

Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) NOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO SUS



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CREPOP

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA
CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM
PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) NOS SERVIÇOS HOSPITALARES DO SUS

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheira Federal Responsável

Jureuda Duarte Guerra

Especialistas

Denise Regina Disaró

Josélia Quintas Silva de Souza

Maria Aparecida Crepaldi

Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Mônica Giacomini Guedes da Silva

Silvana Fontoura Dorneles

1ª Edição
Brasília, 2019

© 2019 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br.

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: Carlos Otávio Flexa (MC&G Design Editorial)

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF

(61) 2109-0107 E-mail: ascom@cfp.org.br/www.cfp.org.br

Impresso no Brasil – novembro de 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).

Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2019.

128 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5069-008-3

1. Psicologia - Manuais, guias, etc. 2. Psicologia aplicada. 3. Saúde pública - Brasil. 4. Pessoal da área de saúde pública. I. Conselhos Regionais de Psicologia. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD 150

Bibliotecária Priscila Pena Machado CRB-7/6971

Informações da 1ª Edição

Coordenação Geral/ CFP

Miraci Mendes – Coordenadora Geral

Gerência de Comunicação

Luana Spinillo Poroca – Gerente

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Clarissa Paranhos Guedes – Conselheira CFP

Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor

Larissa Correia Nunes Dantas – Assessora

João Vinícius Marques – Assessor

Joyce Juliana Dias de Avelar – Estagiária

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs Conselheiras(os)

Leovane Gregório (CRP01); Vinícius Soares de Oliveira (CRP02); Glória Maria Machado Pimentel, Mailson Santos Pereira e Monaliza Cirino de Oliveira (CRP03); Cláudia Natividade e Flávia Gotelip Correa Veloso (CRP04); Mônica Sampaio (CRP05); Beatriz Borges Brambilla (CRP06); Manuele Monttanari Araldi (CRP07); Maria Sezineide Cavalcante de Melo (CRP08); Mayk Diego Gomes da Glória Machado (CRP09); Valber Luiz Farias Sampaio (CRP10); Emilie Fonteles Boesmans (CRP11); Marivete Jesser (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (colaboradora CRP13); Beatriz Flandoli (CRP14); Laeuzza da Silva Farias (CRP15); Juliana Brunoro de Freitas (CRP16); Adala Nayana de Sousa Mata (CRP17); Karina Franco Moshage (CRP18); Bruna Oliveira Santana e Claudson Rodrigues de Oliveira (CRP19); Clorijava de Oliveira Santiago Júnior e Gibson Alves dos Santos (CRP20); José Augusto Santos Ribeiro (CRP21); Raissa Bezerra Palhano (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23).

Técnicas(os)

Cristina Trarbach (CRP01); Maria de Fátima dos Santos Neves (CRP02); Natani Evlin Lima Dias (CRP03); Pablo Mateus dos Santos Jacinto (CRP03); Leiliana Sousa (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05) Edson Ferreira Dias Júnior (CRP06); Rafaela Demétrio Hilgert (CRP07) Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Mayrá Lobato Pequeno (CRP11); Iramaia Ranai Gallerani (CRP12); Katiuska Araújo Duarte (CRP13); Mônica Rodrigues (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Mariana Moulin Brunow Freitas (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Érika Aparecida de Oliveira (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); John Wedson dos Santos Silva (CRP21); Lívia Maria Guedes de Lima Andrade (CRP22); Stéfane Santana Da Silva (CRP23).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
XVII Plenário
Gestão 2017-2019

Diretoria

Rogério Giannini – Presidente

Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Vice-presidente

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho – Secretário

Norma Celiane Cosmo – Tesoureira

Conselheiras(os) Efetivas(os)

Iolete Ribeiro da Silva – Secretária Região Norte

Clarissa Paranhos Guedes – Secretária Região Nordeste

Marisa Helena Alves – Secretária Região Centro Oeste

Júnia Maria Campos Lara – Secretária Região Sudeste

Rosane Lorena Granzotto – Secretária Região Sul

Fabian Javier Marin Rueda – Conselheiro 1

Célia Zenaide da Silva – Conselheira 2

Conselheiras(os) Suplentes

Maria Márcia Badaró Bandeira – Suplente

Daniela Sacramento Zanini – Suplente

Paulo Roberto Martins Maldos – Suplente

Fabiana Itaci Corrêa de Araujo – Suplente

Jureuda Duarte Guerra – Suplente Região Norte

Andréa Esmeraldo Câmara – Suplente Região Nordeste

Regina Lúcia Sucupira Pedroza – Suplente Região Centro Oeste

Sandra Elena Sposito – Suplente Região Sudeste

Cleia Oliveira Cunha – Suplente Região Sul (in memoriam)

Elizabeth de Lacerda Barbosa – Conselheira Suplente 1

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa – Conselheiro Suplente 2

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	06
INTRODUÇÃO	08
EIXO 1	
DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ÁREA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR	19
EIXO 2	
INTERFACE ENTRE PSICOLOGIA E ATENÇÃO HOSPITALAR	29
EIXO 3	
ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NOS HOSPITAIS	43
EIXO 4	
A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	111

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade a publicação *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em serviços hospitalares do SUS*, elaborado no âmbito do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Esta Referência cumpre um papel fundamental para demarcar o posicionamento da categoria e do Sistema Conselhos de Psicologia em defesa do Sistema Único de Saúde.

Assim, se propõe a abordar importantes contribuições das práticas psicológicas no âmbito hospitalar, considerando que a dimensão subjetiva e de saúde mental das pessoas assistidas em hospitais é um aspecto imprescindível durante o tratamento, levantando também discussões acerca do processo de adoecimento, luto e assistência aos familiares.

Todas essas discussões são permeadas pela especificidade da atuação da Psicologia no âmbito do SUS que exige um olhar atento das(os) profissionais para as condições de vulnerabilidade dos sujeitos, assim como uma atuação ativa que denote a importância dessa política pública para a garantia de direitos da população e a transformação das suas condições de saúde e de vida.

As Referências Técnicas são um instrumento do Sistema Conselhos para regular o exercício da(o) profissional de Psicologia com a sua teoria acadêmica. Desta forma, o Sistema Conselhos vem construindo com a categoria, no sentido de se legitimar como instância reguladora do exercício profissional. Por meios cada vez mais democráticos, esse diálogo tem se pautado por uma política de reconhecimento mútuo entre os profissionais e pela construção coletiva de uma plataforma profissional que compreenda a sua dimensão ética e política.

O XVII Plenário do CFP agradece a todas e todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial aos membros da

comissão *ad-hoc* responsáveis pela redação. Desejamos que essa publicação seja uma ferramenta de orientação e qualificação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia e que possa auxiliar profissionais e estudantes na aproximação com o campo da Psicologia Hospitalar na saúde pública, pensando essa área em uma perspectiva ampliada e crítica.

XVII Plenário
Conselho Federal de Psicologia

INTRODUÇÃO

A elaboração desta Referência Técnica foi iniciada em 2010, por uma comissão de especialistas em Psicologia Hospitalar. Nessa época foi feito um levantamento dos documentos existentes como leis, portarias, resoluções e todo o tipo de declarações nacionais e internacionais vinculados à Saúde e à Psicologia Hospitalar. Anterior a esse levantamento, foi realizada uma pesquisa que subsidiou a elaboração deste documento. Esta pesquisa contou com o levantamento de dados realizados pelos CREPOPs dos dezessete Conselhos Regionais de Psicologia (CRP) existentes na época. A coleta foi dividida em uma etapa quantitativa, através da disponibilização de um questionário *on-line* para ser respondido por psicólogas(os) que atuavam em Políticas Públicas de Saúde, especificamente nos Serviços Hospitalares do SUS; e uma etapa qualitativa, a partir da realização de duas reuniões com grupos de psicólogas(os) nos dezessete CRPs, totalizando trinta e quatro reuniões em todo o Brasil.

