



Perspectivas en Psicología: Revista de
Psicología y Ciencias Afines

ISSN: 1668-7175

perspect@seadpsi.com.ar

Universidad Nacional de Mar del Plata
Argentina

Lisboa Oliveira, Walter; Rodrigues, Avelino Luiz
Intervenções Clínicas do Psicólogo em Hospital Geral
Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines, vol. 14, núm. 2,
diciembre, 2017, pp. 72-82
Universidad Nacional de Mar del Plata
Mar del Plata, Argentina

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483555396007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re^oalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Intervenciones clínicas del psicólogo en hospital general

Walter Lisboa Oliveira ¹

Avelino Luiz Rodrigues

Resumen

Este trabajo describe las intervenciones de psicólogos en un hospital general, inserto en el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. El objetivo es exponer el contexto en el que se realizan las atenciones y cuáles son las intervenciones más frecuentes en esta realidad, problematizando el modelo clínico tradicional y proponiendo estrategias de acción. El método de investigación fue una revisión bibliográfica sobre el tema y discusión acerca de las prácticas psicológicas utilizadas. Como conclusión, sostenemos la importancia de un enfoque estratégico, teniendo en cuenta la particularidad del ambiente hospitalario y del paciente entendido como ser biopsicosocial, lo que permite una intervención precisa y contextualizada favorecedora del alivio del sufrimiento del consultante y también preventiva de cuadros y trastornos psicológicos más graves.

Palabras Clave: Psicología de la Salud - Hospital - Intervenciones Clínicas - Enfoque Biopsicosocial

Psychological Clinical Interventions in the General Hospital

Abstract

This work describes the psychologists' clinical interventions in a General Hospital of the Brazilian Unified Health System. The objective is to present the patient's care setting and the most frequent interventions in this reality questioning the traditional clinical model and proposing action-strategies. A bibliographic review together with a psychological practice discussion in the action-field were performed. As a conclusion, we support the relevance of a strategic approach considering the patient's specificity as a bio-psycho-social being and the one of the hospital setting, thereby enabling a precise and contextualized intervention that facilitates the patient's suffering relief and also the prevention of the most severe psychological disorders and conditions.

Keywords: Health Psychology - General Hospital - Clinical Interventions - Bio-psycho-social Approach

Intervenções Clínicas do Psicólogo em Hospital Geral

Resumo

Este trabalho descreve intervenções clínicas de Psicólogos em um Hospital Geral inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. O objetivo é apresentar o contexto em que são realizados os atendimentos e quais as intervenções mais comuns nessa realidade, problematizando o modelo clínico tradicional e propondo estratégias de atuação. O método de pesquisa foi de revisão bibliográfica e discussão de práticas psicológicas no campo de atuação. Conclui-se a importância de uma abordagem estratégica, atenta às variações do ambiente hospitalar e do paciente, como ser biopsicossocial, o que permite uma intervenção mais precisa e contextualizada, auxiliando no alívio do sofrimento do paciente e prevenindo quadros e transtornos psicológicos mais graves.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde - Hospital Geral - Intervenções Clínicas - Abordagem Biopsicossocial

¹ Faculdade Estácio de Sergipe – FASE, Brasil. E mail: walterlisboa@rocketmail.com

Introdução

O paciente ao se hospitalizar, além de si mesmo ou de sua enfermidade, traz inúmeras questões ligadas ao seu contexto social, familiar e de trabalho. Nesse cenário, é comum que se potencializem angústias, medos, inseguranças e revoltas, além da possibilidade do sofrimento decorrente própria internação ou doença, que podem interferir na sua recuperação (Oliveira, 2011). Com uma maior valorização desses aspectos subjetivos, tem crescido o número de psicólogos na área da saúde, inclusive em Hospitais (Oliveira & Rodrigues, 2014).

As intervenções na área da Psicologia da Saúde, no entanto, ainda estão sendo construídas e repensadas, devido, em nosso ponto de vista, a quatro importantes fatores. O primeiro deles é sua recente história, quando comparada com o próprio surgimento institucional da Psicologia no Mundo, ainda mais recente no Brasil, que só a partir de 1971, assumiria, de direito, estatura jurídica definitiva (Soares, 2010).

O segundo fator seriam as dificuldades de sistematizar intervenções, diante das inúmeras as variáveis envolvidas no processo de adoecimento e hospitalização, tais como sintomas da enfermidade e sequelas do tratamento médico que podem interferir a própria intervenção psicoterápica.

O terceiro, que decorreria das anteriores, resulta da própria rotina hospitalar que muitas vezes impede a regularidade do atendimento, através de procedimentos emergenciais, administração de medicamentos ou realização de coleta de sangue para exames na hora da sessão, atividades as quais, se adiadas, podem colocar em risco a vida do paciente. No Brasil, tais peculiaridades multiplicam-se ainda mais quando estas intervenções se dão em instituições públicas que prestam serviço a populações carentes, e cujo sofrimento pode se somar a diversas dificuldades sociais e financeiras.

Por fim, observamos ainda em nossa realidade um quarto fator: não obstante os profissionais da equipe de saúde reconheçam e solicitem atendimentos clínicos da psicologia, ainda é baixo o número de psicólogos realmente contratados pelos serviços e hospitais, sendo que muitos deles funcionam em decorrência do esforço de psicólogos colaboradores, alunos de cursos de formação ou especialização em psicologia hospitalar ou psicologia da saúde.

Com relação à Psicologia da Saúde, há de se destacar uma peculiaridade brasileira. Apesar de

internacionalmente a Psicologia da Saúde ser um termo consolidado, no Brasil desenvolveu-se, quase que exclusivamente, um ramo específico do ambiente hospitalar, a Psicologia Hospitalar. É possível que isso tenha ocorrido pela força que a atuação do psicólogo teve no Hospital antes mesmo de uma difusão maciça da Psicologia da Saúde (Oliveira, 2011).

