



# ACOLHIMENTO AMBULATORIAL A PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA NA FUNDAÇÃO HEMOMINAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Vieira da Silva<sup>1</sup>  
Lúcia Efigênia Gonçalves Nunes<sup>2</sup>

**RESUMO:** Este artigo consiste no relato de experiência de uma prática de estágio curricular supervisionado realizado no segundo semestre de 2014 no ambulatório da Fundação Hemominas. Objetivou-se refletir a prática de acolhimento desenvolvida no ambulatório, apontando os aprendizados, desafios e potencialidades vivenciados no estágio de psicologia. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica, sustentada na teoria psicanalítica, como também alguns fragmentos de casos atendidos no ambulatório, em especial pessoas com doença falciforme e hemofilia, patologias atendidas nesta instituição de referência. Para a escuta clínica foram usados recursos lúdicos com o público infanto-juvenil. Os resultados evidenciaram as marcas que o corpo do paciente porta, como úlceras de perna, icterícia, outros, como também na vida psíquica dos mesmos, como inibição, angústia, outros. O acolhimento como integrante da atenção humanizada, que contempla e valoriza a dimensão subjetiva, e a escuta clínica como espaço de fala, lembranças, sentimentos e fantasias relacionadas ao adoecimento em suas questões subjetivas. A prática no ambulatório sustentada pelo viés psicanalítico mostrou-se primordial, pois ao abordar o sujeito, o foco foi escutá-lo para além dos contornos patológicos, colaborando também para a humanização do atendimento. A escuta sustentada pela teoria psicanalítica, buscou lançar o sujeito em um processo reflexivo de questões, enigmas, com possibilidades de trabalho psíquico posterior. Conclui-se que o acolhimento/escuta pode promover ganhos terapêuticos para os pacientes dando voz a ele, considerando sua subjetividade, possibilitando construir um saber sobre si.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Humanização; Escuta Clínica; Fundação Hemominas.

**ABSTRACT:** In this article is related experience with of internship practice accomplished supervised in the second semestre of 2014 in the Foundation Hemominas' clinic. This study was aimed to reflect the practice developed at the clinic, apointing the learnings, challenges and potential experienced in psychology stage. The methodology used was literature review in the theory psychoanalytical, as also some fragments of cases attended in the clinic, especial people with diseases falciforme and hemofilia, references of pathologies attended in this institution reference. For clinical listening were used recreational resources, with children and youth. The results showed the marks the body of the patient port, leg ulcers, jaundice, others, as well as the psychic life of the same, as inhibition, distress, other. The host as part of a humanized care, that includes and values the subjective dimension of users, and clinic listening as a space of speech, recollections, feeling and fantasies related to illness and their issues subjectives. The practice in sustained clinic by psychoanalytical was shown to be essential, because when tackling the subject the focus was listening to him beyond the pathological contours, contributing also to the humanization of care. Listening supported by psychoanalytic theory, sought to throw the subject in a reflective process issues, puzzles, with subsequent psychic work possibilities. Conclude that the reception/listen might promotes therapeutic benefits for patients giving voice to subjectivity, enabling the construction of knowledge about you.

**KEYWORDS:** Reception; Humanization; Listening Clinic; Chronic Disease.

## 1 INTRODUÇÃO

A proposta deste artigo tem sua gênese em uma experiência vivenciada pelas autoras durante o estágio curricular supervisionado realizado no ambulatório da Fundação Hemomi-

<sup>1</sup> Aluna do curso de Psicologia da Unidade São Gabriel, Faculdade de Psicologia da PUC Minas. luana.vieira.s8@gmail.com

<sup>2</sup> Orientadora – Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, professora do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Unidade São Gabriel; Ex-Coordenadora do CENTRARE (Centro de Tratamento e Reabilitação de Fissuras Lábio Palatais) no Hospital da Baleia; Psicóloga aposentada pela Fundação Hemominas. luciaefigenia@yahoo.com.br



nas, no segundo semestre de 2014. O estágio curricular supervisionado visa à inserção do discente de Psicologia no Projeto de Humanização no Ambulatório de Hematologia e Hemoterapia por meio de convênio entre a PUC Minas e a Fundação Hemominas. Os estágios curriculares colaboram para que o discente tenha uma formação profissional de qualidade permitindo vivenciar a realidade profissional e seus desafios, preparando-o para atuação no mercado de trabalho. As práticas aconteciam na recepção, setor de transfusão e em uma sala destinada as intervenções lúdicas. Os acadêmicos também tinham a função de encaminhar os pacientes, com possíveis demandas, ao Setor de Psicologia do ambulatório da instituição.