Todo o trabalho produzido naquela época permaneceu sem os devidos encaminhamentos para essa publicação até 2019, quando esta comissão de especialistas em Psicologia Hospitalar foi formada e convidada a retomar os trabalhos para sua conclusão, fornecendo, assim, às(aos) psicólogas(os) hospitalares um importante instrumento de qualificação profissional dessa classe de especialistas, favorecendo a articulação entre a práxis e as diretrizes de políticas públicas.

Embora esta Referência Técnica seja voltada para as(os) psicólogas(os) que atuam nos serviços hospitalares do SUS, uma vez que o conhecimento das políticas públicas de saúde é condição *sine qua non* para uma boa atuação profissional, acredita-se e espera-se que os demais psicólogas(os) hospitalares também possam usufruir dela como instrumento de qualificação profissional e, conseqüentemente, possam aprimorar os serviços profissionais prestados pela categoria à sociedade.

Contextualização histórica da Psicologia Hospitalar

Os primeiros registros de inserção da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar remontam a 1818 quando, no Hospital McLean, em Massachussets, formou-se a primeira equipe multiprofissional que incluía a(o) psicóloga(o). E em 1904 foi fundado, neste mesmo hospital, um laboratório de Psicologia onde foram desenvolvidas as primeiras pesquisas sobre Psicologia Hospitalar (ISMAEL, 2005).

Na década de 1930, no Brasil, com a ideia de que os fatores psicológicos poderiam ter influência na saúde e na doença, foram fundados os primeiros serviços de Higiene Mental com participação ativa de psicólogos(os), como propostas alternativas à internação psiquiátrica. A(o) psicóloga(o) inaugurou assim, junto à Psiquiatria, seu exercício profissional nas instituições de saúde mental do Brasil (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004).

O primeiro registro de atividade em hospital geral refere-se a uma pesquisa realizada em 1950 pelo médico Raul Briquet e pela psicóloga Bety Gastenstay com o objetivo de introduzir o alojamento conjunto na maternidade do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Tal pesquisa possibilitava poucas e pontuais intervenções (CRP/SP, 2004).

Outro marco importante para o campo foi a fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) em 1997, em uma assembleia com 45 psicólogas(os) que atuavam em hospitais por todo o Brasil, sob a responsabilidade das psicólogas Romano e Moura. A SBPH tem como compromisso agregar os profissionais da área, fortalecendo e desenvolvendo esta classe profissional. Para tanto, desenvolve congressos bienais, sendo que o primeiro foi realizado em 1998, no Guarujá. Tem um grande compromisso com a produção científica que se manifesta por meio de: premiação dos melhores trabalhos científicos inscritos na categoria Prêmio SBPH¹; por meio da Revista

1 Trata-se de avaliação e premiação de artigos científicos redigidos para esse fim e que ocorre concomitante à realização dos congressos da SBPH

da SBPH² que tem grande visibilidade e conta com vinte e dois volumes já publicados até julho de 2019, possibilitando o intercâmbio entre pesquisadores, professores e profissionais da Psicologia e áreas afins no Brasil e no exterior; e por meio de livros organizados e publicados pela SBPH, num total de três livros até o momento.

Com um vertiginoso crescimento, a Psicologia hospitalar, em 2000, passou a ser reconhecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) como uma especialidade, por meio da resolução 014/2000 (CFP, 2000a). A participação da SBPH junto ao CFP foi fundamental e decisiva nesse processo.

A atividade da(o) psicóloga(o) hospitalar foi regulamentada pelo CFP como uma especialidade e esta estabelece que este profissional atua em instituições de saúde na prestação de serviços nos pontos secundário ou terciário da atenção à saúde. A definição da especialidade prevê que a(o) psicóloga(o) hospitalar:

Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem-estar físico e subjetivo do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamen-

2 Atualmente, a Revista da SBPH é veiculada em formato digital e pode ser acessada no portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePsic) Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-0858&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

to, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe (CFP, 2007, p. 21).

Como se pode constatar, portanto, a(o) psicóloga(o) hospitalar tem um espectro considerável de possibilidades de trabalho no referido setor, mas não deve prescindir de conhecer o contexto de

sua atuação, a especificidade do seu local de trabalho, além de considerar que está inserido na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim sendo, a(o) psicóloga(o) que atua em hospitais deve ter consciência de que atua em uma das pontas dessa grande rede que é o SUS e é importante que se integre a ela para prestar uma assistência de qualidade, fomentando o trabalho interdisciplinar.

Trata-se, portanto, de um campo de atuação relativamente novo no Brasil e em franco crescimento. Novos nomes e novas conquistas ligadas à assistência, ao ensino e à pesquisa vêm surgindo constantemente para compor a história da Psicologia Hospitalar no Brasil.

Psicologia Hospitalar: conceito e considerações prévias

Segundo Simonetti³, a Psicologia Hospitalar corresponde ao “Campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (2004, p. 15). Ao apontar os aspectos psicológicos da doença como objeto da Psicologia hospitalar, Simonetti (2004) faz uma transposição da questão de possíveis causas psicológicas da doença para a subjetividade presente em toda e qualquer doença. Dessa forma, entende a doença em sua dimensão biopsicossocial, de forma interdependente e inter-relacionada, com toda complexidade que lhe é inerente. A partir desse ponto de vista, toda doença é psicossomática. Essa visão holística “oferece caminhos para uma prática na promoção de saúde mais voltada para o paciente — portanto, menos voltada para o sintoma ou para a doença” (RODRIGUES E FRANÇA, 2010, p. 115), para “tratar doentes, não doenças” (EKSTERMAN, 2010, p. 40).

Cuidar da subjetividade humana presente na doença pressupõe estar atento aos processos de subjetivação relacionados à morbidade e à letalidade da doença; estar atento aos comportamentos, pensamentos, sentimentos, desejos, sonhos, lembranças, crenças, discurso, entre

3 A definição trazida por esse autor é adotada neste texto por sua nitidez e objetividade. Ela congrega de forma conceitual as diretrizes do CFP, que constam na Resolução 13/2007, vigente, em relação à especialidade de Psicologia Hospitalar.

tantos outros aspectos que formam a dinâmica psíquica de uma pessoa, independentemente se são causa, consequência ou forma de manutenção da doença. Trata-se de dar voz à subjetividade restituindo-lhe o lugar de sujeito, isto é, de alguém que pode se implicar na vivência atual (MORETTO, 2001), seja ela a pessoa que está doente, seus familiares ou os profissionais de saúde responsáveis por seu cuidado.

Importante também considerar as inter-relações existentes entre paciente, família, equipe e instituição de saúde, como aponta Rocha (2004), salientando que o cuidado não pode ser descontextualizado. Portanto, há que se considerar os fatores inerentes de cada instituição hospitalar na qual estes personagens estão circunscritos. Podemos acrescentar ao contexto, o conhecimento e consideração das políticas públicas de saúde e os princípios do SUS, que afetam sobremaneira todos os envolvidos.

Com esse conjunto em mente, a atenção da(o) psicóloga(o) à subjetividade possibilita ao sujeito a elaboração simbólica do adoecimento. Mas “o psicólogo hospitalar participa dessa travessia como ouvinte privilegiado, não como guia. [...] sua filosofia é reposicionar o sujeito em relação à sua doença” (SIMONETTI, 2004, p. 20).

O autor segue afirmando que se o objeto de estudo e de intervenção da Psicologia Hospitalar é a subjetividade, seu fazer é de uma ordem completamente diferente da Medicina, por isso simplesmente não pode ajudá-la, já que ao cuidar da subjetividade (esta não tem cura), deixa a doença e o objetivo de curá-la a cargo do médico, enquanto cuida do corpo simbólico. É no campo da linguagem que se dão e se encontram os sentidos e os significados da doença e da experiência atual. Quando isso ocorre, a pessoa tem a possibilidade de elaborar suas vivências de doença e de hospitalização, favorecendo a promoção e a recuperação da saúde física e mental.

Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar

A Psicologia da Saúde tem, gradativamente, conquistado espaço nas discussões e na atuação das(os) psicólogas(os) brasileiras(os). Matarazzo (1980) conceitua a Psicologia da Saúde como:

Um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde (p. 815).

Esta definição contempla os três pontos de atenção à saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988. São eles: atenção primária, que ocorre nos postos de saúde e prevê ações curativas, mas principalmente as preventivas; atenção secundária, que ocorre nos ambulatórios e já prevê um nível de especialidade médica; e atenção terciária ou de alta complexidade que é prestada em hospitais.

Para Straub (2005), a Psicologia da Saúde é a ciência que busca responder questões relativas à forma como o bem-estar das pessoas pode ser afetado pelo que se pensa, sente e faz. Como tal, possui focos e objetivos próprios que foram definidos pela American Psychological Association (APA) e seu então presidente, Joseph Matarazzo, e publicados no primeiro volume de seu periódico oficial, *Health Psychology*: estudar cientificamente a etiologia das doenças, principalmente nos aspectos psicológicos, comportamentais e sociais da doença; promover a saúde; prevenir e tratar doenças, a partir do ponto de vista psíquico e/ou comportamental; promover políticas de saúde pública e aprimoramento do sistema de saúde pública, permanecendo-se ativos e inseridos no âmbito das diretrizes e políticas públicas de saúde.

Apesar das discussões em torno da Psicologia da Saúde serem bastante atuais, Campos publicou, em 1992, o livro *Psicologia e Saúde: repensando práticas*, que traduz uma reflexão sobre a inserção da Psicologia no âmbito sanitário brasileiro. O capítulo escrito por Mary Jane Spink (1992), que versou sobre a estruturação do campo da Psicologia da Saúde, foi um dos mais importantes. Embora o livro não tenha contemplado nenhum capítulo sobre o trabalho da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar, pode ser considerado o marco inaugural de uma Psicologia Crítica da Saúde no contexto brasileiro (CARVALHO et al., 2011).

Com a crescente discussão acerca da Psicologia da Saúde, surgiram críticas em relação à existência da Psicologia hospitalar, afirmando que esta deveria fazer parte da Psicologia da Saúde no sentido mais amplo (YAMAMOTO; CUNHA, 1998). É interessante observar, como afirmam Castro e Bornholdt (2004), que a área de Psicologia Hospitalar, como é conhecida no Brasil, é inexistente em outros países, que consideram apenas a Psicologia da Saúde como um todo. Entretanto, as autoras alertam para o fato de que estes dois conceitos (Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde) não são equivalentes, a começar pelo significado distinto entre os termos saúde e hospital e também o caráter preventivo ou curativo das doenças presente em cada um dos campos. Em outras palavras, saúde é um conceito amplo e complexo relativo às funções orgânicas, físicas e mentais (OMS, 2003), que contempla além do tratamento, a prevenção de doenças e a manutenção da saúde, enquanto que hospital é o contexto em que se tratam as pessoas que adoecem, portanto, contempla prioritariamente ações curativas, embora a práxis da Psicologia Hospitalar demonstre que é possível a realização de algumas intervenções de cunho preventivo, por parte das(os) psicólogas(os) hospitalares, entre outras(os) profissionais que atuam no contexto hospitalar.

Apesar destas considerações, Castro e Bornholdt (2004) qualificam a Psicologia Hospitalar como uma parte da Psicologia da Saúde. Ricardo Gorayeb comunga desta ideia, ao afirmar que Psicologia Hospitalar é uma área importante dentro da Psicologia da Saúde, com necessidade de uma intervenção precisa e adequada em um ambiente acostumado a raciocinar com base em evidências (GORAYEB, 2001; GORAYEB; GUERRELHAS, 2003).

Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) afirmam que a denominação Psicologia Hospitalar é inadequada porque refere-se a um local de atuação não aos fazeres da psicologia. Acrescentam que tamanha fragmentação do campo profissional da Psicologia poderia dificultar a construção de uma identidade profissional da Psicologia da Saúde (YAMAMOTO, TRINDADE E OLIVEIRA, 2002).

As(Os) psicólogas(os) hospitalares afirmam entretanto, que “a denominação Psicologia Hospitalar não mais se refere a um *local* de

atuação, mas a um *campo* de conhecimento, que vem sendo definido e dimensionado, inserindo, cada vez mais, o psicólogo na atividade de profissional de saúde” (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004, p. 27).

Tal conhecimento é tão específico que mesmo os defensores da Psicologia da Saúde reconhecem que se poderia falar em um nível de atenção quaternária, para se referir a centros ultrassofisticados e especializados em tratamentos de problemas específicos ou em ambientes como uma Unidade de Terapia Intensiva, entre outros (GORAYEB, 2007).

Vale ressaltar que não é o aparato e a densidade tecnológica de uma unidade de cuidado que define a necessidade da(o) psicóloga(o) hospitalar. Contudo, a tecnologia compõe, em conjunto com questões éticas, com a amplitude de manipulação da vida e com o grau de morbidade e de mortalidade presentes nesses espaços, os fatores que marcam e/ou influenciam os processos de subjetivação dos usuários e de seus familiares. Isto exige um saber e um fazer muito específicos, que vão além da Psicologia da Saúde e adentra o âmbito da Psicologia Hospitalar, como um campo de conhecimento teórico e técnico sobre o cuidado da experiência subjetiva de adoecimento e hospitalização.

Assim, considera-se que possa haver espaço para todos os saberes, que se inter-relacionam e dialogam entre si para atenderem aos usuários do Setor Saúde de forma resolutiva, ética e humanizada e por esse motivo, o CFP acrescentou, em 2016, a especialização “Psicologia em Saúde” (CFP, 2016) ao rol das especialidades anteriormente reconhecidas e regulamentadas, conferindo o título de especialistas às(aos) psicólogas(os) que atuem nesta área e que cumpram os requisitos mínimos exigidos.

A partir desse momento, essas duas áreas da psicologia — Hospitalar e Saúde — passaram a ser reconhecidas como especialidades, cada qual com sua especificidade. Embora distintas, ainda guardam semelhanças. É imprescindível que tanto as(os) psicólogas(os) da saúde como as(os) psicólogas(os) hospitalares conheçam e considerem as variáveis que incidem sobre o contexto em que trabalham. Também, é importante conhecer temas tais como: epidemiologia e fatores psicossociais de risco para doenças físicas

(GORAYEB, 2007), mecanismos de proteção à saúde e prevenção de agravos, além dos fatores individuais presentes na história e na subjetividade de cada pessoa em atendimento. A habilidade de trabalhar em equipe é fundamental, já que outras áreas profissionais da área da saúde sempre estarão presentes e, principalmente, pelo fato de que o paciente necessita de uma atenção integral.

Além dos temas acima citados é fundamental que a formação da(o) psicóloga(o) contemple temas como Saúde Pública e Coletiva, Promoção e Educação em Saúde, Políticas Públicas em Saúde e o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), dentre outros temas que o habilitarão para uma prática que se baseie em fundamentações científicas e técnicas adequadas. Cabe às Universidades a tarefa de se engajar nestas questões e transmiti-las às(aos) futuras(os) psicólogas(os), preparando-os para uma atuação que contemple o homem como um ser integral (MAIA et al., 2005).

Organização da Referência Técnica

Esta Referência Técnica para psicólogas(os) hospitalares é composta por 4 Eixos e pelas Considerações Finais. O Eixo 1 apresenta a Dimensão Ético-Política da área de psicologia hospitalar e tem por objetivo levar as(os) psicólogas(os) a conhecerem o Sistema Único de Saúde, abordando o conceito ampliado de saúde, a estrutura, princípios e diretrizes do SUS e demais políticas públicas de saúde. Em especial, trata da atenção hospitalar, incluindo portarias nacionais que incluem a participação da(o) psicóloga(o), a humanização no ambiente hospitalar e, particularmente, o compromisso ético-político da atuação da(o) psicóloga(o) hospitalar.