As primeiras atuações de psicólogos em hospital surgiram no Brasil na década de 1950, no Hospital das Clínicas de São Paulo, com algumas pesquisas e intervenções pontuais na maternidade do hospital das clínicas e com a Psicóloga Mathilde Neder, que iniciou um trabalho como colaboradora na Clínica Ortopédica e Traumatológica (atualmente Instituto de Ortopedia e Traumatologia) do Hospital das Clínicas da USP – HC, que viria a fundar o curso de especialização “Psicologia da Saúde: Psicologia Hospitalar” (Cytrynowicz 2010). A partir daí, aponta Spink (1993), houve uma disseminação e progressiva das experiências bem sucedidas por todo país, promovendo uma maior visibilidade da Psicologia em hospitais e derivando serviços similares em outras instituições. Assim, por esta trajetória, vê-se no Brasil, o termo “Psicologia Hospitalar” com igual ou maior frequência do que “Psicologia da Saúde”. Nessas circunstâncias, o presente trabalho pretende relatar a rotina de atendimento psicológico em enfermarias de Hospital Geral Universitário, na cidade de São Paulo-SP, Brasil, um hospital que atende gratuitamente através da rede pública. Por fim, além de uma descrição de experiência, objetiva-se realizar uma discussão entre as intervenções apresentadas e a necessidade de uma sistematização das práticas contextualizada e flexível à realidade do hospital.

Método

O presente trabalho partiu de uma reflexão crítica sobre prática profissional da equipe de Psicologia em um Hospital Geral Universitário. Todos os casos atendidos são registrados em prontuários e relatórios de supervisão, incluindo as demandas e intervenções. Os registros foram lidos e articulados com dados obtidos em revisão bibliográfica (Rodrigues, 2006). A leitura permitiu a categorização e descrição sistemática da prática de atuação. Os resultados são apresentados em categorias, que incluem a revisão bibliográfica e observação de campo. Inicialmente é apresentado o contexto em que se insere a instituição, em seguida a mesma é apresentada, com suas típicas demandas

ao Serviço de Psicologia e como este realiza suas intervenções. Por fim são apresentadas e discutidas as intervenções mais frequentes da nossa rotina.

Resultados

1. O hospital geral universitário e suas peculiaridades

O local dos atendimentos é um hospital geral universitário, que atende pacientes gratuitamente Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS considera a saúde um direito fundamental, cabendo ao poder público garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Presidência da República, 1990).

Nessa complexa rede de saúde, existem os Hospitais Universitários - HUs, criados diante da necessidade de unidades assistenciais nas quais se articulassem ensino, pesquisa e a habilitação de profissionais de saúde (Andrade, 1991). Na condição de hospital universitário, o hospital aqui descrito é também um hospital-escola, definido pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde como um centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Sua efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias (MEC, 2015). Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento, mas no tocante à concepção acadêmica tradicional, o hospital universitário (HU) pode ser definido ainda como uma instituição que se caracteriza como um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde como, por exemplo, Faculdades de Medicina, de Enfermagem, de Psicologia, etc. ao proporcionar treinamento universitário na área de saúde.

Nesse contexto, o Hospital Universitário da USP, no qual atuamos, é utilizado como base de ensino para sete unidades da USP para cerca de 2430 alunos de cursos de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento. Complementarmente, a população do seu entorno, por abrigar uma grande variedade de situações sociais (incluindo as que caracterizam a própria comunidade da USP), ao mesmo tempo em que se beneficia desse olhar integrado sobre sua condição de saúde, constitui-

se amostra adequada para que esse processo ensino/aprendizagem se realize em sua maior abrangência.

2. Demandas mais comuns para o Serviço de Psicologia Hospitalar

O Serviço de Psicologia Hospitalar do HU costuma receber encaminhamentos através de duas vias: interconsultas, através do qual o médico assistente faz um pedido por escrito de atendimento ao psicólogo; e pedidos da equipe de saúde das enfermarias, diretamente aos psicólogos. Geralmente os pedidos de avaliação e acompanhamento psicológico partem de uma observação da própria equipe, mas há casos em que o próprio paciente ou familiar solicita. Diante disso, cumpre destacar as principais demandas ao Serviço de Psicologia Hospitalar:

Episódios de Ansiedade

É comum ocorrência de ansiedade diante de situações que envolvam risco à saúde e integridade (Komolafea et al., 2015) ou que interfiram na rotina do paciente, tais como cirurgias emergenciais, procedimentos invasivos não planejados, alta hospitalar ou questões externas à sua hospitalização, tais como negócios, comércio e pagamentos. Ele vivencia estes momentos com apreensão, preocupações sobre possíveis desgraças futuras, ansiedade antecipatória, ou irritação. Frequentemente apresentam sintomas fisiológicos de ansiedade, com hiperatividade autonômica, que se confundem com seu quadro clínico tais como taquicardia, formigamentos, sudorese, palpitação, tontura, tensão muscular, tontura, boca seca, tremores.

Humor deprimido

Diante das inúmeras perdas que podem acontecer no hospital (Oliveira, 2011) alguns pacientes e familiares costumam apresentar humor triste, choro fácil e frequente, apatia, desânimo, desesperança, anedonia, culpa, perda de interesse, diminuição da auto-estima, inapetência, e irritabilidade aumentada, além de ideias de morte, o que podem comprometer a adesão ao tratamento e a relação com a equipe (Minckley, 1968; McKillen, 2013).