A Hemominas é uma Fundação Estadual composta por uma equipe multiprofissional com psicólogos, fisioterapeutas, médicos, assistentes sociais, enfermeiros, dentistas, dentre outros e, referência no diagnóstico e tratamento de hemoglobinopatias e coagulopatias, a exemplo, a doença falciforme e a hemofilia. Ambas são doenças crônicas e congênitas, que causam grande sofrimento a seus portadores e familiares, necessitando de acompanhamento contínuo, em decorrência do impacto na vida diária destas pessoas.

A doença falciforme é um termo genético que engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias. A característica principal da doença é a alteração na hemoglobina, proteína que fica dentro das hemácias. A hemoglobina das pessoas sem a doença é “hemoglobina A” (Hb A) e as que possuem a doença é “hemoglobina S” (Hb S). Quando uma pessoa recebe do pai e da mãe a “hemoglobina S” terá o padrão genético (Hb SS), conhecido como anemia falciforme ou doença falciforme. Nesse caso, as hemácias ficarão na forma de foice o que proporcionará uma série de complicações clínicas. Quando a pessoa recebe de apenas um dos pais o gene da “hemoglobina S”, e do outro, o gene da “hemoglobina A”, terá apenas o traço da doença (Hb AS). Quem possui o traço tem uma vida normal e nunca desenvolverá a doença, mas carrega o gene e deve ser orientado quanto a isso.

As hemoglobinopatias são doenças frequentes no Brasil e no mundo e o diagnóstico, em Minas Gerais, é realizado pelo Programa de Triagem Neonatal (PTN), desde 1998. A anemia falciforme é o subtipo genético mais comum e com maiores complicações clínicas, tais como: icterícia (olhos amarelados), crises de dor, infecção, acidente vascular cerebral (AVC), dentre outros. O tratamento para esta patologia inclui o uso abundante de líquidos, para evitar as crises de dor; alimentação equilibrada para favorecer o fortalecimento em relação a doenças secundárias; o uso de medicamentos e vacinas especiais (BRASIL, 2009).

Já a hemofília é uma doença genética que afeta a coagulação do sangue e os portadores têm deficiência na coagulação do sangue, desse modo, quando sangram necessitam do fator de coagulação injetável. A doença é dividida em tipo A, que ocorre pela deficiência do

fator VIII de coagulação, e o tipo B, que ocorre pela deficiência do fator IX. Os sintomas são sangramentos internos e/ou externos que acontecem espontaneamente ou depois de algum trauma, dores intramusculares e intra-articulares. O tratamento para essa patologia consiste na reposição do fator deficiente via intravenosa e com necessidade de exames regulares (BRASIL, 2009).

A doença crônica é um processo que afeta significativamente a vida da pessoa e de sua família, culminando em angústias frequentes. Esta situação também se aplica aos pacientes que necessitam de sucessivas internações, como experiências dolorosas no hospital e necessário investimento libidinal.

Em consonância com dada realidade, a escuta e o acolhimento são duas ferramentas relevantes e que se completam na atuação do psicólogo, em específico no setor ambulatorial. O acolhimento é fundamental para que os usuários e seus familiares se sintam protegidos e é uma estratégia de cuidado da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). Diante disso, faz-se relevante discutir sobre a temática, *acolhimento ambulatorial para pacientes com doença crônica*, buscando pensar a singularidade de cada sujeito na produção da saúde.

Dadas às considerações iniciais, o presente artigo tem o objetivo de refletir sobre a prática de acolhimento desenvolvida no ambulatório, apontando os aprendizados, desafios e potencialidades vivenciadas no estágio de psicologia e a teoria psicanalítica como sustentação teórica do mesmo. E como tais ferramentas, acolhimento e escuta, promovem um trabalho diferenciado para os usuários e seus familiares.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O psicólogo na saúde pública

Historicamente, a atuação do psicólogo brasileiro ocorreu prioritariamente no âmbito privado e com maior inserção na área clínica. Porém, a partir da década de 80, a área da saúde pública passou a ser um novo campo de trabalho para esse profissional. O hospital é um espaço que sempre lidou prioritariamente com a dimensão biológica do adoecimento, contudo, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde passou a ser pensada não apenas como ausência de doença, mas como um bem-estar físico, mental e social, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa nova visão abriu portas para programas de prevenção, promoção e reabilitação, consolidados através das políticas públicas (BRASIL, 2013).

Privilegiou-se a reflexão dos pacientes cadastrados na Fundação Hemominas que, conforme apresentado anteriormente, é referência para os portadores de doenças crônicas hematólogicas, como doença falciforme e hemofília. Os pacientes são acompanhados pela equipe multidisciplinar, mas aqui será focado o trabalho desenvolvido no campo psicológico.