O Eixo 2 aborda a Interface da Psicologia com a Atenção Hospitalar, justifica a presença da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar, contempla os princípios e as especificidades de sua atuação junto à pessoa que está doente, sua família e à equipe, além do papel e das contribuições da(o) psicóloga(o) na equipe interdisciplinar.

O Eixo 3 trata da atuação propriamente dita da psicologia nos hospitais. Articula os dados da pesquisa do CREPOP ao Estado da

Arte da Psicologia Hospitalar no Brasil e abrange as possíveis áreas de atuação da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar, bem como as diferentes formas de atuação deste profissional, questões técnicas e éticas como a importância do sigilo; técnicas de registro do resultado do seu trabalho em prontuário; notificações compulsórias; a importância da atuação em rede com suas referências e contra referências; a importância da pesquisa e do ensino na área, associados à assistência propriamente dita.

O Eixo 4 transita pelas questões inerentes à Gestão, tanto dos Serviços de Psicologia nos hospitais, com atenção às demandas e contrapontos do SUS, da administração do hospital, do seu próprio setor e das(os) psicólogas(os) que o compõem articulando-as entre si, bem como do gerenciamento dos processos de trabalho da(o) psicóloga(o), organizando-os, sistematizando-os e criando protocolos.

Por fim, as Considerações Finais que congregam e integram as ideias anteriores e assinalam a importância de cuidado ao cuidador e da formação da(o) psicóloga(o) nas Instituições de Ensino Superior (IES).

Boa leitura e bom proveito!

EIXO 1: DIMENSÃO ETICO-POLÍTICA DA ÁREA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

O Código de Ética do Psicólogo, em seus princípios fundamentais, estabelece que a(o) psicóloga(o) “trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005). E, ainda, que atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural e baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (CFP, 2005).

Portanto, para o cumprimento de tais princípios, é imprescindível que as(os) psicólogas(os) que trabalham em hospitais conheçam, além do Código de Ética, também as resoluções do CFP pertinentes à sua atuação e as políticas públicas de saúde, tais como o SUS, sua história, diretrizes, princípios e a forma como a rede de assistência à saúde (RAS/SUS) encontra-se organizada para prestar assistência aos cidadãos brasileiros.

A história das políticas públicas de saúde no Brasil mostra que as políticas anteriores à década de 1960 foram o modelo sanitário-campanhista, o qual preconizava a prevenção das doenças, atendendo às grandes endemias de hanseníase, tuberculose e verminose, estando ao encargo do Ministério da Saúde, enquanto que a atenção às doenças era feita pelos Institutos de Aposentadoria Privada (IAP's) voltada para os trabalhadores organizados que contribuíam para a Previdência. A população pobre era assistida pelos hospitais de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia, geralmente aos cuidados da Igreja. A medicina privada, por sua vez, centrava-se em médicos generalistas e de família (DA ROS, 2006).

Entre 1964 e 1973, em plena ditadura militar, ocorreu um fortalecimento do complexo médico-industrial brasileiro, baseado no modelo americano inspirado no Relatório Flexner. Este modelo é calçado na ideia de que o hospital é um campo privilegiado de formação médica, pois é ali que se encontram as pessoas que estão doentes. A doença é considerada um processo natural, biológico, enquanto que as dimensões do social, do coletivo, do público e da comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados como implicados no processo de saúde-doença (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A década de 1970, no Brasil, foi aquela em que houve um crescimento dos grandes hospitais públicos e, sobretudo, no setor privado. É nesse contexto que surgiu a atividade da Psicologia no setor saúde, que foi aos poucos recebendo a denominação de Psicologia Hospitalar.

O modelo de assistência à saúde, que até então era centrado no hospital hegemônico, começa a ser questionado a partir da década de 1980 pelo Movimento Sanitário por não dar mais conta das necessidades de saúde da população. Este Movimento Sanitário denominado de contra-hegemonia (pois contrapunha-se ao complexo médico-industrial) foi um movimento político-ideológico nacional, organizado durante os anos de ditadura militar, protagonizado por profissionais de saúde, estudantes e intelectuais, além de outros integrantes da sociedade brasileira, que se reuniram em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde. Este movimento culminou na defesa das bases para a implantação do SUS, cujas ideias principais foram incluídas na Constituição de 1988. Dentre elas, estabeleceu-se que a saúde é direito inalienável do cidadão brasileiro e dever do estado.

A Oitava Conferência Nacional de Saúde estabeleceu o que foi denominado de Conceito Ampliado de Saúde, considerado não mais em contraposição ao conceito de doença, mas entendendo que a saúde “tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990a). Nessa perspectiva, a doença é vista em sua complexidade, não bastando a presença de sinais e sintomas orgânicos para defini-la, mas um conjunto de elementos determinantes. Segundo Czeresnia (2003) há diferenças en-

tre a doença e o adoecer. A “doença é uma construção e o adoecer é uma experiência de vida e, muitas vezes, ambos os conceitos são empregados como sinônimos” (p. 41). O adoecer é pautado em experiências singulares e subjetivas que devem ser levadas em conta ao abordar a pessoa doente, sobretudo quando da hospitalização.

O SUS foi concebido na Constituição de 1988, e efetivado em 1990, através das leis n.ºs 8080 e 8142, que estabeleceram os seus princípios fundamentais e diretrizes organizativas. Em seu artigo primeiro, a lei n.º 8080 estabelece que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a). A lei orgânica da saúde prevê que a população brasileira deve ter acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o estado é responsável por ações que evitem os riscos a saúde da população.

Os princípios e diretrizes do SUS estabelecem pontos fundamentais para nortear as políticas e o processo de trabalho dos profissionais de saúde, tais como, a universalidade, a integralidade e a equidade. As diretrizes organizativas e operativas do SUS, responsáveis pela organização e gestão dos serviços, são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. Estes foram fundamentais para organizar a gestão dos processos de trabalho e atender às necessidades de saúde dos usuários, considerando as especificidades do território local e regional.

Desde a sua criação, o SUS cresceu e se transformou e isso culminou nas portarias que organizaram as ações, serviços e gestão, e instituíram a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Rede de Atenção à Saúde (RAS), A Política Nacional de Humanização (PNH/HumanizaSUS) e a Rede de Atenção Hospitalar. No que tange aos objetivos dessa Referência Técnica, focaremos algumas considerações em relação à RAS, à PNH e à Atenção Hospitalar.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS)

As RAS foram criadas pela portaria n.º 4.279/2010 (BRASIL, 2010a) e seu objetivo é de organizar as ações e serviços de saúde

qualificando a gestão do cuidado no contexto atual. As RAS incluem formas de organização e comunicação nos diferentes pontos de atenção, primário, secundário e terciário, para estabelecer as ações e serviços de saúde de forma integral, interdisciplinar e resolutiva. É um dispositivo que integra desde a sua base, que é a Unidade Básica de Saúde (UBS), ponto primário de atenção, até o hospital, ponto terciário de atenção. Inclui a atenção secundária representada, por exemplo, pelos Ambulatórios, UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), Consultórios na Rua, além da atenção especializada. Inclui, ainda, a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que é composta por estabelecimentos, serviços e equipes que integram os três níveis de atenção.

O SUS conta ainda com a parceria da rede privada, que é chamada de saúde suplementar. O setor privado é contratado pelo SUS para complementar a atenção que é fornecida às(aos) usuárias(os). Os serviços contratados no setor privado resistem em atender às diretrizes do SUS, pois têm uma longa trajetória de autonomia. Este fato pode afetar o funcionamento do sistema e, por isso, cabe aos proprietários e gestores do setor privado o estabelecimento de mecanismos eficientes para avaliar se os serviços prestados estão de acordo com o preconizado no SUS e, aos profissionais de saúde que atuam em tais serviços, uma prática aliada a defesa do SUS e o compromisso com sua efetivação.

