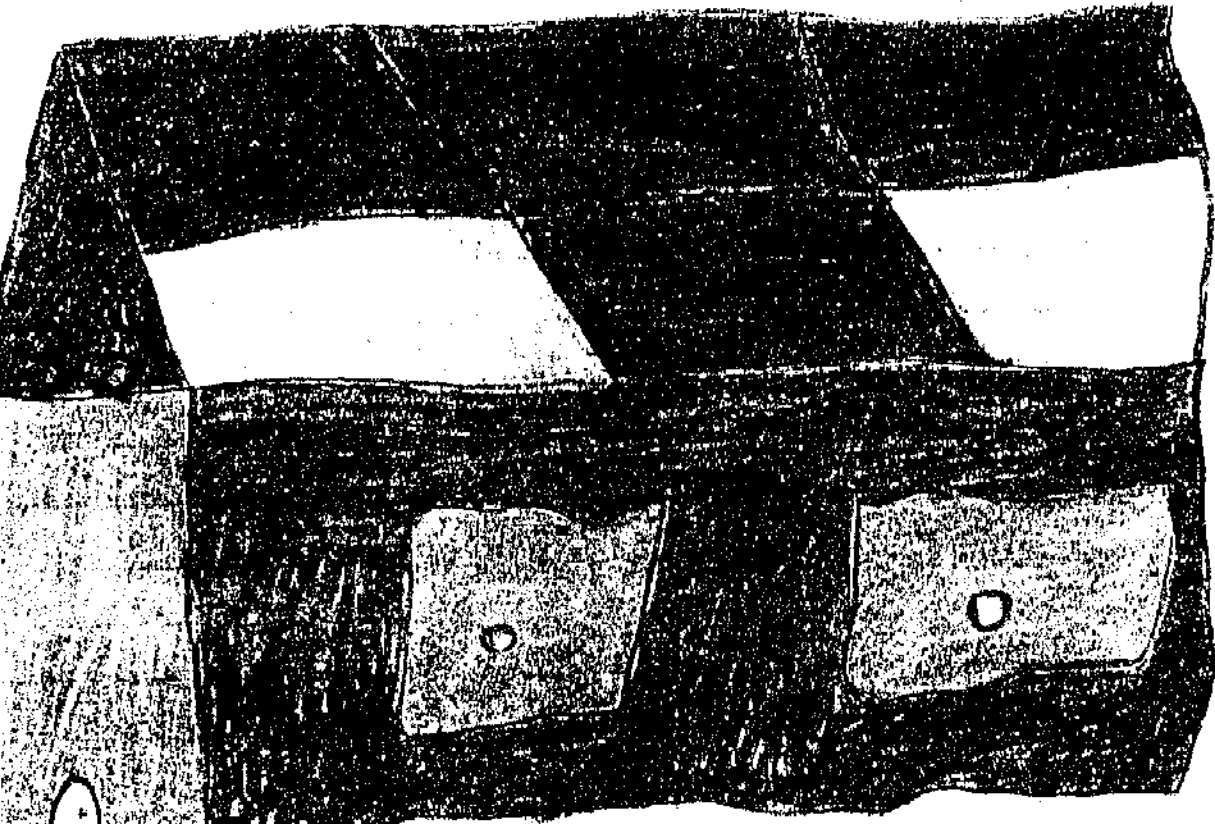
2



ANEXO III - DESENHO MARIANA



1
A
A



ANEXO IV

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO)

Eu, _____ mãe de _____,

autorizo, de modo voluntário, a gravação dos atendimentos psicológicos realizados com meu filho e comigo, durante o período de hospitalização no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração, para fins de uma pesquisa de mestrado com o título: *Re... significando o fazer psicológico na assistência a criança queimada: uma experiência em questão.*

Confirmando ter sido esclarecida sobre os objetivos e finalidade dessa pesquisa, assim como sobre o sigilo e a utilização restrita da minha identidade e das informações colhidas para a pesquisa em questão. E, sei que tenho plena autonomia para retirar meu nome quando achar de minha conveniência.

Ivana Magaly Lima Alencar Carvalheira

Recife, ____ de _____ de _____.

ANEXO V

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
COORDENAÇÃO GERAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO)

Eu, _____, _____, profissional da equipe de saúde do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital da Restauração, autorizo, de modo voluntário, a gravação de uma entrevista sobre a prática clínica psicológica nesse centro, para fins de uma pesquisa de mestrado com o título: *Re... significando o fazer psicológico na assistência a criança queimada: uma experiência em questão.*

Confirmando ter sido esclarecido sobre os objetivos e finalidade dessa pesquisa, assim como sobre o sigilo e a utilização restrita da minha identidade e das informações colhidas para a pesquisa em questão. E, sei que tenho plena autonomia para retirar meu nome quando achar de minha conveniência.

Ivana Magaly Lima Afencar Carvalheira

Recife, ____ de _____ de _____