Alguns autores sugerem que o trabalho da psicologia hospitalar é uma estratégia da psicologia da saúde, pois o trabalho do psicólogo neste contexto vai além do lócus hospitalar, uma vez que, os cuidados com a saúde não se restringem a ele, articulando-se a outros dispositivos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (CASTRO; BORNHOLDT, 2004). O psicólogo dentro dessa área tem a possibilidade de promover ações com os pacientes, com seus familiares, com a equipe de saúde e encaminhamentos para os outros dispositivos da rede.

O HumanizaSUS como é conhecida a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS desenvolvida a partir de 2003, busca mudanças na forma de gerir e cuidar no cotidiano dos serviços de saúde. Suas diretrizes estão ligadas a valorização subjetiva do usuário, buscando empoderá-lo em seus processos de saúde, corresponsabilizando-o. Além disso, os usuários devem ser inseridos no processo de comunicação com trabalhadores e gestores, que de forma coletiva realizarão a gestão e produção do cuidado e dos processos de trabalho. Portanto, o processo de humanização busca uma descentralização do poder, com esses três atores trabalhando em rede (BRASIL, 2013).

O acolhimento é uma das principais diretrizes do PNH e destina-se a reconhecer o que o outro traz como singular na sua necessidade de saúde. A PNH visa, com o acolhimento, construir de forma coletiva “relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalho/equipe e usuário com sua rede socioafetiva” (BRASIL, 2013, p. 8). O acolhimento na atenção primária associado à escuta qualificada do profissional tem em sua finalidade, averiguar a queixa apresentada pelo usuário e avaliar qual é o melhor encaminhamento, usando serviços externos da rede caso seja necessário. Contudo, o acolhimento no hospital tem um nível especial, pois o usuário geralmente está com problemas de saúde mais graves, que interferem tanto em sua condição física como emocional. Ademais, ser hospitalizado inclui afastar-se do convívio social, dos amigos, da família, do trabalho. Fato que também se estende aos familiares que têm suas vidas modificadas quando um membro da família adoece (PROCHNOW et al, 2009).

O psicólogo à frente da prática do acolhimento necessita usar um importante instrumento de trabalho: a escuta do inconsciente. Deste modo, o profissional proporcionará ao usuário um espaço para que repense suas questões prioritárias. Assim, suscitará que o sujeito

saia da passividade e se lance como protagonista do processo. Essa condução vai ao encontro do que se define como um atendimento humanizado (PROCHNOW et al, 2009).

## 2.2 Psicanálise no ambulatório: uma escuta possível

O ambulatório é um espaço que demanda um trabalho com muitas especificidades e o psicólogo necessita amparar-se em um referencial teórico para que sua prática alcance êxito. A psicanálise criada e desenvolvida por Sigmund Freud, na atualidade é amplamente utilizada no contexto ambulatorial/hospitalar, entretanto, anteriormente enfrentou críticas em relação a sua aplicabilidade, uma vez que, ela foi idealizada para ser usada no contexto do consultório em seu modelo clássico de tratamento. Contudo, desde o início dos seus estudos, Freud (1917/1919) já vislumbrava a expansão da psicanálise para outros ambientes diferentes do *setting* do consultório, pois tanto no ambulatório, como no consultório, o sujeito do inconsciente se expressa por meio da fala dirigida ao analista.

Maurano (2010) discute sobre a serventia da psicanálise, pontuando que sua aplicação é possível em uma gama de contextos. A proposta da escuta sustentada pela teoria psicanalítica visa modificar a experiência do sujeito frente ao seu sofrimento, pois a incompletude estruturante é possível de ser consentida pelo sujeito. O trabalho do analista só é possível de ser realizado se houver um desejo por parte do paciente, por isso o campo de intervenção do psicanalista será a posição do sujeito frente ao seu sofrimento, e não meras questões que dizem de necessidades.

Para entender a aplicabilidade da psicanálise no âmbito ambulatorial/hospitalar, abordaremos alguns dos seus conceitos como: sujeito do inconsciente, transferência e associação livre.

A psicanálise trata o sujeito do inconsciente, que é afetado pela relação com os outros, pela sexualidade, que vai além do corpo biológico, um ser que antes do seu nascimento já preexistia no desejo dos pais, um ser permeado pela realidade psíquica, construída de acordo com os traumas e fantasias inconscientes, que demonstra seus desejos por meio do sonho, ato falho, chiste, duvidante e estruturado na divisão do inconsciente e consciente (GONZE; BRITTO, 2013, p. 121).