Os profissionais de saúde que atuam nos diferentes pontos de atenção das RAS, quer sejam hospitais, unidades básicas, rede de atenção psicossocial, demais ambulatórios públicos ou privados, devem conhecer e praticar o que é determinado no SUS no que tange à referência e à contrarreferência. Trata-se de estabelecer fluidez na comunicação entre os diferentes pontos de atenção, através do repasse de informações sobre o usuário focal, tendo em vista que ao ser referido (encaminhado) ao hospital, a partir da UBS localizada no território em que este reside, por exemplo, precisa voltar a ele sob os cuidados dos profissionais da AB e ambos os pontos de atenção se responsabilizarem pela continuidade da atenção ao usuário.

A Política Nacional de Humanização (PNH) / HumanizaSUS

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política transversal ao SUS. É o reflexo de uma luta por um SUS mais humano, construído com a participação de todos os cidadãos e que assegure serviços de qualidade para promover a saúde integral. A PNH tem por princípios:

A valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão do SUS fortalecendo o direito à cidadania; Fortalecimento do trabalho multiprofissional, inspirado na transversalidade e grupalidade; Construção da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e dos coletivos implicados no SUS; Co-responsabilidade dos sujeitos nos processos de atenção e de gestão; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual; Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Proposta de um trabalho coletivo, para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo; Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento; Compromisso com a articulação dos processos de formação, com os serviços e práticas de saúde (BRASIL, 2008, p. 18).

Além das orientações acima apresentadas, a PNH pressupõe orientações para cada tipo de atenção da RAS. No caso da atenção hospitalar, o PNH recomenda as seguintes ações: Implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); garantia de visita aberta, da presença do acompanhante e de sua rede social significativa; implantação do acolhimento aos usuários como mecanismo de recepção; fomentar a escuta diferenciada e qualificada aos usuários; estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para pacientes internados; implantação de Conselho de Gestão Participativa; existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares; garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral; Ouvidoria funcionando; dentre outras orientações (BRASIL, 2008).

Ademais, são ações fundamentais recomendadas pelo PNH (BRASIL, 2008): o *acolhimento*, a atenção à *alteridade* e à *ambiência*.

O *acolhimento* é um dispositivo destinado à escuta dos usuários em todas as suas dimensões e destina-se à construção de vínculos desses sujeitos com as(os) profissionais que compõem as equipes de saúde, para garantir o acesso aos serviços. Trata-se de uma “tecnologia do encontro”, que pressupõe a construção de redes de conversações afirmadoras de relações importantes nos processos de produção de saúde. Acolher é uma postura ética, que envolve resolutividade e responsabilidade. Cabe às(aos) profissionais ouvir o usuário, atendendo aos seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de dar respostas mais adequadas, ainda que esta seja o encaminhamento para outros pontos de atenção da rede. Uma postura acolhedora implica estar atento e aberto às diversidades cultural, racial e étnica. Implica na construção de práticas que denotam a responsabilização da equipe de trabalho pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. No processo de acolher, a(o) profissional ouve suas queixas através da escuta qualificada, analisando a demanda e garantindo-lhe uma atenção integral e resolutiva (BRASIL, 2006).

A *alteridade* refere-se à experiência das relações intersubjetivas, que pressupõem a internalização da existência do outro. Trata-se de colocar-se no lugar do usuário para comunicar-se com este

com fluidez, ética e responsabilidade e compreender suas representações, necessidades e demandas de saúde.

A *ambiência* trata do cuidado aos componentes estéticos que podem melhorar a condição de saúde da população, à exemplo, o cuidado com o espaço geográfico e afetivo, tal como a luminosidade, presença de ruídos, temperatura, além de características sócio-culturais, locais e regionais. Inclui a recepção dos usuários e sua relação com profissionais e gestores da forma mais ética, humana, respeitosa e inclusiva.

Assim, a(o) profissional atenta(o) a essas ações fundamentais, pode agora construir um plano de atenção singular ao usuário, fomentando o vínculo e o acompanhamento terapêutico longitudinal. É nessa perspectiva que se incorpora o conceito de Clínica Ampliada que surge em contraposição à ideia da clínica tradicional, cuja atenção é instituída pelo saber biomédico (CUNHA, 2009). A Clínica Ampliada preconiza que a atenção deve incluir uma visão complexa do sujeito e de sua demanda, que escapa às racionalidades da biomedicina. É um dispositivo que pressupõe, segundo Cunha (2005), que as(os) profissionais conheçam e deem atenção ao mecanismo de transferência e ressonâncias nas relações com os usuários, produtos dos sentimentos depositados nas(os) profissionais por ocasião da interação. Deve-se levar em conta, ainda, os sentimentos contratransferenciais que, muitas vezes, opõem-se entre profissional e usuários e que interferem na atenção a ser dispensada.

O relatório da pesquisa do CREPOP⁴ mostrou que as(os) psicólogas(os) brasileiras(os), ao trabalharem com o tema da Humanização, buscam referências nas diretrizes das políticas oficiais, porém, em sua maioria, não incorporaram de forma apropriada a Política Nacional de Humanização, tal como é descrita pelo Ministério da Saúde. Em seus relatos, não se constata mudanças nas concepções de cuidado, nem tampouco nos processos de trabalho como um todo. Referem algumas atividades preconizadas pelo PNH, mas esta política não aparece de forma transversal no trabalho desenvolvido

4 Os dados desta pesquisa subsidiaram a comissão ad-hoc na elaboração deste documento.

nos setores em que atuam. Desenvolvem ações pontuais que sinalizam uma preocupação com o tema, mas ainda sem maior base ou consistência. Ocorreram relatos da participação de psicólogas(os) em comissões de gestão do PNH e menções aos Programas oficiais como o Humaniza SUS, e o Programa do Parto Humanizado, do Ministério da Saúde, respectivamente (CFP, 2012). Corroboram estes resultados uma revisão bibliográfica recente (CID et al., 2019), que analisou 27 artigos sobre o tema e concluiu que, embora muitas sejam as iniciativas de práticas profissionais das(os) psicólogas(os) que levem em conta a PNH, observou-se uma necessidade de implantar processos formativos inovadores que habilitem as(os) profissionais envolvidas(os) nas práticas de saúde para humanização, incluindo as diretrizes da PNH para a gestão dos processos de trabalho.

A(O) psicóloga(o) tem um papel fundamental na construção e implementação da PNH, pois todos os seus princípios estão também na base do seu trabalho cotidiano. A(O) psicóloga(o) deve ser referência e estar preparada(o) para compreender o sujeito em seus diferentes estados emocionais e formas de interação social. Assim, deve atentar para os processos de humanização em pauta, nos diferentes serviços em que atua, pois sua inserção no hospital, originalmente, se deu exatamente para integrar as equipes de saúde hospitalares, também com o objetivo de humanizar os processos de trabalho e de assistência.

Atenção Hospitalar ou Terciária

O trabalho da(o) psicóloga(o) em hospitais do SUS se insere na chamada Atenção Terciária ou Atenção de Alta Complexidade ou alta densidade tecnológica. Inclui ações que requerem tecnologias mais duras, como a que é necessária para a realização de transplantes, por exemplo. Frequentemente a Psicologia Hospitalar se aplica também a serviços de atenção secundária, de média densidade tecnológica, como os ambulatórios de acompanhamento longitudinal, que atendem, por exemplo, gestantes de alto risco, *follow-up*⁵ de be-

5 Fazer o acompanhamento.

bês prematuros ou que estiveram em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, centros de atenção especializados a renais crônicos, portadores do HIV, oncologia, ambulatórios hospitalares destinados a atender aos usuários no processo de reabilitação pós-hospitalização, como nos casos de amputações e demais cirurgias complexas, dentre outros.

