

A PRÁTICA DE PLANTÃO PSICOLÓGICO DIANTE DA URGÊNCIA SUBJETIVA: contribuições da ciência psicológica acerca do processo de adoecimento¹

Cauan Antonio Silva dos Reis²
Sheyna Cruz Vasconcellos³

RESUMO

Este trabalho propõe uma interlocução entre a concepção humanista rogeriana de Plantão Psicológico e o conceito psicanalítico de Urgência Subjetiva. Tais proposições teórico-técnicas foram selecionadas para um objetivo comum que é a possibilidade de atuação do psicólogo diante do sofrimento psíquico ocasionado pelo acometimento de doenças orgânicas e seus efeitos. Não pretendemos aqui considerar a supremacia de uma teoria sobre outra, mas de discutir uma proposta interventiva baseada em ambas as formas de atuação. Utilizamos o método de revisão bibliográfica como principal fonte de informações coletadas, além de relatos de experiência no setor de emergência em um hospital da cidade de Salvador, na Bahia.

Palavras-chave: Plantão Psicológico; Urgência subjetiva; Intervenção psicológica; Angústia; Adoecimento.

INTRODUÇÃO

*A criança que pensa em fadas e acredita nas fadas
Age como um deus doente, mas como um deus.
Porque embora afirme que existe o que não existe
Sabe como é que as cousas existem, que é existindo,
Sabe que existir existe e não se explica,
Sabe que não há razão nenhuma para nada existir,
Sabe que ser é estar em um ponto
Só não sabe que o pensamento não é um ponto qualquer.*
(FERNANDO PESSOA/ ALBERTO CAEIRO, 2011, p. 102).

Embora a origem do Plantão Psicológico faça referência a uma instituição física, na qual se colocam disponíveis profissionais da Psicologia orientados pela Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers, proponho neste trabalho dar uma outra roupagem à sua definição. Isto é, proponho aqui utilizar dos fundamentos teóricos desta área de atuação, voltando à observação para movimentação mais fluída, não como um espaço onde os

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado com nota máxima para obtenção do título de bacharel em Psicologia (2014).

² Bacharel pelo curso de Psicologia (2014) do Centro Universitário Jorge Amado.

³ Mestre em Família na Sociedade contemporânea pela Universidade Católica do Salvador, graduada em Psicologia, psicanalista, docente e supervisora de estágio e trabalho de conclusão de curso do Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE).

sujeitos procurem, necessariamente, o serviço, mas a este serviço móvel, onde o psicoterapeuta vá diretamente ao paciente que está hospitalizado para oferecer uma escuta técnica do seu sofrimento, da sua Urgência Subjetiva. O termo *urgência subjetiva* é uma denominação de base psicanalítica (SIMÕES, 2011), mas também apropriar-me-ei deste para contextualizar com a atuação do profissional da Psicologia de uma maneira mais geral.

O primeiro serviço de Plantão Psicológico surge no Brasil em meados da década de 1960, no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), criado pela docente Rachel Lia Rosenberg (FURIGO et al, 2008), orientado pelos pressupostos teóricos de Carl Rogers. As primeiras experiências práticas relatadas do serviço datam de 1987, após a criação do Centro de Desenvolvimento da Pessoa (ROSENTHAL, 2012). Conforme explicitou Furigo *et al* (2008, p. 186), trata-se de um “serviço Psicológico de intervenção rápida em situações de crise”.

Proponho uma reflexão de que atuar em Plantão Psicológico é trabalhar com o desafio de oferecer uma escuta adequada ao outro em momentos de crise existencial, de angústia. A função do profissional é prover o *acolhimento*, que neste trabalho refiro-me a atitude do profissional de viabilizar seu tempo e escuta ao paciente, de modo a considerá-lo enquanto um ser capaz de construir a sua própria história, levando em consideração aquele momento existente, sem qualquer intervenção previamente interpretada pelo psicoterapeuta. Acolher é trabalhado aqui num sentido terapêutico, significa dispor-se de forma a atuar diante do sofrimento psíquico. Henriette Morato (2006, p. 5), psicóloga, afirmou que “o plantão é a ação clínica na dimensão do conhecimento tácito”, este é em termos subjetivos, aquele que se encontra oculto e só o próprio sujeito é capaz de alcançar e dar-lhe significados.