Baixa adesão ao tratamento

Diversos fatores influenciam na adesão ao

tratamento como aspectos socioeconômicos, aspectos relacionados ao tratamento, à doença ou ao sistema de saúde e equipe ou ainda características pessoais do paciente (WHO, 2003). Em determinados momentos, alguns pacientes deixam de colaborar considerável ou totalmente e é solicitada uma avaliação psicológica.

Comportamento hostil com a equipe ou problemas de comunicação com a equipe

Alguns pacientes e familiares apresentam comportamento hostil ou mesmo agressivo, reprovando condutas da equipe, queixando-se dos cuidados recebidos. Além das razões já citadas, algumas pessoas quando abordadas revelam atrás da agressividade uma intensa vivência de desamparo e ódio à situação a qual estão submetidos e à impotência. Dificuldades mais ou menos imperceptíveis na comunicação entre equipe, paciente e familiares podem também influenciar tais situações, seja por conta de termos técnicos e diagnósticos mais complexos ou mesmo dificuldades cognitivas ou afetivas – de empatia – que podem interferir na compreensão adequada.

Avaliação Psicológica de Rotina

Diante de quadros clínicos com diagnóstico ou prognóstico reservado ou com internação prolongada, o Serviço de Psicologia é comumente solicitado para avaliação psicológica. Muitas vezes a equipe deseja saber se o paciente está com suas funções psíquicas preservadas, bem orientado, compreendendo seu quadro clínico adequadamente e possíveis mudanças de conduta propostas pela equipe, ou ainda se tem condições afetivas e cognitivas para receber notícias difíceis em relação ao seu prognóstico e tratamento.

Tempo Prolongado de Internação

Muitas vezes, alguns pacientes ficam internados por meses por conta de um quadro clínico complexo e de evolução lenta ou complicações operatórias. No tocante à primeira razão, é comum o sofrimento por conta das constantes mudanças corporais através de cicatrizes, cirurgias invasivas ou mesmo afastamento do trabalho, da família e atividades sociais (Oliveira, 2011). Com relação à segunda possibilidade, observa-se alta incidência de transtorno de estresse pós-traumático quando associada a situações de incerteza quanto à saúde e o agravamento do quadro clínico (Prado & Rodrigues,

2014). Tais situações muitas vezes agravam a magnitude traumática, despertando medo da morte ou insegurança quanto ao futuro, temendo novas complicações. Em ambas as situações, em nossa prática clínico-hospitalar, observamos que estes pacientes apresentam intenso desejo de alta hospitalar, ficando menos colaborativos ou com desconfiança dos procedimentos médicos

3. Caracterização das Intervenções Clínicas nas Enfermarias Hospitalares

Diante dessa realidade, desvela-se um campo de atuação ao psicólogo na área da saúde, em especial na área hospitalar. No caso das intervenções realizadas pela Psicologia no Hospital Universitário, cada atuação ocorre em três etapas que embora didaticamente distintas, frequentemente se imbricam, ao longo do atendimento psicológico: Diagnóstico, Intervenção Terapêutica e Devolução.

Diagnóstico

Na primeira delas, como o próprio nome sugere é feito um diagnóstico da situação do paciente, incluindo sua relação com a doença, família, instituição e equipe. Como os pacientes costumam estar emocionalmente fragilizados, costuma-se fazer uma investigação baseando-se nas informações que o paciente traz. Nesse primeiro momento, é importante, como sugerem Botega & Dalgallarrondo (2002), estabelecer um *rapport* adequado, procurando criar no paciente uma sensação de confiança e esperança de que seu sofrimento será aliviado.

Por conta da ansiedade, o paciente poderá usar manobras e mecanismos defensivos como risos, perguntas inadequadas ou comentários críticos. De acordo com Botega & Dalgallarrondo (2002), são estratégias inconscientes ou propositais que podem emergir como proteção para não entrar em contato com seu sofrimento ou dificuldades.

Além disso, há pacientes cuja demanda foi observada pela equipe, mas quando abordados pelo psicólogo, trazem apenas uma queixa orgânica (Rodrigues, 2011). Muitas vezes ele consegue falar apenas da sua rotina ou enfermidade de uma maneira técnica, tal como lhe é explicado pela equipe, o que exige do psicólogo uma escuta clínica, que atente a aspectos subjetivos das queixas e que podem dar origem a algum sofrimento emocional, como medos, julgamentos,

impressões, fantasias e crenças inadequadas sobre sua condição (Oliveira & Rodrigues, 2014).

O diagnóstico psicológico fornecerá, portanto, uma visão panorâmica em torno da doença e da pessoa adoentada, que expresse toda a relação do sujeito com a doença, com sua vida e universo ao seu redor, bem como os processos que influenciam e são influenciados pela doença, informações, queixas, defesas psíquicas, entre outros (Simonetti, 2011). Dessa forma, o psicólogo procura se empenhar para compreender a realidade do paciente, o quanto aceita o tratamento e as restrições das doenças, para com isso consiga viabilizar intervenções eficazes (Tardivo, 2008). Deve-se ressaltar, no entanto, que para avaliar o quanto o paciente compreende da sua realidade e tratamento, é preciso que o psicólogo tenha tido contato com tais informações técnicas através do prontuário ou contato com a equipe de saúde.

Em nossa prática no Hospital Universitário, é comum a ocorrência de quadros confusionais como o *delirium*, principalmente entre idosos, que requerem um manejo específico (Fontoni, Oliveira & Caneta, 2014). Com isso, subjacente a cada contato com o paciente, um breve exame psíquico, atentando aos meandros do discurso dele, observando orientação no tempo e espaço, percepção e atenção, identificando ainda o quanto ele compreende seu quadro clínico e procedimentos da equipe ou quanto está apto emocionalmente e cognitivamente para receber notícias difíceis.