É importante destacar que historicamente no Brasil o cuidado hospitalar seguiu o modelo biomédico-hegemônico, como foi visto na introdução, centrado em procedimentos tecnológicos que produziam uma atenção fragmentada e desarticulada e que se organizava em função da demanda espontânea. Tal modelo provocou, ao longo de décadas, o empobrecimento da dimensão cuidadora, gerando insatisfação dos usuários, ineficiência e ineficácia dos serviços e baixo impacto na assistência (BRASIL, 2013).

Em contraposição a este modelo, a Política Nacional de Atenção Hospitalar se propõe a rever este modelo biomédico-centrado, trazendo para a centralidade da atuação a preocupação com a humanização, com a atenção qualificada e eficiente e enfatizando que a Atenção Hospitalar deve se organizar de forma regionalizada, articulada e integrada com a RAS. A atenção deve ser feita por equipe multiprofissional e o hospital deve concentrar sua assistência nas atividades altamente especializadas, buscando o processo de desospitalização e a formação de redes e associações de cuidados, garantindo a continuidade destes em outros pontos de atenção das RAS. A Atenção Hospitalar deverá ser baseada nos pressupostos da clínica ampliada e na gestão da clínica (BRASIL, 2009).

Como definido anteriormente, a Clínica Ampliada é um modelo de atenção à saúde que tem ganhado cada vez mais espaço nas instituições públicas e privadas. Ela é baseada no conceito de *saúde integral*, que vê a qualidade de vida como o resultado de fatores biopsicossociais. Outro pilar do modelo é integrar a equipe de profissionais de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, criando, assim, vínculo e diálogo com os usuários. Segundo Padilha et al. (2018), a gestão da clínica ampliada põe ênfase nos sujeitos envolvidos, nas relações estabelecidas, no cuidado integral à saúde e nos consequentes processos de aprendi-

zagem, concebidos no trinômio atenção à saúde-gestão-educação. Nesse sentido, gestores e profissionais de saúde devem construir objetivos comuns, para os quais compartilham conhecimento e esforço profissional e se implicam igualmente. Nesse contexto, a criticidade e o comprometimento são vetores na construção de um ponto de vista.

Ao final deste primeiro eixo, que compõe as normas técnicas da psicologia hospitalar, é importante lembrar que há portarias do Ministério da Saúde que incluem, obrigatoriamente, a(o) psicóloga(o) na equipe mínima, tais como a Portaria n.º 628 de 26/04/01, que trata de serviços destinados à realização da Cirurgia Bariátrica. A Portaria n.º 400 de 16/11/2009, que prevê a presença de uma(um) psicóloga(o) na equipe de saúde para Atenção aos Ostomizados. A Portaria n.º 930 de 10/05/12, que recomenda que a equipe de saúde inclua uma(um) psicóloga(o) na organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Outras, ainda, recomendam assistência psicológica nos serviços de média e alta complexidade, o que inclui ambulatórios e hospitais e podem ser encontrados no sítio virtual do Ministério da Saúde.⁶ Assim, é necessário que a(o) psicóloga(o) conheça a legislação referente à área em que irá atuar, para garantir uma participação baseada nos princípios legais, éticos e políticos de sua profissão.

Pensar na promoção e recuperação da saúde da no âmbito do SUS requer da(o) psicóloga(o), além de competência técnica, um compromisso ético e participação cidadã, com atenção especial às lutas pela mudança das condições sociais da população brasileira, através de participação política, para a garantia dos direitos da população, tendo como horizonte da atuação a defesa do SUS.

6 Disponível em: <www.saúde.gov.br>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

EIXO 2: INTERFACE ENTRE PSICOLOGIA E ATENÇÃO HOSPITALAR

A interface entre a Psicologia e a atenção hospitalar caracteriza-se, primordialmente, por um contexto marcado pelo sofrimento que, em maior ou menor intensidade, apresenta-se como próprios das situações de crise e adoecimento. Este contexto põe à prova os mecanismos adaptativos adequados, o que já justificaria a presença da(o) psicóloga(o) e sua ação no ambiente hospitalar. Frente a objetividade e a resolutividade necessárias neste ambiente, emerge uma demanda de sofrimento adicional, evidenciada pelas subjetividades em jogo nessa vivência hospitalar, tanto do paciente como de seus familiares, cujas repercussões do adoecimento em suas vidas mostram um significado para além da patologia e da sua gravidade.

Frente a isso, é importante levantar os seguintes questionamentos: como se encontram os pacientes e seus acompanhantes durante a hospitalização? Qual é a realidade institucional na qual o paciente se encontra? Que lugar é esse?

O hospital é um lugar de estranhamento radical. Corredores longos, macas circulando, enfermarias geladas, equipamentos, uma atmosfera característica, a solidão disfarçada por uma TV constantemente ligada, profissionais de saúde formando a equipe de cuidadores, horários restritos, alimentação diferente e outros incômodos rotineiros próprios do lugar. Encontramos a pessoa afetada pela fragilidade que emerge da doença, do mal-estar, impactada pelas rupturas com o seu cotidiano. Muitos podem se sentir desamparados, confusos com a situação, ansiosos, ameaçados em sua integridade. Alguns podem apresentar reação emocional leve, outros mais severas que os deixam vulneráveis e precisando de atenção psicológica.

O modo como cada paciente e sua família reage depende de múltiplos fatores, como: a natureza e a gravidade da patologia; his-

tória pessoal e experiências anteriores de adoecimento e morte de pessoas queridas; faixa etária e compreensão da situação atual; procedimentos necessários e prognóstico da doença, entre outros.

Assim, outras perguntas precisam ser levantadas: Quais as necessidades e preocupações da pessoa que está adoecida e de sua famílias? Como eles estão reagindo a situação de crise? Será que estão conseguindo compreender a situação a ser enfrentada? Possuem recursos para o enfrentamento da situação? Qual a nossa compreensão sobre crise e ajustamentos em crise? Essas são algumas perguntas que nortearão este Eixo.

Adoecimento, hospital e crise

A experiência de adoecimento e hospitalização representam para a maioria das pessoas enfermas um momento muito difícil pelas ameaças de perdas, como da autonomia, cujos desejos são delegados a outros ou substituídos por procedimentos médicos necessários à sobrevivência, à possibilidade de morte, entre tantos outros fatores. É neste cenário hospitalar que muitas vezes o paciente encontra-se em situação de crise. Para Simon, (1989, p. 60) a crise acontece quando “há um aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal” entendendo-se “*universo pessoal*” o “*ser em sua unidade*”, cujo significado emocional que ele dá ao fato experienciado é individual, intransferível e original.

Seguindo este pensamento, o paciente em *crise*, “ser em sua unidade”, sente-se, muitas vezes, incapaz de reagir, pois encontra-se vulnerável. Sartre fala do *ser-em-situação* (VERGEZ; HUISMAN) em que apenas cada um pode atribuir seu próprio sentido ao momento vivido. São momentos de rupturas, em que o paciente desestabiliza-se, a família desestabiliza-se e tudo isso provoca, na equipe de saúde, afetações importantes na subjetividade de cada membro cuidador, mobilizando, também, sentimentos ambivalentes e conflituosos.

Neste sentido, não se pode isolar a doença do ser que adocece, do sentimento de *estar-enfermo*, que coloca o sujeito numa experiência de mal-estar, sendo o adoecimento considerado uma *situação-pro-*

blema vivida pelo *ser-doente-em-situação*. Tal experiência decorrente do adoecimento envolve sensações e sentimentos diversos, dependendo das percepções de quem está vivenciando este momento ímpar. E sendo assim, pensando-se na hospitalização e nos momentos de dor e de sofrimento, pode-se compreender os movimentos particulares, os mecanismos de enfrentamento de cada um dos envolvidos e reflexões sobre como atravessar as dificuldades da situação.

O adoecimento, então, é compreendido como um momento de *crise* dada as possíveis rupturas significativas, mobilizações do ponto de vista emocional, as implicações e desdobramentos na existência da pessoa. Uma experiência de mal-estar que tem um poder desestabilizador e que pede cuidados.