É válido considerar que o efeito não será o mesmo para cada sujeito atendido, levando em consideração que cada um tem seus próprios meios de produzir significados. Porém assegura aos usuários do serviço um espaço para ressignificar a sua dor inerente naquele momento específico.

Rebouças e Dutra (2010, p. 19) fazem uma reflexão acerca da importância do serviço de Plantão no contexto contemporâneo, tanto do ponto de vista do acolhimento demandado pelo cliente, quanto da prática profissional do psicólogo, afirmando que: “o homem contemporâneo tem demandado novas formas de inserção do psicólogo [...] uma nova postura, um novo olhar sobre ele. Portanto, necessitando de um profissional mais comprometido com o contexto social.”

O Plantão Psicológico, como refere a sua literatura tradicional, é tido como uma prática institucional que tem como propósito ofertar um acolhimento emergencial aos indivíduos que buscam ajuda psicológica em momentos delicados da sua existência. Essa função é praticada por psicólogos qualificados para tal função (com domínio teórico e consideração da importância desta prática) que se colocam disponíveis. Dada a sua proposta, funciona em sessão única podendo acontecer de o paciente retornar mais uma vez de acordo com as suas necessidades e com as regras de funcionamento do serviço. Como já explicitado, havendo uma demanda com mais especificidade de acompanhamento psicoterápico o plantonista fará o devido encaminhamento. Trata-se de uma proposta ainda pouco explorada e divulgada e que apresenta uma perspectiva diferenciada na área da Psicologia e que tem, antes de tudo, uma responsabilidade em promover a saúde individual dentro de um contexto coletivo (ROSENTHAL, 2012).

Fazendo uma reflexão sobre a Psicologia para além da prática clínica tradicional, limitada a um espaço de sala, postulo uma noção acessível a um público mais ampliado, com uma proposta inspirada na atuação em Plantão Psicológico, mais especificamente no setor de emergência de hospitais. Isto é, favorecendo para a população em geral um contato terapêutico mais acessível e especializado, uma vez que é praticado por profissionais psicólogos. São por esses motivos, e outros a serem discutidos mais à frente, que me refiro a esta prática como sendo *uma prática de plantão psicológico diante da Urgência Subjetiva*, portanto, contextualizada e não uma instituição em espaço físico específico como dita sua perspectiva rogeriana.

Para desenvolver as ideias propostas neste trabalho discutiremos também sobre a prática do Plantão Psicológico no contexto hospitalar; além disso, proponho uma discussão sobre as concepções de urgência e emergência. Também considere fundamental falar sobre a dor e a relação com a escuta psicológica e o plantão médico. Para finalizar, concluo com as minhas considerações acerca do que fora alcançado com esta pesquisa realizada.

SOBRE O PLANTÃO PSICOLÓGICO

Maria Cristina Rocha, do Serviço de Aconselhamento Psicológico do Instituto de Psicologia da USP, apresenta a noção básica do que venha a ser considerado, efetivamente, um serviço de Plantão Psicológico:

compreendemos o plantão como uma modalidade de atendimento psicológico em que podemos facilitar o processo de compreensão do momento de vida em que o cliente se encontra e projetar seu cuidado. Trata-se de um atendimento

com foco na experiência e não exclusivamente no problema do cliente, não cabendo ao plantonista avaliar, julgar ou decidir por ele (ROCHA, 2011, p. 122).

Em nível de exemplo e informação, há registros de literatura indicando, inicialmente, que os plantonistas eram psicólogos formados com experiência clínica de pelo menos um ano, bem como eram conhecedores dos pressupostos teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa, de C. Rogers. Dada sua especificidade, havia horários previamente estabelecidos para os atendimentos e reunião da equipe, sendo, portanto, entre as 20 e 22 horas, quando tais profissionais colocavam-se disponíveis no referido instituto (ROSENTHAL, 2012, p. 33).