A transferência, conceito chave da obra de Freud, discorre sobre a relação entre analista e analisando, este investe em seu analista um conteúdo libidinal que desperta conteúdos inconscientes e que são usados por ele como condutor do tratamento. Ou seja, a transferência é o fio condutor da análise, o analista se abstém de sugerir, o que não significa que ele irá se

desresponsabilizar de intervir. No contexto ambulatorial é possível que o “paciente, através da fala, construa novas condições para lidar com a doença e elaborá-la a partir da experiência de repetição no amor transferencial” (RAVABELLO; FARIAS, 2012, p. 281). O ambulatório, muitas vezes, funciona como um ponto de partida para o paciente buscar um trabalho analítico posterior, e esse trabalho pressupõe a instalação da transferência. Contudo, a instalação da transferência não está relacionada ao âmbito institucional, mais sim a estrutura psíquica do sujeito. Assim, a sutileza do fenômeno transferencial se revela de diversas formas, a exemplo, cito um caso acolhido na instituição de João<sup>3</sup> e que será explicitado ao longo do artigo. Depois de solicitar o atendimento junto aos acadêmicos da Fundação Hemominas, o jovem no final ressalta que era muito bom ter os alunos da psicologia no ambulatório e poder falar. Muitas são as especificidades do contexto hospitalar, no entanto, a manifestação da transferência não é inviabilizada, ela se produz e se desdobra (NALI, 2002).

Ao estabelecer a regra fundamental da psicanálise- a associação livre, Freud demonstrou a relevância da palavra e como era possível se aproximar do inconsciente por meio da linguagem, pois “o acesso que temos do nosso organismo, só nos é possível a partir da linguagem, pelo campo da significação, do sentido” (GONZE; BRITTO, 2013, p. 123).

De acordo com Gonze e Britto (2013) a hospitalização é um campo fértil para o trabalho com o sujeito e seus processos subjetivos, isso porque esse momento lhe coloca em um contato puro com o sofrimento e a dor. Esses processos ligados à doença são intrínsecos à natureza humana assim com o é, a morte. Todavia, os seres humanos buscam manter uma sustentação de infinitude, mas diante de um acontecimento inesperado e que lhes lançam para a realidade da sua existência como seres castrados, ocorre um movimento que busca a ressignificação da experiência dolorosa de perda. Ao lidar com as perdas, os remete a falta estruturante, elemento motriz dos seres desejantes.

Sendo assim, em um campo institucional que tende a deixar de lado a singularidade do paciente, a psicanálise se apresenta como uma forma de fazer esse resgate, humanizando o atendimento e valorizando o caso a caso. O profissional psi, no campo da saúde, estará imerso nesse sistema, como todos os outros trabalhadores, porém com possibilidade de uma clínica psicanalítica em extensão e em condições contemporâneas, valorizando a subjetividade e o inconsciente (GONZE; BRITTO, 2013).

---

<sup>3</sup> Cumpre observar que, para preservar o sigilo pactuado com os acolhidos, são utilizados neste texto nomes fictícios.

### 3 MÉTODO

A modalidade escolhida para a elaboração desse artigo foi o relato de experiência. Essa modalidade consiste em um texto que descreve uma determinada experiência que possa contribuir de maneira relevante para a área de atuação do autor. O relato é contextualizado com objetividade e aporte teórico. Além da descrição, o relato deve estabelecer ponderações e reflexões, a partir da experiência relatada e do aparato teórico. O tema proposto e o objeto de estudo sugerem em relação aos seus objetivos uma pesquisa exploratória. As pesquisas exploratórias buscam explicitar e proporcionar maior entendimento de determinado problema. No que se refere aos procedimentos, a pesquisa tem um cunho bibliográfico, sustentado pelo viés psicanalítico. A pesquisa bibliográfica é realizada a partir de referências teóricas já analisadas e publicadas, buscam-se informações ou conhecimentos prévios a respeito do objeto de estudo visando ampliar o olhar (GIL, 2002).

Em um segundo momento, foram utilizados relatos de três pacientes acolhidos na Fundação Hemominas. João, sexo masculino, dezoito anos e diagnosticado com doença falciforme; Joana mãe de uma criança de dois anos com diagnóstico de doença falciforme e Lucas sexo masculino, nove anos e diagnóstico de doença falciforme. A escolha dos fragmentos dos casos acolhimentos foi intencional, dentre outros também acolhidos. Nos relatos os sujeitos destacaram, principalmente, as barreiras da doença orgânica, mas chegaram a trazer questões para além desta. Os acolhimentos aconteciam aleatoriamente na recepção, setor de transfusão ou em sala destinada as intervenções lúdicas. Os acadêmicos eram orientados a encaminhar os pacientes para o Setor de Psicologia da instituição, caso percebessem possíveis demandas de acompanhamento. Nos atendimentos, além do acolhimento e da escuta, foram realizadas atividades lúdicas com a utilização de jogos, brincadeiras e observações com as crianças e, com os adolescentes em uma sala reservada. A intervenção lúdica possibilitava um melhor contato com o público infanto-juvenil, desfazendo as resistências e criando um campo fértil para a expressão da fala.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acolhimento na Fundação Hemominas era realizado pelos estagiários de psicologia, todas às quartas-feiras à tarde após a supervisão com a professora Lúcia Efigênia, de agosto a novembro de 2014. O grupo de estagiários era composto por quatro alunas, que se dividiam no ambulatório. A proposta era que cada acadêmica fizesse atendimentos individuais, abar-