Intervenção

A segunda etapa do atendimento é a intervenção terapêutica em si. Após compreender a situação, se verificarmos algum tipo de desajuste afetivo, comportamental ou sofrimento psicológico de qualquer natureza, intervimos de forma a auxiliar paciente, familiares e equipe a atravessar esse momento de dificuldade.

Uma intervenção comum é o acolhimento psicológico, na qual se acolhem as angústias do paciente, e é de fundamental importância, acima de tudo, o reforço de estratégias adaptativas saudáveis e mecanismos defensivos adequados do ego, evitando fazer associações livres ou interpretações, que podem desestruturá-lo ainda mais por conta do impacto emocional da própria enfermidade, além de muitas vezes não termos tempo de desenvolver um *rappor*t adequado, visto que muitas situações impõem uma urgência na atuação psicológica

tal como cirurgias e procedimentos invasivos marcados para o mesmo dia em que se dá a intervenção (Oliveira & Rodrigues, 2014). A intervenção do psicólogo se dá principalmente pela escuta e pela restituição ao paciente do lugar de sujeito (Moreto, 2001), muitas vezes objetificado pelos procedimentos médicos essenciais à sua cura ou manutenção da vida.

No entanto, mais do que acolher angústias e restituição do papel de sujeito, é preciso intervir procurando auxiliar o paciente a lidar com sua enfermidade e dificuldades na internação. Devido à natureza do contexto hospitalar, muitas vezes o psicólogo tem apenas uma chance de contato com o paciente antes de algum evento ansiogênico como procedimento cirúrgico, exame ou alta hospitalar. Assim, essa intervenção deve ser a mais precisa possível e nessas circunstâncias, procuramos identificar os principais focos de sofrimento psíquico e atuar diretamente sobre eles.

Além dos pacientes, os psicólogos atuam com familiares e equipe. No contexto familiar, o adoecimento emerge como uma ruptura brusca no cotidiano, gerando sentimentos de desproteção, desagregação, incerteza, medo, perda da privacidade por conta da hospitalização, além de estresse, sensação de perda de controle, medo da morte do ente querido e mudanças temporárias de papéis (Oliveira & Somerman, 2008). Em caso de pacientes infantis, é comum o surgimento de problemas emocionais relativos às idealizações em cima do filho, às relações de parentalidade e do vínculo com a criança (Favarato & Gagliani, 2008). É preciso atenção para cuidadores também de pacientes infantis, devido às mudanças causadas na rotina e aos impactos emocionais da enfermidade delas no contexto social e familiar (Araújo et al, 2013). A equipe costuma ter dificuldades na comunicação com pacientes infantis e pode acionar a Psicologia para auxiliá-la, principalmente em situações em que o prognóstico é complicado ou reservado (Toma, Oliveira e Kaneta, 2014). É preciso também atuar preventivamente com outras crianças da família, uma vez que é comum entre pais preterir os cuidados dos outros filhos, irmãos da criança em enferma, em razão da intensa, e muitas vezes necessária, atenção dada a essa última. Outras crianças, apesar da empatia e solidariedade com o sofrimento do irmão enfermo, vivenciam de maneira velada um acréscimo de responsabilidades e sentimentos de ciúme e rivalidade (Dórea, 2010).

Um bom equilíbrio emocional da família refletirá no paciente. Assim, além das intervenções para manejo de

ansiedade e alívio de sofrimento psíquico, muitas vezes a intervenção psicológica se dá no sentido de orientações sobre como dialogar ou lidar com o paciente e equipe. Algumas vezes, observa-se também intenso estresse e sobrecarga emocional pelo cuidado com o paciente e nesses casos, costuma-se auxiliá-los a enxergarem alternativas para o cuidado, como dividir tarefas com outros familiares ou reorganização da rotina. Nesse processo, é frequente a detecção de conflitos familiares que deverão ser acolhidos, mas nem sempre possíveis de serem trabalhados psicoterapeuticamente, dadas as já referidas características do contexto hospitalar. Ainda assim, são possíveis outras intervenções como apoio e acolhimento, auxílio à família para investir e cooperar no tratamento, além de incentivar diálogo com a equipe, atuando preventivamente em eventuais problemas de relação com essa (Oliveira & Sommerman, 2008).

No hospital, nem sempre os atendimentos se dão com demandas claramente delineadas. Muitas vezes um evento como um procedimento cirúrgico não planejado, mudança na conduta da equipe ou mesmo alta hospitalar podem desorganizar mentalmente pacientes e familiares. Nesses casos são utilizadas estratégias de intervenção em crise. Uma crise, quando instalada, pode afetar a saúde mental, mas se bem resolvida, pode ser uma oportunidade de amadurecimento e desenvolvimento pessoal. Dessa forma, as intervenções em situações de crise emergem como um ingrediente essencial para o tratamento da situação traumática no processo de recuperação das pessoas envolvidas nesses eventos (Sá, Werlang & Paranhos, 2008).

Assim atuamos baseado em um modelo de primeiros socorros psicológicos que se expressa no acrônimo “EARN” (Everly & Flynn, 2006), em que cada letra reflete um passo da intervenção, a saber:

Emphatic Listening – O psicólogo permite o paciente falar, deixando-o livre para contar sua história e expressar suas emoções. A intenção é criar um espaço de expressão e acolhimento para a pessoa, para que ele possa se reestabelecer.

Apply Stress Management – Inclui o acolhimento e reenquadramento cognitivo, desmistificando de medos e fantasias negativas, buscando reduzir a ansiedade. O paciente é auxiliado nas resoluções de problemas imediatos, o que fazemos muitas vezes através de uma aproximação entre o paciente e a equipe, que dará orientações técnicas sobre seu caso.

Reassurance (Reasseguramento) – Reassegurar o

paciente o que foi dito e trabalhado com ele, através de uma postura que transmita confiança e compaixão.