O acolhimento emergencial proporcionado pelos plantões sugere um diferencial e uma grande possibilidade de atuação profissional. Com isso, levo em consideração a corriqueira demanda dos dias atuais, proveniente das exigências e pressões sociais, sejam na família, entre amigos ou no trabalho, o fato é que resultam em uma tensão emocional que têm sido precursora no desencadeamento de sofrimento psíquico.

Segundo Janet, *“cuando las personas se sienten demasiado sobrepesadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras”* (JANET, 1919 *apud* SALVADOR, 2009, p. 5). É sobre essa não neutralidade que o Plantão Psicológico, enquanto instituição, irá se debruçar promovendo um espaço possível de acesso para buscar por uma intervenção psicológica pontual. Neste trabalho eu me apropria da perspectiva metodológica desta instituição, isto é, trato-a como uma modalidade de intervenção onde, ao invés de considerar uma instituição fixa, proponho fazer uma releitura de modo a ofertar esta escuta numa modalidade itinerante, móvel e incorporada na prática do psicólogo.

O PLANTÃO PSICOLÓGICO ENQUANTO ATUAÇÃO EM HOSPITAIS

Vamos pensar a partir de agora no plantão psicológico não mais como uma instituição física, mas como uma proposta de atuação, uma linha teórico-filosófica de prática psicológica. Certamente irei me apropriar da fundamentação teórica deste, mas imprimindo-lhe uma nova roupagem metodológica.

Pensando a presença constante do médico no interior dos hospitais, como vimos anteriormente, foram surgindo novas necessidades que abriram espaço para as visitas aos doentes, o que demandou uma maior disponibilidade do médico neste contexto. Esta presença passou a ser tanto durante o dia, quanto durante as noites, para que fosse

solicitado quando preciso – devendo o médico, inclusive, residir no hospital a partir de 1770 (FOUCAULT, 1979).

O hospital passa a ser um lugar para registrar, acumular e formar o saber não só de ideação curativa. A partir de então, a clínica médica se apresenta como parte fundamental do hospital e o indivíduo se torna o principal objeto do saber e da prática das ciências médicas.

Com essas aproximações sobre a necessidade de ter um profissional da medicina presente no contexto hospitalar, por conta de todos esses aspectos discutidos, é que surgem as primeiras concepções ao que conhecemos como *Plantão*. No entanto, para aprofundar ainda mais ao que me propus discutir neste trabalho, sigo fazendo algumas distinções para que fique ainda mais claro sobre o que falo.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: REALÇANDO A URGÊNCIA SUBJETIVA FRENTE À EMERGÊNCIA MÉDICA

Começando pelo princípio, nas definições do dicionário a *urgência* é compreendida como tudo aquilo “que deve ser feito sem demora” (XIMENES, 2000, p. 940), enquanto *emergência* se refere à “ação de emergir” (XIMENES, 2000, p. 352). Fazendo uma interlocução entre os dois sentidos, é possível compreender que a urgência perpassa pela ordem do desejo, do estado de ser original em sua essência, em sentido latente, porquanto a emergência explora a condição do estado manifesto, da condição expressa, neste caso, do sujeito.

Urgência Subjetiva, em psicanálise, faz referência ao conceito de trauma. Não aprofundando o sentido psicanalítico, mas levando-se em consideração algumas de suas contribuições sobre o tema e especificamente no contexto hospitalar, concordo que a “urgência impõe uma pressa por uma resposta que convoca a atenção de diversos profissionais da instituição hospitalar” (SIMÕES, 2011, p. 21).

A doença orgânica muitas vezes passa a constituir-se enquanto um trauma psíquico levando em consideração a natureza pesada desta. O trauma faz referência à ferida e no contexto deste trabalho, refiro-me a uma ferida psicológica, a uma interferência de ordem emocional e afetiva diante da dor física. Podemos com isso lembrar as contribuições da psicossomática para explicar esta condição que acabei de citar. Esta é apenas uma das interpretações possíveis para o tema aqui proposto. No entanto, quero dar especial atenção ao fato de que por detrás [arrisco-me a dizer] de toda dor orgânica existe uma emoção

envolvida, uma condição psicológica que perpassa pela concepção do próprio sujeito diante da sua condição enferma.