Safra (2003) afirma que nas situações de *crise*, o sujeito pode estar paralisado pelo problema, perdendo momentaneamente a capacidade de encontrar soluções. A crise paralisa, cuja inércia não permite que ele consiga falar sobre o problema e colocar sua questão em movimento, podendo encontrar meios de melhor se relacionar com ela e aceitar suas dificuldades.

No mesmo sentido, Rolnik (1994, p. 3) aponta que:

[...] crises, “são quebras, rupturas, demolições que se dão em níveis e graus de intensidade variáveis, com diferentes ritmos – mais bruscos ou mais lentos, mais fortes ou mais fracos, abalando pedacinhos de nossos territórios ou o nosso território quase por inteiro, camadas mais superficiais ou mais profundas — seja de que ordem forem tais quebras, elas acontecem necessariamente e ao longo de nossa existência.

Por esta compreensão, *crises* acontecerão ao longo da existência, mas como enfrentá-la? O que pode ser feito pelas(os) psicólogas(os) para favorecer o processo de enfrentamento e superação?

Durante a *crise* a pessoa perde momentaneamente sua capacidade de equilíbrio, desestabiliza-se, há uma redução da capacida-

de de se encontrar soluções imediatas para o problema que interfere na capacidade adaptativa da pessoa. Há um aumento do nível de tensão. Reações de ajustamentos são necessárias. No entanto, sentimentos, percepções distorcidas da realidade ou mesmo reais e insuportáveis, fantasias destrutivas, exames e procedimentos médicos, prognóstico, põe em dúvida o grau de suportabilidade dos pacientes e seus familiares. Muitas vezes, eles pedem para morrer. Eles podem chegar a um limiar de afetação que os impedirá de lançar mão de *mecanismos adaptativos adequados* e a Atenção Psicológica poderá favorecer este processo (ROMANO, 2008; BRUSCATO, 2012; SIMON, 1989; SAFRA, 2003).

É nesta perspectiva que Simonetti (2004, p. 15) afirma: “toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da(o) psicóloga(o) hospitalar”. O autor acrescenta ainda

o adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família ou na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004, p. 15).

Tais constatações levam ao sentido do *saber/fazer* da(o) psicóloga(o) no hospital: a demanda de sofrimento e a subjetividade do paciente e seus familiares também aflitos, visto que toda doença está impregnada de subjetividade, afeta a dimensão psicológica por estar acompanhada de significados subjetivos.

Assim, aqueles que não conseguem estratégias de enfrentamento construtivas, mas reagem de modo mal adaptativo e destrutivo, deverão receber atendimento específico ofertado pela ação da(o) psicóloga(o) com as intervenções em crise que é um manejo breve e adequado às situações como as hospitalizações. Considera a *situação-problema*, ou seja, a *crise* instalada que precisa ser supor-

tada, atravessada, enfrentada da melhor maneira que for possível para a pessoa. Envolvendo-se e comprometendo-se com seu tratamento, o paciente poderá aceitar as restrições que a patologia impõe e, assim, certamente poderá desenvolver posturas mais ativas e de sobrevivência.

Por esta compreensão, cabe ao profissional de saúde, sobretudo à(o) psicóloga(o) inserido no contexto hospitalar, uma atenção *ao que* está acontecendo com o paciente e seus familiares na situação de perda da saúde, identificando reações emocionais próprias do adoecimento, como inconformismo, negação, passividade ou regressão, por exemplo.

Assim, se desenvolve um trabalho de atenção à dor da perda da saúde, da condição de sadio e as reações (des)adaptativas que interferem na adesão ao tratamento e na elaboração do luto. A(O) psicóloga(o) busca, então, medidas terapêuticas baseadas no suporte emocional, apoio psicológico, intervenções clínicas breves e focais que favoreçam reflexões que possibilitem novos padrões adaptativos com ênfase nas dificuldades do momento (BORGES, 2009; SIMON, 1989; SAFRA, 2003).

A Psicologia no hospital objetiva dar voz à subjetividade, aproxima-se do paciente em sofrimento, favorecendo a elaboração simbólica do adoecimento, a travessia do tratamento necessário e trabalhando no sentido de validar sentimentos presentes entrando em contato com as dificuldades do momento que pode parecer insuportável e infinito. Deste modo, a prática clínica psicológica em um contexto como o hospital acontece dirigida ao ser que adoecer frente as diversas patologias e os diferentes espaços de atendimento. Onde houver sofrimento e desadaptações, o trabalho da(o) psicóloga(o) incide nos aspectos subjetivos e emocionais do adoecimento, assim como nos possíveis desdobramentos relacionados ao tratamento, recuperação, sequelas, cuidados paliativos e óbito.

É importante ressaltar que o processo de *saúde-doença* é um desafio quando se pensa as ações em saúde para além das necessidades individuais, considerando também as necessidades de ordem sociais e coletivas. O espaço público pede novas práticas de atenção e cuidado. E por isso a importância de se ultrapassar os

paradigmas tradicionais de atenção em saúde, implicando e ampliando para uma atenção ao sujeito em sua totalidade, buscando a participação de outros profissionais de saúde compondo a equipe multidisciplinar e interdisciplinar.

Medicina e Psicologia

Enfatiza-se que no hospital a demanda costuma ser médica, na lógica da atenção biomédica, mesmo que se considere a atual política de atenção hospitalar citada no Eixo 1, que preconiza assistência integral aos usuários, o que pressupõe a importância da ação de outros saberes. O mundo do conhecimento biomédico e das patologias têm diversas especialidades e ainda muitas particularidades, como protocolos, tipos de tratamento, medicações específicas, procedimentos, intervenções e prognósticos, que vão dos mais simples àqueles reservados. Existem várias possibilidades e classificações, diagnósticas e prognósticos: doenças agudas, doenças crônicas, doenças crônico degenerativas, doenças infecto-contagiosas e cuidados paliativos que, muitas vezes, evoluem por muitos anos, até a fase final da doença e posterior morte da pessoa doente. As seguintes definições são aspectos importantes nessa lógica biomédica:

Diagnóstico – processo de identificar e determinar a natureza de uma doença ou distúrbio, por seus sinais ou sintomas, mediante o uso de técnicas de avaliação.

Doença - processo patológico definido com origens orgânicas, marcado por um conjunto característico de sintomas que pode afetar todo o corpo ou uma parte dele e que enfraquece o funcionamento (VANDENBOS, 2010).

Os diagnósticos ainda organizam processos essenciais para os sujeitos na área de saúde. Eles são a base para algumas teorias

clínicas em psicologia e pode definir o acesso a políticas públicas, como a previdenciária, por exemplo. Para a(o) psicóloga(o), a questão mais importante sobre adoecimento e hospitalização é saber em que circunstâncias este fato aconteceu, *quem* é o paciente e *como* ele se percebe em tal situação. A capacidade de enfrentar e o grau de suportabilidade da dor e do sofrimento é muito singular e não há medida para ser dimensionada. Patologia e diagnóstico é circunstancial e multifatorial. É necessário, portanto, contextualizar e atentar para aquela pessoa única, com sua história, valores e dificuldades.

Neste aspecto, a subjetividade aparece como fator mais relevante e aí está a diferença de objetivos da Medicina, dos demais profissionais da equipe e da Psicologia. A Medicina busca a resolução e a objetividade das ações, colocando o centro das atenções na doença e no tratamento da patologia com todos os recursos técnico/científicos, com uma ética voltada para valores sociais, cura e respeito à vida. A Psicologia, por sua vez, enfatiza a ética do respeito à singularidade e, utilizando o conhecimento técnico/científico, busca trabalhar o luto e as demandas de sofrimento, com atenção as desadaptações e sintomas, pela natureza da situação. É necessário dar voz ao paciente, as suas verdades, as questões confusas, distorcidas e embaralhadas. Busca a compreensão da condição trágica da existência, tendo que suportar o desamparo e a solidão. E no hospital, o que é familiar, se desfaz!