Normalization – Auxiliar o paciente a sair da crise, através de orientações para auto-avaliação, antecipando, inclusive, os próximos passos, que pode ser um acompanhamento psicoterápico temporário enquanto ele estiver hospitalizado. Tudo isso ajuda a desenvolver a resiliência e auto-eficácia, características importantes para organizar-se mais e melhor, afastando-se da crise.

Assim que a crise é atravessada, o paciente é novamente reavaliado e, se necessário, ele recebe um acompanhamento psicológico de acordo com suas demandas. No momento que ele se mostra adaptado à sua condição, sem demandas e sem sofrimento psíquico, ele recebe alta psicológica, podendo ser novamente reavaliado futuramente se surgir nova demanda observada por ele, algum familiar ou membro da equipe. Importante frisar ainda que ao fim de cada momento com o paciente lhe é dado um *feedback* e é combinado quando será o retorno do psicólogo, se houver necessidade.

Por fim, no caso de pacientes com comportamento disfuncional também utilizamos o modelo EARN (Everly & Flynn 2006), porém seguido de intervenções mais frequentes, podendo contar com o apoio também de um psiquiatra. Tal cuidado se dá, pois nesse estado o paciente pode apresentar confusões incapacitantes, desesperança, pensamentos suicidas, alucinações, pensamentos paranoides e até mesmo sentimento de pânico no lugar do medo ou ainda transtorno por estresse pós-traumático.

Devolução

O terceiro momento da intervenção com o paciente hospitalizado é a devolução. Ela é feita tanto ao paciente quanto a quem fez o pedido. Evita-se a posição de quem “sabe” diante de quem “não sabe”, o que atrapalharia o processo (García-Arzeno, 2005). Nesse momento, procuramos evidenciar nossa compreensão e observamos também qual a compreensão do paciente. É um momento importante, no qual não se deve abandonar o cuidado, pois podem surgir novos materiais e necessidades de novas intervenções.

Com relação à equipe, tomamos os mesmos cuidados e geralmente ela dirige seus pedidos e questionamentos ao psicólogo de maneira bem clara e objetiva, esperando uma resposta dessa mesma forma.

Assim, em nossa prática clínica, conforme sugere Lopes (2012), procuramos sempre emitir através de diálogos e registros em prontuário, um laudo cuidadoso que permita uma compreensão adequada. Como já dito, nesse contexto, a avaliação e a intervenção ocorrem em um mesmo momento e, no parecer, deve constar nossa compreensão, mas também quais intervenções foram realizadas e quais estão planejadas, preservando sempre a dignidade do paciente em todos os relatos, assim como fornecendo apenas informações relevantes à realidade do paciente, tal como recomenda Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2003).

Há ainda um frequente pedido de equipes de saúde para que o paciente seja auxiliado a aceitar melhor rotina hospitalar, mas não devemos ficar presos exclusivamente a isso e priorizar sempre uma escuta ao drama subjetivo do paciente para depois avaliar as questões solicitadas pelos outros profissionais de saúde. Nesses casos, um breve sumário do exame mental e estado emocional do paciente diante da enfermidade, cirurgia ou algum procedimento costuma arrefecer a ansiedade da equipe (Oliveira & Rodrigues, 2014). Como há casos em que esta ansiedade persiste, mesmo sem a demanda do paciente, é comum que haja uma demanda à psicologia por parte da equipe, seja por um processo de identificação com o paciente, luto pelo mesmo, estresse ou sobrecarga emocional. Dessa forma, é possível ainda oferecer a escuta clínica ao profissional de saúde, acolhendo sua angústia, e se necessário, dar o devido encaminhamento.

Discussão

O paciente sempre traz mais do que sua enfermidade ao ambiente hospitalar e o profissional que se apegar às questões exclusivas da enfermidade incorrerá em erro deixando de compreendê-lo de maneira integral. O ser humano responde emocionalmente às situações decorrentes da interação social e não apenas de ameaças concretas como microrganismos ou vírus. Assim, situações que podem sugerir ou implicar quebra de laços familiares e da estrutura social ou privar alguém de necessidades afetivas básicas ou impeçam a realização pessoal são potencialmente danosos à pessoa, aumentando consideravelmente sua vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, a enfermidade não é um elemento isolado na vida de um paciente, mas um elo a mais na sua história (Campos & Rodrigues, 2005).

Na prática clínica hospitalar, muitas vezes o

psicólogo vai se deparar com questões que extrapolam a própria internação, tais como conflitos familiares, problemas no trabalho e questões sociais. Dentre os motivos mais recorrentes que observamos em nossa prática clínica destacamos alguns deles, dentre os quais episódios de ansiedade, humor deprimido, baixa adesão ao tratamento, comportamento hostil com a equipe ou problemas de comunicação com a equipe. Outro motivo comum para a atuação do psicólogo no hospital são as avaliações de rotina, principalmente diante de quadros clínicos com diagnóstico ou prognóstico reservado ou com internação prolongada, casos que costumam afetar a equipe, com consequente pedido de avaliações psicológicas.

A psicologia surgiu no hospital com a aplicação de um *know-how* técnico, oriundo da prática clínica, transferindo saberes de um campo ao outro (Spink, 2003) e que ainda está se estruturando. Nessas condições, uma dúvida bastante comum do estagiário em psicologia hospitalar ou do psicólogo iniciante nessa área é como intervir clinicamente nesse ambiente.