Carolina Simões (2011, p. 21), na sua dissertação “*A Clínica da Urgência Subjetiva*”, trouxe uma reflexão acerca dos distúrbios representativos, na qual afirma terem surgido da “articulação entre doença mental, progresso da civilização e aceleração da tecnologia”, o que corrobora com a ideia da angústia que sugiro aqui como consequência dessa contemporaneidade a qual estamos submetidos, tão ávida e dinamizada.

Conforme afirmou Salvador (2009, p. 12) “nuestro cérebro es una máquina de anticipación tratando de dar estructura a um mundo de estímulos internos y externos que ocurren juntos”. A partir da angústia psíquica, surgem os sinais de sintomas orgânicos, circuncidado por um arranjo subjetivo de sentidos intrínsecos à própria constituição subjetiva do sujeito.

Ao nos depararmos com o vazio, emerge esta condição de angústia, ansiedade e dúvidas. A condição do signo doença já é em si dolorosa, imaginemos então a emergência da significação da doença para cada ser reflexivo. Isto é, o sujeito que se depara com determinada falta, encontra num ambiente hospitalar um espaço inicialmente hostil e ‘contaminador’ e a partir daí suscita naturalmente um processo de resistência e autodefesa. O que o leva ao hospital é o sintoma orgânico da doença e não o sintoma psíquico do adoecimento.

Doescher e Henriques (2012, p. 718) postulam uma reflexão adequada acerca da urgência humana, na qual afirmam que “o tempo que urge é também o das possibilidades, do encontro com outro e consigo mesmo”, fazendo-nos pensar que o encontro terapêutico entre o profissional e o adoecido promove um autoquestionamento neste, pondo-o frente aos seus conflitos, de modo a possibilitar-lhe lançar um olhar ativo sobre estas tensões ,tornando possível a significação pela linguagem literal, tanto quanto pela simbólica (numa perspectiva subjetivada, própria).

As resistências oriundas do contato com este sintoma subjetivo, compreendido aqui como resistência egóica, emergem do sujeito na tentativa de ajustar-se diante da debilidade física. A esta chamo de *emergência médica*, da qual só os especialistas das ciências médicas (médicos em geral, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentre outros) poderão dar conta.

Falar sobre seus aspectos orgânicos desajustados para um profissional preparado para disponibilizar a escuta, permite a este sujeito desenlaçar seus nós existenciais, sabendo-se seguro de um aporte técnico que possa lhe conduzir na construção desse

sentido subjetivo. Em nível de informação e de esclarecimento, reforço a noção de que a atuação em tal modalidade não se constitui, enquanto prática, em um enquadramento da psicologia clínica tradicional, mas que certamente promove um efeito terapêutico no mesmo.

Quando um paciente traz sua queixa orgânica para um hospital, está habituado de que naquele ambiente receberá atenção nesta ordem. “A busca incessante de uma resposta rápida e eficaz ao mal-estar humano produz efeitos na subjetividade dos indivíduos, que são tomados pela exigência de saber mais, de tratar tudo, de curar sempre” (SIMÕES, 2011, p. 23).

Desse modo, as pessoas geralmente “vão parar” na emergência do hospital quando já não tem mais o que se fazer, quando aquela dor domina toda a sua consciência e existência, produzindo-se então um inconsciente atravessado pela queixa orgânica desencadeadora do processo.

No contexto hospitalar é comum ouvir relatos como “Vim parar no hospital depois de passar mal sem razão”, “Vim parar aqui depois que perdi as forças nas pernas”, “Vim pra cá, pois estou com um problema infeccioso na mama, não posso mais dar peito para meu bebê de um mês”, dentre muitos outros desta natureza, aparentemente inexplicáveis do ponto de vista da lógica médica. Eis que surge a necessidade de uma escuta terapêutica, nesta outra dimensão designada por *Urgência Subjetiva* e é neste contexto que me refiro à prática do plantão psicológico, o qual aplica-se aqui ao setor de Emergência em Hospital.

Diante desse contexto: “Algo irrompe a partir do não programado e deflagra uma urgência subjetiva” (SIMÕES, 2011, p. 24). A partir deste momento em que o sujeito se vê imerso em uma rotina pragmática e um intercurso atravessa esta programação, ele se percebe (naturalmente) inseguro diante do imprevisto, gerando angústia diante deste sintoma criado e até então desconhecido.