cando pacientes e familiares. Ao abordarem também os familiares a intervenção tornava-se mais ampliada, a exemplo, em um atendimento foi possível escutar uma mãe e seu filho e perceber as visões de cada um sobre o processo de adoecimento. Esse modelo de intervenção também propiciou suprir uma das maiores dificuldades em campo: o pouco tempo disponível com os pacientes.

Ao longo de todos os atendimentos tínhamos como proposta ir até o paciente, ofertando atendimento que gerasse demanda, oferecendo uma escuta diferenciada, almejando que o paciente falasse sobre a sua história de vida, que poderia incluir a doença incurável, suas limitações, e questões subjetivas. Buscou-se, nos acolhimentos, criar um espaço para promover lembranças e estimular o trabalho psíquico, as ressignificações.

Gonze e Britto (2013) explicitam que uma das maiores dificuldades da psicanálise no hospital, diga o psicólogo no serviço público, é fazer necessitar o seu trabalho. O hospital não apresenta a diáde do consultório, que mantém um cenário constante e reservado, mas apesar desses elementos, “enquanto o sujeito puder falar escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste, apesar das feridas escancaradas no corpo biológico” (GONZE; BRITTO, 2013, p.134).

O público do ambulatório era diversificado, pacientes crianças, adolescentes, adultos, idosos e os familiares dos usuários. Com as crianças e os adolescentes era oferecida uma intervenção mais lúdica, com jogos e brincadeiras para facilitar o contato, a transferência inicia. Em diversos momentos, apesar das especificidades do ambiente, era possível perceber que a escuta ofertada poderia despertar uma demanda de atendimento, e os pacientes poderiam ser encaminhados para o setor de psicologia da instituição.

Como exemplo, cita-se aqui um caso de acolhimento/escuta realizado ao João, um jovem de dezoito anos com diagnóstico de anemia falciforme. Habitado a ser atendido pelos estagiários de psicologia, veio ao meu encontro. O tema inicialmente trazido por ele foi o seu medo da morte, em função de um diagnóstico equivocado. Ele relatou:

No ano de 2009 o médico disse que eu estava desenganado, não iria mais viver, depois de algum tempo meus pais procuraram outro médico que desmentiu essa informação. Só que todo o momento que eu tenho as crises da doença, desmaio, e logo penso que vou morrer, sinto dores no corpo, febres. (sic.).

Esse acolhimento foi um dos mais diferenciados que vivenciei, o paciente tinha uma demanda estabelecida e precisava que seu sofrimento fosse escutado.

Depois de comentar sobre suas angústias em relação à morte, apresentou as marcas da doença em seu corpo, como a úlcera de perna e os olhos amarelados (icterícia), explicitando como era alvo de chacota na escola, em decorrência de tais alterações corporais, comuns para o seu quadro clínico. No final do atendimento ele ressalta: “eu adoro quando os alunos de psicologia estão no ambulatório, é muito bom poder falar” (sic.). Esse atendimento deixou claro que o setor ambulatorial realmente propunha uma assistência humanizada aos pacientes. No ambulatório, as dores e as perdas dos pacientes se misturam as queixas sociais e psíquicas, pois os tipos de adoecimentos clínicos atendidos pela instituição médica acometem grande parte da população de média e baixa renda (GONZE; BRITTO, 2013, p. 134).

Alguns familiares foram acolhidos, como algumas mães que relataram o seu sofrimento por ter um filho com uma doença crônica. Em um acolhimento, Joana, a mãe de uma criança de dois anos diagnosticada com doença falciforme pelo teste do pezinho, relatou a sua angústia frente às adversidades da doença e a preocupação com o futuro de seu filho. A intervenção realizada teve o intuito de reforçar algumas informações sobre a doença e apontar os avanços medicamentosos e tecnológicos, com chances de seu filho ter uma vida tranquila e prolongada, era muito maior do que há algumas décadas. Durante o atendimento foi marcante em seu discurso a frase: “Ninguém da nossa família tem essa doença, aí eu e meu marido acabamos sendo premiados” (sic). Essa afirmativa de Joana mostrou-se inconsistente, pois os pais necessariamente devem possuir o traço falciforme (Hb AS) para gerarem o filho portador da doença falciforme. O traço não manifesta os sintomas da doença, mas a união de um casal com esse perfil genético tem 50% de chance, em cada gestação, de gerar um filho com o traço falciforme (Hb AS), 25% de chance de nascer um filho com a doença falciforme (Hb SS) e 25% de chance de nascer um filho sem a mutação (Hb AA). (BRASIL, 2009). A impossibilidade psíquica de aceitar as informações repassadas sobre a patologia do filho seria o sintoma da mãe para manter-se no campo da queixa e não se implicar?