Em meio a esse processo de construção da prática clínica da Psicologia em hospitais apresentamos um modo de atuação que tem funcionado em nossa realidade, sem a pretensão de encerrar esse debate. Apesar da discordância quanto algumas especificidades, diversos autores de diversas abordagens teóricas (Spink, 2003; Oliveira & Rodrigues, 2014; Rudnicki, 2014; Kernkarut & Silva, 2013; Moreto, 2001; Romano, 1999) concordam com o fato de que a transposição irrefletida do modelo clínico para o hospital é falha, sendo necessária desenvolver intervenções contextualizadas com a realidade de cada paciente e de cada instituição. Independente da abordagem teórica do profissional, acreditamos que o mais importante é centrar o atendimento na figura do paciente. Em segundo lugar, entendemos que é preciso lembrar que, diferente da clínica, no hospital o tempo urge e nem sempre haverá uma próxima oportunidade para abordar o paciente e auxiliá-lo naquilo que lhe aflige. Rudnicki (2014) destaca que o trabalho em hospitais se diferencia dos demais campos de atuação do psicólogo em função de uma série de características, como o espaço agitado, domínio médico, o ambiente de pouca privacidade, tanto pela presença de outros pacientes internados quanto pelas frequentes interrupções de profissionais de saúde para realização de importantes procedimentos. No caso de enfermarias, o *setting* sofre ainda mais interferências

dado o fluxo maior de pessoas, sejam pacientes, seus familiares e acompanhantes ou de outros familiares (Oliveira & Rodrigues, 2014).

Kernkraut & Silva (2013) reforçam a ideia de que as possibilidades interventivas do psicólogo no hospital sofrem limitações da instituição devido às regras, rotinas, dinâmicas e funcionamento, além dos desafios típicos dessa realidade: pacientes que não colaboram ou não querem o contato com o psicólogo, famílias que interferem, tentando prevalecer seus interesses, interferência de profissionais de saúde que não valorizam aspectos emocionais do paciente, entre outros.

Muitas vezes o psicólogo é chamado antes de uma cirurgia muito invasiva ou mutiladora, logo depois de um prognóstico reservado ou mesmo para uma avaliação psicológica antes da alta hospitalar. Isso quando ele não é surpreendido pelo óbito do paciente. Sendo assim, os atendimentos no hospital devem ser aproveitados ao máximo e acreditamos que não necessitam de um rigor quanto à duração máxima da sessão de 50 minutos, sendo muitas vezes mais do que isso.

É preciso ouvir atentamente os pacientes, intervir objetivamente e evitar deixar questões pendentes para o próximo encontro ou questões que o deixem mergulhados em angústia até o atendimento clínico seguinte, prática muito comum em determinadas abordagens clínicas quando se pretende mobilizar o paciente para mudança. Deve-se lembrar que no hospital, muitos pacientes estão fragilizados emocional e cognitivamente por conta da sua enfermidade e tal conduta poderia gerar ainda mais sofrimento. Devemos cuidar para que o sofrimento do paciente seja aliviado ou amenizado em cada encontro e devemos retornar no seguinte atendimento procurando dar uma continuidade e sempre restituindo seu papel ativo de sujeito da sua história.

Outra peculiaridade desse ambiente é a presença de uma enfermidade e tratamentos que podem variar rapidamente promovendo mudanças muito súbitas de humor e de expectativas do paciente, como o diagnóstico de doenças graves, intercorrências, transferências de setor, entre outros. Nesse sentido é que adotamos uma estratégia voltada para solução do sofrimento emocional iminente, em que o diagnóstico, a intervenção e a devolução ocorrem no mesmo momento. Para isso, faz-se necessário o desenho de uma atuação estratégica, colhendo informações com a equipe e em prontuário sobre diagnóstico médico e episódios importantes vividos no hospital. Essas informações auxiliam a

investigação sobre a compreensão que o paciente tem do seu quadro clínico e procedimentos e em caso de incompatibilidade das informações entre equipe e paciente, investigamos dificuldades de comunicação, existência de quadros confusionais, alterações de humor ou processos afetivos que podem interferir na vivência emocional e compreensão do paciente.

Nessas circunstâncias, devido à dinâmica do próprio ambiente hospitalar, destacamos a importância de uma atuação precisa e cuidadosa. Descrevemos um modelo de atendimento psicológico dividido didaticamente em três momentos básicos: a) o diagnóstico, procurando compreender o paciente e sua realidade; b) intervenção, na qual se procura dar voz ao paciente, tornando-o sujeito do seu processo, e procurando amenizar seu sofrimento psíquico; e por fim c) a devolução, que consiste em evoluir o atendimento em prontuário e discutir brevemente com a equipe o que foi feito, sempre preservando o sigilo e a dignidade do paciente, ou seja, transmitindo apenas as informações que possam auxiliar a equipe a lidar com ele.

Quanto ao cuidado de considerar aspectos institucionais e clínicos, Simonetti (2011), Kernkraut & Silva (2013), endossam a importância da leitura do prontuário e discussão de caso com a equipe. Enfatizamos também o fato de que o diálogo com a equipe e o registro do atendimento em prontuário sobre nossa compreensão e as intervenções realizadas reforçam a postura de interdisciplinaridade, algo de extrema importância no campo da saúde. Vilela & Mendes (2003) afirmam que saúde é uma área eminentemente interdisciplinar e que a integração de olhares dos diversos profissionais está associada um maior compromisso com nossa complexa realidade, em especial com os diversos problemas de saúde.

Um aspecto que julgamos importante sublinhar é a ênfase nas intervenções de crise, por entendermos que um problema como uma enfermidade ou hospitalização, exige uma readaptação do indivíduo. Essa crise tanto pode afetar negativamente a saúde mental quanto ser uma oportunidade de amadurecimento e desenvolvimento pessoal (Liria & Veja, 2002), o que demanda uma atenção especial do psicólogo (Sá, Werlang & Paranhos, 2008). Além da possibilidade do alívio do sofrimento do paciente, intervir diante de uma crise tem também um importante papel preventivo de quadros ou transtornos psicológicos mais graves (Simon, 1989). Caiuby (2013) também reforça o uso de intervenções em crise no

hospital em função da existência de diversos eventos perturbadores como ansiedade pré ou pós-operatória, procedimentos invasivos, luto, decisões quanto ao tratamento clínico, entre outros. O autor acrescenta, no entanto, que esse tipo de intervenção requer habilidade, flexibilidade e criatividade para o manejo adequado que cada caso exige.