ESCUA PSICOLÓGICA NO CONTEXTO DE PLANTÃO MÉDICO – A SINCRONIA DA DOR

Alguns profissionais da Psicologia que trabalham no contexto da emergência hospitalar têm questionado a verdadeira demanda subjacente às queixas que chegam neste espaço, ou seja, muitos casos que apresentam uma demanda orgânica são na verdade situações de urgência psíquica. No entanto, esta percepção sugerida por estes profissionais não é compartilhada conscientemente pelos pacientes. Assim, torna-se ainda mais

fundamental que o psicólogo reveja qual a sua verdadeira função diante do estado de ser do sujeito e que postura adotar diante de tal realidade.

Para conseguir dar conta desta sucessão de emoções provenientes do sujeito adoecido, o psicólogo precisa estar preparado pessoal e tecnicamente para lidar com o que emergir naquela situação do atendimento *in loco*, para que o consiga é necessária a disponibilidade para escutar o sentido do paciente participando do discurso deste de modo a respeitar a sua subjetividade.

A transposição do sintoma orgânico para a significação subjetiva do adoecimento se faz possível mediante intervenção psicológica. Simões (2011) afirma que “o paciente vivencia o vazio, o insuportável sem se dar conta do seu enredo, da sua falta de sentido” (p. 25). Nesse contexto, dado os sentimentos de solidão e estigmas inerentes, o paciente-sujeito busca por consolo e alívio no saber das ciências médicas, procurando primariamente por remediar os seus desprazeres orgânicos.

Lidar com urgência subjetiva, é encarar diretamente o mistério que subjaz o outro, é propor que este paciente compartilhe conosco seu próprio universo psíquico. A interação inadequada entre o *saber* do psicólogo e o *saber* do paciente provoca uma desorganização extremamente prejudicial para o mesmo, esta ação acaba por ser configurada como um movimento de invasão, de perturbação, podendo desencadear todo um processo de desorganização psíquica. Não cabe a este profissional confrontar direta e imediatamente o sofrimento subjacente à doença orgânica, questionando-lhe taxativamente sobre sua condição emocional. É necessário, pois, que se faça o trabalho de construção gradual de uma narrativa, de modo a permitir que o paciente se autorize a ser *tocado* em seu discurso.

Nicolau de Cusa (*apud* Konder, 2002, p. 9), importante filósofo do Renascimento, escreveu e publicou um livro intitulado *Da Doutra Ignorância*, obra na qual ele preocupa-se em combinar a unidade do saber com a pluralidade possível deste; isto é, postulava sua concepção sobre o conhecimento, considerando este como sendo possível apenas para cada unidade, ou seja, para cada pessoa – a verdade estando contida em cada uma (KONDER, 2002).

A aceção da verdade do paciente, mesmo apresentada através de um discurso queixoso e orgânico, por si só já remete a uma possibilidade de construir uma narrativa orientada a ressignificação do trauma inerente à condição do padecimento. Ainda associado a esta sentença, podemos refletir um pouco: “Se, contudo, nos prendemos a uma visão do todo, da unidade, que não é capaz de incorporar a riqueza inesgotável das

diferenças de que se compõe a realidade, estamos certamente empobrecendo nossa compreensão do real” (KONDER, 2002, p. 8).

Desta forma, prover um acolhimento genuíno, atento e ativo desta queixa, produz efeitos expressivos para o aparecimento do sujeito e da demanda, conseqüentemente. Cusa (1942 *apud* KONDER, 2002, p. 10) afirma que “quem acha que sabe, na realidade, sabe menos do que aquele que sabe que ignora”.

No que diz respeito à equipe, é claramente perceptível como na Emergência, a dinâmica e o movimento interativo entre os profissionais e os pacientes e uns para com os outros, já é em si autorreguladora. Afirmo com isso a noção da interdisciplinaridade e o papel do psicólogo na emenda destas atividades intercaladas e denominadas de interconsulta. Luciane Rossi (2008, p. 29), na sua dissertação de pós-graduação, define a interconsulta psicológica como sendo: “uma modalidade de atendimento que permite considerar a demanda da equipe que solicita intervenção psicológica e a demanda do paciente. Permite olhar para a subjetividade em movimento”.