O acolhimento e escuta também foi feito com algumas crianças, em um caso específico foi possível realizar dois atendimentos com a mesma criança, um menino de nove anos com anemia falciforme. No primeiro encontro, Lucas foi até a sala lúdica buscando brincar e no segundo o reencontrei no ambulatório. Utilizando o desenho como recurso de intervenção, no primeiro atendimento foi pedido que o garoto relatasse como era para ele estar na Fundação. Contudo, o acolhimento foi interrompido, em decorrência da consulta da criança. Mas, em sua produção gráfica ele deixou um enigma.

No nosso reencontro na medida em que o escutava, descobri que esse enigma estava relacionado à escola, sendo este um ambiente angustiante para o menino. Essa angústia rela-

cionava-se a atuação da professora que, por vezes, costumava penalizá-lo pelas bagunças em sala de aula, comunicando o fato aos seus pais. Com a intervenção lúdica foi perceptível que o menino detinha algumas dificuldades direcionadas para a leitura e compreensão das letras, também foi possível perceber que o mesmo ocupa um lugar de mantenedor das dificuldades. Em alguns momentos o menino fazia autorreflexões negativas, ressaltando que não conseguia fazer as coisas. Quando chegou à sala, a princípio, ele optou por colorir um desenho pronto, alegando que não sabia desenhar e se o fizesse sua produção ficaria feia. Esse caso remete a teorização sobre o processo de alienação. Segundo a psicanálise o processo de subjetivação opera em dois momentos:

[...] por um lado, nos alienamos no desejo desse Outro<sup>4</sup>, como via de salvação, porém por outro lado é preciso que nos separemos dele, para podermos constituir o nosso próprio desejo, ainda que seja para desejarmos o desejo desse Outro (MAURANO, 2010, p. 50).

A partir do relato da criança, percebe-se a ação do Outro sobre o sujeito, que se assujeita ao sentido dado pelo Outro, ou seja, eu sou o que o Outro diz que eu sou. Mas o desejo que funda o sujeito emerge na brecha, na vacilação, em busca da completude, na aquisição do *objeto a* como nomeia Lacan (1960/1998). A esperança de obter esse objeto nos libertaria e nos deixaria quites com o Outro em nossa existência (MAURANO, 2010).

Os relatos de pacientes e familiares levam o psicólogo ao contato direto com a singularidade, as angústias, o sofrimento e a dor destas pessoas. Ao abordamos também os familiares estabelecemos uma relação de confiança e respeito, e ressaltamos o cuidado em saúde que eles também necessitam, por manterem-se frágeis com todo o processo vivenciado no cuidado da saúde do outro. Mas, mais do que isso, possibilita-se com esse contato que eles se enxerguem como parte do processo junto à equipe de saúde e o paciente (GONZE; BRITTO, 2013). Assim, o trabalho com a orientação psicanalítica no ambulatório dentro de uma instituição é totalmente viável, e a psicanálise em sua proposta promove um espaço de abertura para que a subjetividade se manifeste.

Mesmo que a intervenção do profissional não proporcione uma demanda de análise, segundo os fundamentos psicanalíticos, antes de iniciar uma análise propriamente dita, o ana-

---

<sup>4</sup> Outro: conceito lacaniano que opera no campo do simbólico é o tesouro de significantes que banha o sujeito. A entrada no sistema simbólico dependerá desse Outro que opera de suas formas: pela vida da alienação e separação. O sujeito deve se alienar ao significante do Outro, a saber, o Outro materno, alienar-se ao desejo da mãe. O sujeito petrificado no desejo do Outro passa a constituir o próprio desejo com a operação da separação, marcada pelo aparecimento da falta no Outro, este é barrado e o pequeno outro percebe que não o completa e, como tal, é faltoso. (KAUFFMANN, 1996. p. 11).

lista realiza um momento inicial, cunhado por Sigmund Freud (1911/1913) como tratamento de ensaio em seu artigo “*Sobre o início do tratamento*”, averiguando se existe um trabalho a ser feito com o sujeito que se apresenta.