O Hospital Universitário da USP atende a rede pública de saúde e como tal está subordinado às normas e variações econômicas do país, podendo sofrer interferências na maneira como é gerido ou administrado e os recursos do Estado direcionados à saúde podem ser ampliados ou reduzidos. Além disso, por esta característica de gratuidade no atendimento, muitos dos seus pacientes vivem em situações de dificuldades financeiras e com acesso difícil a determinados recursos necessários à sobrevivência básica. Dessa forma, por diversas vezes, o paciente também se queixa de dificuldades financeiras por conta de sua enfermidade. Muitas vezes quem está hospitalizado é o maior provedor da família, outras vezes se preocupa com seus filhos menores de idade, desprovidos de cuidado ou mesmo com sua família que em outra longínqua cidade não sabe que está gravemente enfermo. Nestas situações comuns em hospitais que atuam no SUS, uma vez que o psicólogo reconhece tais necessidades, cabe a ele acionar o serviço social da instituição ou ao menos orientar o paciente a procurá-lo. Muitas vezes somente com o auxílio de profissionais que lidem com tais questões sociais é que o psicólogo conseguirá ajudar o paciente a organizar-se emocionalmente diante das dificuldades adicionais impostas pelo adoecimento.

Com relação a essas dificuldades impostas por questões sociais, existem dois pontos de vistas que se sobressaem. Alguns autores sinalizam a importância de o psicólogo estar atento também às dificuldades derivadas de situações de pobreza ou difíceis condições sociais, enquanto outros enfatizam as dimensões simbólicas da saúde em locais onde as pessoas não têm os recursos necessários para a sobrevivência básica. Muitas vezes, psicólogos colocam estas posturas como opostas e excludentes, mas podemos pensá-las como posturas complementares. Ou seja, podemos ter um olhar clínico sobre o sujeito, considerando suas dimensões simbólicas e afetivas, mas também atentar para questões sociais que, por sua vez, podem também gerar sofrimento no

paciente (Campbell & Cornish, 2014; Campbell, 2014). Em meio a tais discussões, o modelo biopsicossocial (Engel, 1977) mostra-se adequado para refletir a prática do psicólogo no ambiente hospitalar, visto que os limites entre saúde e doença são pouco claros, por estarem imersos em um contexto cultural, social e psicológico. Com isso, não só o psicólogo, mas todo profissional na área da saúde com esse referencial entende o ser humano a partir de três diferentes perspectivas: biológica, psicológica e sociocultural, o que por sua vez, amplia e aprofunda o olhar sobre o ser humano, favorecendo ainda a interdisciplinaridade, na medida em que se reconhece a importância de outras dimensões, que podem necessitar da intervenção de profissionais de outras formações de ensino superior.

Conclusão

No início deste trabalho, apontamos que as intervenções na área da Psicologia da Saúde ainda estão sendo construídas e repensadas e, como dito, não pretendemos encerrar essa reflexão. A Psicologia, principalmente na área da saúde, tem uma história muito recente no Brasil e assim como o Sistema Único de Saúde, segue em um processo contínuo de construção. Conforme a Psicologia vai amadurecendo, no entanto, estudos, pesquisas e práticas clínicas vão se desenvolvendo e se acumulando e aos poucos as práticas em Psicologia da Saúde vão ganhando uma identidade. Outro ponto apontado nesse trabalho foi a atribulada rotina hospitalar que parece dificultar a sistematização de uma prática, porém nossas experiências têm indicado que aos poucos a Psicologia está desenvolvendo estratégias dinâmicas e contextualizadas que consideram a especificidade de cada paciente e instituição, conforme discussão apresentada com diversos autores da área.

Acreditamos ainda que essa constante preocupação com a prática em Psicologia da Saúde deve se estender aos cursos de graduação e pós-graduação. Discussões acerca do modelo de saúde que consideram variáveis psicológicas, sociais e biológicas em torno do fenômeno saúde-doença e de estratégias interventivas diante de pacientes enfermos auxiliam no amadurecimento e consolidação da prática psicológica nesse importante contexto, marcado por momentos difíceis de dor e sofrimento.