Na abordagem ao paciente, muitas vezes nos deparamos com queixas rasas, superficiais e às vezes até aparentemente inconsistentes. Cabe ao profissional desenvolver a sua presença terapêutica, no sentido da escuta atenta e exercício desta função, visando proporcionar que este sujeito escutado se aproprie do sentido da sua doença de tal modo, a não a extirpar o sintoma psíquico subjacente, mas a integrá-lo a si através de uma narrativa implicada, pela qual poderá se responsabilizar e reconstruir o enredo da sua própria história.

A partir de uma vivência prática que experienciei na ala da Emergência de um determinado Hospital na cidade de Salvador, na Bahia, uma das psicólogas da instituição realizou um atendimento em que a paciente apresentava-se muito chorosa, pois estava passando por um processo de infecção na mama, o que a impedia de amamentar o seu bebê de apenas um mês. Soube-se que alguns profissionais e até mesmo o esposo desta, estavam num movimento de contê-la, para o abrandamento do sofrimento, na intenção de cessar esse choro tornado objeto primariamente sem significação. A postura da psicóloga foi acolher esse sujeito demandante e posteriormente instrumentalizar e orientar tanto a equipe quanto o marido de que a paciente precisava daquele momento de exteriorização do seu padecimento, da sua angústia. Nesse contexto, fica evidente que ela precisava ser autorizada a manifestar tal sensação, de modo a funcionar como uma reação literal diante daquela condição real que apresentava (a debilidade orgânica), que acarretava sérias desordens emocionais perfeitamente compreensíveis. A projeção desses conteúdos em

choro, sendo aportada por uma escuta psicológica adequada, proporcionaria a esta jovem uma simbolização ou representação simbólica do seu sintoma para elaborar seus conflitos interiores subjacentes à queixa inicial.

É de fundamental importância considerar que a transmissão de informações técnicas acerca do quadro orgânico do paciente se faz necessário, devendo ser passadas pelos profissionais adequados. Tal posição tende a funcionar como um reconhecimento da sua condição real, afinal, é no contexto hospitalar que este sujeito se encontra e dada sua proposta é isso (também) que ele espera e procura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerar um espaço de acolhimento psicológico no setor de emergência hospitalar é reconhecer a importância do aspecto afetivo e emocional existente na relação do sujeito com o seu adoecimento. No entanto, para chegar até aqui foi preciso fazer uma revisão histórica do conceito sociocultural e econômico desta instituição social denominada Hospital. Embora tenha optado por selecionar dois conceitos fundamentais de propostas teóricas diferentes, sendo eles Plantão Psicológico e Urgência Subjetiva, sendo eles, respectivamente, da abordagem humanista e da psicanálise, meu foco não foi entregar qualquer direcionamento em prol da supremacia de um sobre o outro, mas reconhecer a validade destes recursos para a utilização em intervenção psicológica – seja qual for a área ou abordagem adotada pelo psicólogo.

Objetivei na construção deste trabalho, no contexto ainda em formação na área da Psicologia, compartilhar as minhas reflexões acerca da importância essencial da profissão. Portanto, considerei possível e apropriado me utilizar destes dois termos conceituais, metamorfoseando-os ao longo da construção textual em ferramentas a serem utilizadas e transformadas e não reproduzidas. A Psicologia de Rogers é uma corrente teórica muito própria, da qual selecionei a sensibilidade fenomenológica inerente: a Psicanálise. Esta que carrega em si a destreza em lidar com os processos subjacentes ao que está explícito, ao que não aparece no discurso de imediato. Perspectivas unidas para mostrar que a psicologia é possível em sua pluralidade e que o trabalho com o paciente deve ser cuidadoso e humanizado, além de ativo.

Concordo com a reflexão de Simões (2011), quando esta afirma que “trabalhar com a subjetividade exige uma invenção para cada sujeito que é atendido e escutado”. Essa perspectiva, portanto, nos convoca a pensar a prática psicológica como um campo de atuação possível dentro do hospital. Embora tenha dado ênfase e buscado restringir essa

atuação ao setor da emergência, tal proposta teórico-metodológica faz-se válida em qualquer contexto dentro do ambiente hospitalar, onde se faça presente os consequentes que provém da angústia subjacente à condição do vazio existencial, da falta, do abandono e, enfim, do adoecimento.