Em seu texto Freud (1911) relata que no tratamento de ensaio, usariam-se uma ou duas semanas antes da análise propriamente dita. Segundo o psicanalista esse espaço de tempo evitaria o fim da análise depois de iniciada. Freud destaca que a primeira parte do trabalho consiste em ligar o paciente à pessoa do analista, via transferência. A outra, o diagnóstico diferencial entre neurose ou psicose, algo nem sempre fácil de ser feito, porém necessário para conduzir o tratamento.

Em seu retorno a Freud (1911/1913), Lacan (1960), não deixa esse experimento se perder, resgata-o com a expressão de entrevistas preliminares. Trata-se de um trabalho prévio à análise com a intenção de que o sujeito consiga atravessar as entrevistas preliminares e entre em análise propriamente dita. Esse ensaio preliminar, segundo Freud (1911/1913), é próprio do início de uma análise, mas a questão diagnóstica estará em jogo. Há um paradoxo entre as entrevistas preliminares e à análise, ambas são iguais e distintas. A associação livre está presente em ambas unindo-as, o tempo de diagnóstico às distingue. Então há dois momentos das entrevistas preliminares, um de diagnosticar e outro de concluir.

Assim, as funções das entrevistas preliminares podem ser divididas em três. A primeira a função “sintomal”, a intenção é que o sintoma apresentado seja levado ao estatuto de enigma, de sintoma analítico que está correlato ao estabelecimento da transferência que faz emergir o sujeito suposto saber. O paciente deve enxergar o analista como alguém que detém um saber sobre ele. O analista entra na equação e conduz a análise através da relação transferencial. Quando o sintoma vira uma questão o que aparece é a própria divisão do sujeito. O analista é o endereço certo do sintoma, por isso Lacan ressalta que o analista completa o sintoma. A segunda função é a diagnóstica, como mencionado anteriormente, esse momento serve para realizar o diagnóstico estrutural, pela via do símbolo que essa verificação acontecerá. Por último, a terceira função, a transferencial. A entrada em análise é indicada pelo sujeito sob transferência e por isso uma das funções das entrevistas. Ela está presente desde o início, depende do analisando, mas quem a conduz é o analista. (QUINET, 2009, p. 18).

A partir disso é possível apostar no paciente em um ambulatório médico, mas com possibilidade de se responsabilizar pelo seu sintoma psíquico e que venha a demandar o trabalho de análise. É função do analista “fomentar no sujeito esse trabalho de investigação, de escuta da própria fala, de intriga quanto a si mesmo, é efeito do desejo que coloca um analista em ação” (MAURANO, 2010, p. 42).

A partir disso, é perceptível a relevância da teoria psicanalítica para o contexto ambulatorial, mas para além desse local, sua aplicação é possível em diversos contextos sociais. O profissional de orientação psicanalítica ao abordar o sujeito com dores orgânicas terá como foco primordial escutá-lo para além dos contornos patológicos, colaborando para que o seu sofrimento seja transformado em uma questão, em trabalho analítico, lançando-o em um processo na busca pelo conhecimento sobre si próprio (GONZE; BRITTO, 2013).

Ao serem acolhidos/escutados o jovem, a mãe e a criança demonstraram no momento da prática certo alívio, repensando suas questões, dúvidas, refletindo sobre as suas dores, a mãe, por exemplo, ao obter informações sobre como a ciência tem avançado nos estudos sobre a doença falciforme, pôde desfazer suas fantasias que estavam associados a um futuro impossível para o seu filho. O jovem ao solicitar o serviço demonstrou um desejo de mudança e a intervenção buscou ajudá-lo a desconstruir sua fantasia de morte, além de proporcionar que ele falasse de si, da vida e das marcas deixados em seu corpo pela doença. No final foi encaminhado para o atendimento de psicologia da instituição. Assim, o acolhimento/escuta possibilitou a todos dar voz a subjetividade, buscando conscientizá-los de que a doença e suas implicações, bem como o tratamento fazem parte de sua história. Desse modo, ao saírem do lugar de assujeitados, ambos puderam construir um saber sobre si (SANTOS, NEVES, LINHARES, 2015).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Oferecer um atendimento psicológico no ambulatório, com certeza foi uma das mais belas experiências que vivenciei enquanto discente de Psicologia. O setor ambulatorial se mostrou um campo fértil de trabalho para o psicólogo, assim como todo o campo do SUS. Ao compor a equipe de saúde, o profissional psi oferece a escuta, ao paciente e seus familiares, apostando no despertar de um possível trabalho psíquico, visando à elaboração de suas questões, referentes não somente à doença, mas a vida do sujeito.