Referências

- ADUSP (2014) Nota do GT Saúde a respeito da desvinculação do HU da USP . Disponível em: <http://www.adusp.org.br/index.php/saude/333-hu/2136-nota> Acesso em 05/06/2016.
- Andrade, E.I.G.; Santos A.F& Coelho F.L.G. (1991). Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*. 5: 63-67.
- Araújo, P. C. B.; Danta, M. M. C.; Lopes, S. S. de M., Morais, D.; Oliveira, L. C. B. de; & Maia, E. M. C. (2013). Os impactos na vida dos cuidadores de criança com câncer: uma revisão de literatura. *Revista Perspectivas em Psicologia*, 10, 1-9. Disponível em: 12/06/2016 <http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/130>
- Barbosa, L.N.F. & Costa, V.A.S. (2008). Atuação do Psicólogo em Hospitais. In: Barbosa, LNF & Francisco, A.F. (eds). *Modalidades Clínicas de Prática Psicológica em Instituições*. Recife: Fasa Gráfica, 21-32.
- Botega, N.J. & Dalgallarrondo, P.D. (2002). Avaliação do Paciente. In: Botega, NJ (ed). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 145-163.
- Campos, E. M. P. & Rodrigues, A. L. (2005). Mecanismo de Formação dos Sintomas em Psicossomática. Mudanças - Psicologia da Saúde, Universidade Metodista, v. 13, n.2, p. 290-308, 2005. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v13n2p290-308>
- Campbell C. (2014). Community mobilisation in the 21st century: Updating our theory of social change? *Journal of Health Psychology* 19(1): 46–59. DOI: 10.1177/1359105313500262.
- Campbell, C. & Cornish, F. (2014). Reimagining community health psychology: Maps, journeys and new terrains. *Journal of Health Psychology* 19(1) 3–15. DOI 10.1177/1359105313500263.
- Castro, E. Kern de, & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>
- CFP (2003). *Resolução CFP nº 007/2003*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia. Acesso em: 10 de dezembro de 2016, disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf
- Cytrynowicz, M. (2010). *Uma questão de saúde – Trajetória da psicologia hospitalar em São Paulo*. Conselho Regional de Psicologia - Seção São Paulo.
- Dórea, A.A. (2009). *Efeitos psicológicos em irmãos saudáveis de crianças portadoras de cardiopatias congênitas*. Dissertação Mestrado, Universidade de São Paulo.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286): 129-136.
- Everly Jr, G.S. & Flynn, B. (2006). Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Emergency Mental Health* 8(2): 93-100.
- Favarato, M.E.C. de S e Gagliani, M.L. (2008). A atuação de Psicólogo em Unidades Infantis. In: Romano, B. W. (ed). *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiró, J.A. B. (1999). Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos da Experiência dolorosa. In: Carvalho, M.M.J.C. (ed). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.
- Fontoni, MR, Oliveira, WL, Kaneta CN (2014). Winnicott e o desafio do atendimento a pacientes idosos em estado confusional. *Psicologia, Saúde e Doenças* 15(3): 818-829. <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150320>
- García-Arzeno, M. E. (2005). *Psicodiagnóstico Clínico – novas contribuições*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kernkraut, A. M., & Silva, A. L. M. da. (2013). A clínica psicológica no hospital geral: como avaliar o paciente adulto internado em hospital geral? In P. B. de A. Andreoli, A. V. S. Caiuby, & Silva Lacerda, S. (Orgs.). *Psicologia Hospitalar*. Barueri: Manole.
- Komolafea C., Csernus M. & Fülöp, E. (2015). Patients' anxiety during the perioperative care from the point of view of the nursing staff and patients. *Kontakt*. 17(2):80-88. DOI:10.1016/j.kontakt.2015.01.006.

- Lopes, S.R.A. (2012). A Psicologia Hospitalar na Teoria e na Prática. In: Gioia-Martins, D.F. (ed). *Psicologia e Saúde: formação, pesquisa e prática profissional*. São Paulo: Vetor.
- MEC - Ministério da Educação (2015). *Hospitais Universitários*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&> Acesso em 20/06/2015.
- McKillen, S., Fien, M., Elliot R. & Elliot D. (2013) Sleep and psychological health during early recovery from critical illness: An observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 75 (6): 539–545.
- Minckley, B.B. (1968) A study of noise and its relationship to patient discomfort in the recovery room. *Nursing Research*, 17(3): 247-250.
- Moreto, M.L.T. (2001) *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, E.B.S. & Sommermam, R.D.G. (2008) A família hospitalizada. In: Romano, B. W. (org.). *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, W.L. (2011) *Investigação psicológica de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
- Oliveira, W.L. & Rodrigues A.L. (2014) Sobre a prática psicanalítica em enfermarias hospitalares. *Estudos de Psicanálise* 41:157-166.
- Perez, G.H. (2008) A Unidade de Emergência. In: Romano, BW. *Manual de psicologia clínica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Presidência da República (1990) *Lei Orgânica da Saúde n.º. 8.080 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. 19 de Setembro.
- Rodrigues, A. de J. (2006). *Metodologia Científica*. São Paulo. Avercamp.
- Rodrigues, A.L. (2011) A Psicoterapia do Paciente com Queixa Eminentemente Orgânica. In: *II Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde e Congresso Ibero Americano de Psicologia da Saúde* (Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde), São Bernardo, Br, 25-27, Maio.
- Romano, W. B. (1999). *Princípios da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rudnicki, T. (2014). Psicologia da Saúde: Bases e intervenção em Hospital Geral. In T. Rudnicki & M. M. Sanchez (Orgs.). *Psicologia da Saúde – a prática da terapia cognitivo-comportamental em hospital geral*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Sá, S.D., Werlang, B.S.G.; Paranhos, M.E. (2008) Intervenção em Crise. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 4(1):0-0. DOI: 10.5935/1808-5687.20080008
- Soares, A.R. (2010) A Psicologia no Brasil. *Psicologia: Ciência E Profissão* 30 (special number): 8-41.
- Simon, R. (1989). *Psicologia Clínica Preventiva*. São Paulo: E.P.U.
- Simonetti, A. (2011) *Manual de Psicologia Hospitalar – O mapa da Doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M.J. P. (1993) Health Psychology in Brazil. *Health Psychology Update* 13(special number):22-28.
- Spink, M.J. (2003) *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Tardivo, L.C. (2008). O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. In: Lange, E.S.N. (org). *Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas*. São Paulo: Vetor.
- Toma, M.D., Oliveira W.L., Kaneta C. N. (2014). Comunicação de Prognóstico Reservado ao Paciente Infantil. *Revista Bioética* 22 (3): 540-9 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223037>
- Vilela, E. M., & Mendes, I. J. M. (2003). Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 525–531. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000400016>.
- WHO – World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies – Evidence for action*. Switzerland: World Health Organization.

Fecha de recepción: 09/04/2017

Fecha de aceptación: 11/09/2017