A vida é vulnerável frente à constante alteração da rotina diária – a saúde orgânica e emocional está exposta constantemente e é um alvo potencial de desorganizações. Adoecer, seja qual for a *doença*, tem sido mais comum do que nos dias que precedem a nossa sociedade contemporânea. Não à toa as ciências da saúde têm procurado compreender os mecanismos que se estruturam em psicossomática. A Psicologia tem muito a contribuir neste contexto (hospitalar), que tem sido cada vez mais demandante de acolhimento psicológico.

Postulo, contudo, que qualquer que seja o fio condutor teórico do profissional, este deve estar “plenamente atento y consciente a los diversos modos de la narrativa del paciente; no solo a lo que el paciente cuenta verbalmente, sino también a cómo lo cuenta, cómo se expresa [...]” (SALVADOR, 2009, p. 13), isto porque o estado de adoecimento gera em si um sentimento de abandono e improdutividade, além de aproximar pessoas com tendências penosas ao invés de revigoradoras. O psicólogo deve, pois, proporcionar ao paciente um momento de ressignificação da sua dor, fornecendo-lhe informações sobre o seu quadro real da doença (respeitando o limite de suportabilidade do mesmo), quando lhe couber, e auxiliando a reconstruir a sua nova condição existencial.

A doença traz a noção de limitação, mas sugiro pensarmos em uma nova concepção do adoecer: podemos considerá-lo “apenas” como uma condição, um *estare* não um *ser*. Não é tarefa fácil e nem há garantias de que será assim para todas as pessoas, mas o psicólogo como um profissional comprometido com o bem estar psicológico, emocional e social do paciente, deve se responsabilizar pela condução deste por um melhor caminho (possível) – não sendo necessariamente o mais agradável, mas o mais saudável, obviamente, para o sujeito que é atendido.

Dor, emergência, angústia, urgência, acolhimento, ressignificação e (um provável) renascimento. A interlocução entre os sentidos discutidos aqui e representados por estas palavras nos infere a uma estruturação comum do que é fazer psicologia: a ciência do comportamento humano que, para além do que está explícito, revela uma existência muito própria e diferenciada, capaz de transformar a realidade em sua própria história.

REFERÊNCIAS

- DOESCHER, Andréa Marques Leão; HENRIQUES, Wilma Magaldi. Plantão psicológico: Um encontro com o outro na urgência. **Psicologia em Estudo**, v. 17, p. 717-723, 2012.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FURIGO, Regina Célia Paganini Lourenço et al. Plantão psicológico: uma prática que se consolida. **Boletim de Psicologia**, v. 58, n. 129, p. 185-192, 2008.
- KONDER, Leandro. Nicolau de Cusa (1401-1464). **Alceu**, Rio de Janeiro, jan/jun, p. 5-14, 2002.
- MORATO, Henriette Tognetti Penha. Pedido, queixa e demanda no plantão psicológico: querer poder ou precisar? (**Anais**)... Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Psicologia e Políticas Públicas, 4, Vitória, ES: Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.
- PESSOA, Fernando. **Poema completos de Alberto Caeiro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.
- REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza. Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 16, n. 1, p. 19-28, 2010.
- ROCHA, Maria Cristina. Plantão psicológico e triagem: aproximações e distanciamentos. **Revista do NUFEN**, v. 3, n. 1, p. 119-134, 2011.
- ROSENTHAL, R. W. O Plantão de Psicólogos no Instituto Sedes Sapientiae: uma proposta de atendimento aberto à comunidade. In: MAHFOUD, M. **Plantão Psicológico: novos horizontes**. 2. ed. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2012.
- ROSSI, Luciane de. **Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas - FMUSP**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2008.
- SIMÕES, Carolina Leal Ferreira. A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento. Belo Horizonte: Pont Univ Cat Minas Gerais, 2011.
- XIMENES, S. (2000). **Minidicionário Ediouro da Língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Ediouro, 2000.