O acolhimento/escuta como um dispositivo de saúde proporcionou ganhos terapêuticos para os pacientes, ao ofertar a escuta em momento de ruptura, de crise, marcado pela doença, mantendo o cuidado ético de resguardá-los em sua singularidade, escutando o sujeito e não a sua doença. Há, para além da doença, um sujeito nomeado por Freud e retomado e mais desenvolvido teoricamente por Lacan, da noção de inconsciente, marcado pela falta, atravessado pela linguagem, distinto do campo biológico. Constituindo-se em uma ordem simbólica que o antecede, desejado pelo representante do Outro que o precede dentro da linguagem. Ao

nascer, o homem entra em uma ordem que olhe é anterior, uma ordem social que ele adentra pela linguagem e a família. Para a psicanálise não existe uma forma ideal de viver e nem uma vida plena, o mal-estar é intrínseco a condição humana. Sua beleza está na revelação de que o que nos queixamos (sintoma) nos é, na realidade próprio, e do qual extraímos uma estranheza satisfação. Esse sintoma precisa ser escutado, desvelado, pela via da palavra falar do desconhecido que nos habita possibilita sair do lamento, inventar um saber, um novo lugar.

Os aprendizados adquiridos via essa prática foram diversificados, o refinamento da escuta psicológica com embasamento na teoria psicanalítica, o desenvolvimento da arte de acolher que envolve cuidado e atenção com a dimensão humana, além de contribuir com o desenvolvimento da postura ética no contexto ambulatorial condizente com o trabalho do psicólogo. Também foram primordiais para o resultado final, as supervisões, que permitiram o aprimoramento teórico-metodológico.

Evidentemente, associado às reflexões aqui levantadas há a necessidade de aperfeiçoamento profissional constante dos profissionais da saúde, enquanto atores sociais devem manter-se atualizados para que sua prática ganhe contornos cada vez mais aprimorados, almejando sempre a busca por melhores condições de vida da população e apostando sempre em um trabalho real que irá ao encontro das diretrizes da saúde pública. E, ainda, este estudo possui limitações, o contato com o público abordado sofreu interferências institucionais, o trabalho era integrado junto à logística de funcionamento da Fundação Hemominas. Sendo assim, em determinados momentos os acolhimentos/escuta eram interrompidos bruscamente, mas isso não inviabilizou a prática, apenas tornou-a mais limitada.

O acolhimento é uma das principais diretrizes da Política de Humanização do SUS e está para além de uma classificação quanto à gravidade clínica, tornando-se um espaço para o trabalho terapêutico, de escuta do sujeito, atendendo-o com destreza e atenção. E a atuação do psicólogo no acolhimento com uma escuta diferenciada contribui estrategicamente junto a equipe de saúde. A possibilidade de estudos futuros relacionados ao campo descrito faz-se necessário, o caminho do conhecimento científico é inesgotável e a realidade não deve ser enquadrada e manter-se enrijecida diante do que se pretende fazer, assim a pesquisa científica lança possibilidades.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doença falciforme um problema nosso como reconhecer e tratar**: manual do álbum seriado. Belo Horizonte: NUPAD/Faculdade de Medicina/UFMG, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hemofilia cartilha para o professor**: como identificar sinais e sintomas da doença para assistir e encaminhar em primeira mão os alunos com hemofilia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar. **Psicologia ciência e profissão**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 48-57, agosto. 2004.

FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia analítica. In: **Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1917-1919, v. XVII, p.201-211.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento. In: **Coleção Freud Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1911-1913, v. X

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONZE, Gabriela Guerra; BRITTO, Lúcia Castro. Psicanálise no hospital: a construção de uma prática possível. In: FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares. et al. (Org). **Residência em psicologia**: novos contextos e desafios para a formação em saúde. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. Cap. 3, p. 119- 140.

KAUFFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p. 11.

LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. (1960). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MAURANO, Denise. **Para que serve a psicanálise**. 3ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NALI, A sutileza da transferência no contexto hospitalar. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 7, n, 13, p. 31-41, outubro. 2002.

PROCHNOW, Adelina Giacomelli. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 11-18, fevereiro. 2009.

QUINET, Antônio. **As 4 + 1 condições de análise**. 12ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RAVANELLO, Tiago; FARIAS, Flávia Milanez de. O contexto hospitalar e a escuta psicanalítica. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 276-290, novembro. 2012.

SANTOS, Mariana Pôssas Guimarães dos; NEVES, Pauline Toledo; LINHARES, Tatiana de Deus Corrêa. O trabalho do psicólogo na unidade de clínica médica: atuação, possibilidades e desafios. In: SANTOS, Liliane Cristina; MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes; NOGUEIRA, Eder Luiz. **Psicologia, Saúde e Hospital**: contribuições para a prática profissional. Belo Horizonte: Artesã, 2015. Cap. 10, p. 183- 200.