O adoecimento revela o homem desabrigado, vulnerável diante da sua própria situação, centrado no desconforto e no mal-estar, preocupado com o futuro que desestabiliza-se. Ele precisa se reconhecer *em-situação*, confrontar-se com sua realidade, com as necessidades do momento. O impacto emocional e a repercussão nas pessoas envolvidas nesta situação também vai depender de *quem* é o paciente e de *como* se instalou seu problema de saúde. O *ser-em-situação* desabrigado deixa emergir sua singularidade e contradições: angústia, incertezas, medos difusos, confiança, esperança, fé. É necessário dar voz a experiência humana de sofrimento, buscando reflexões e elaborações dos conteúdos psíquicos presentes (SOUZA, 2003, 2005, 2013).

A(O) psicóloga(o) como participante de uma equipe de saúde pode contribuir na compreensão das possíveis repercussões emocionais que a doença pode ocasionar em determinado paciente/

família e atuar junto a esta equipe de saúde favorecendo novas compreensões sobre a subjetividade do ser que adocece. Nesse sentido, o mundo da subjetividade é infinito e, assim, teremos muito trabalho neste contexto de dor e sofrimento. É importante ainda acrescentar que, para as(os) psicólogas(os), outros detalhes são de extrema relevância para se compreender e intervir adequadamente no momento vivido pelos pacientes. Destaca-se, por exemplo, a fase do desenvolvimento que a mesma se encontra, sua idade, o seu lugar na família e a qualidade das relações familiares entre outros.

Sobre o adoecimento agudo e crônico

Neste ponto buscamos trazer as definições de doenças agudas e crônicas com o intuito de identificar o impacto que a doença pode trazer para os envolvidos. Há grandes diferenças entre doenças *agudas* e doenças *crônicas* que passaremos a definir.

Doenças agudas

Aquelas de instalação brusca e inesperada que ocupam os espaços nas emergências dos hospitais. Implicam ameaças e risco iminente de vida e pede tratamento e ações médicas imediatas. Apresentam o elemento *surpresa* com *rupturas* importantes para o sujeito biopsicossocial. Emerge o trágico da condição humana como visto nos acidentes, desastres, catástrofes, violências, com um destaque especial para as tentativas de suicídios. Geram intenso sofrimento pelo desamparo e mobiliza em demasia a família, também perplexa pelo acontecimento inesperado. Neste espaço, as(os) psicólogas(os) trabalham com diferentes respostas emocionais entre elas o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) e os Transtornos de Estresse Agudo (TEA) com suas sintomatologias próprias (BORGES, 2009).

Outras características: doenças agudas podem levar a óbito ou à recuperação total. Podem se tornar crônicas, deixar sequelas momentâneas ou definitivas e reais, como também, e não menos importantes, as sequelas significativas como cronicidade emocional com os ganhos secundários da doença.

Para as(os) profissionais de saúde mental, compreende-se que o Trauma Agudo leva ao paciente e familiar à respostas compensatórias e defensivas pela incerteza da situação, apresentando um novo estado emocional, menos equilibrado e em permanente alerta.

Doenças crônicas

Aquelas de instalação brusca ou lenta que permanecem por tempo indeterminado e evoluem até a morte. Exige tratamento interdisciplinar prolongado, limitações e muitas vezes levam ao esgotamento tanto do paciente quanto dos familiares.

Santos e Sebastiani (1996, p. 160) assim definem a doença *crônica*:

O diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, não só dos pacientes, mas dos próprios profissionais de saúde, devido ao fato de saberem estar lutando contra uma doença que dificilmente terá como fim a cura.

McDaniel, Hepworth e Doherty (1994, p. 179) também afirmam que:

O paciente e a família geralmente não estão preparados para as mudanças físicas, períodos alternados de estabilidade e crise e incertezas do funcionamento futuro. A doença crônica exige novos modos de enfrentamento, mudanças nas autodefinições do paciente e da família e períodos extensos de adaptação. O paciente com a doença percebe múltiplas perdas, incluindo a saúde física e o funcionamento, perda dos papéis ou responsabilidades, perda dos sonhos e possibilidade de menos tempo de vida.

Complementam estes autores que as características das diversas doenças *crônicas* específicas possuem extensa bibliografia, no entanto, o que querem ressaltar é que as doenças não tem as mesmas repercussões sobre as famílias e sobre a pessoa assistida e precisam ser tratadas como únicas.

Não se pretende aqui aprofundar as particularidades de todas as doenças *crônicas*. O objetivo é apontar *como* a doença *crônica* se prolonga e que o centro das atenções, tanto para o paciente como para a família, torna-se o tratamento, a evolução do quadro e as fases do seu desenvolvimento.

Sabe-se bem que, atualmente, a doença *crônica* já pede cuidados paliativos desde o diagnóstico, durante a evolução do tratamento que pode levar anos, até o momento final com o óbito.

Faremos uma abordagem geral às contribuições teóricas e estratégias clínicas que a(o) psicóloga(o) poderá lançar mão para muitas doenças *crônicas*. Citaremos, como exemplo, as Cardiopatias, Diabetes, Epilepsias, o Acidente Vascular cerebral (AVC), Esclerose Múltipla e tantas outras doenças neurológicas como Alzheimer, Parkinson por exemplo, a Oncologia e suas características especiais, a insuficiência Renal Crônica, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/HIV/aids entre tantas outras progressivas, fatais ou incapacitantes.

Cabe ressaltar que as fases do desenvolvimento são comuns a todas elas e que os desafios nas fases *aguda*, *crônica* e *terminal* vão depender dos padrões adaptativos da pessoa assistida e dos familiares. Porém, de uma fase para outras, aquelas estratégias adaptativas podem não ser mais a mesma. Sabe-se que mesmo sendo patologias tão diferentes, os efeitos psicossociais poderão ser semelhantes em alguns pacientes e familiares.

Tendo o diagnóstico já fechado, pacientes e familiares apresentam suas particularidades e podem surgir mecanismos defensivos, como aponta Kubler-Ross (1969), sendo a negação um deles e o primeiro a se revelar. Segue com momentos de raiva, barganha, depressão e aceitação quando possível.

Para McDaniel, Hepworth e Doherty (1994) a fase de *Crise* inicia de modo agudo ou gradual, antes mesmo do diagnóstico, ao aparecimento de alguns sintomas e a sensação de alguma coisa está aconte-

cendo. A definição do diagnóstico é um período de grande estresse e turbulência emocional pelas dúvidas e desconfiança do pior.

Complementa Coelho (2001, p. 82) que com o diagnóstico definido pelo médico, inicia-se os elucidamentos sobre o tratamento e as intervenções necessárias. Segundo Carter e Mac Goltrych (1995), o curso da doença é marcado por três formas gerais:

- *Progressiva* - apesar do tratamento, sempre sintomática, vai progredindo em severidade.
- *Constante* – após instalada, se mantém estabilizada como nas amputações por traumas, ou AVC, por exemplo que deixam um déficit óbvio e irreversível, com limitação residual funcional permanente.
- *Reincidente ou episódico* – com períodos alternados de exarcebção dos sintomas, até com hospitalizações recorrentes e períodos mais estáveis o que gera muita incerteza e aflição entre todos os envolvidos no tratamento. Nestas fases, todos da família, em geral, se unem e participam muito do tratamento do enfermo que pode ser prolongado e com estas alternâncias de crises, hospitalizações e recaídas. São momentos permeados também de esperança que apareça um novo medicamento ou um médico mais atualizado.

Coelho (2001) ainda aponta que são necessários ajustamentos específicos a cada fase do curso da doença. Diz:

Em síntese, podemos dizer que a enfermidade física crônica apresenta implicações diferentes em cada fase do desenvolvimento e encerra com potencial de prevenir ou aumentar suas conseqüências, dependendo da sua forma de emergir, bem como está sendo administrada pelo indivíduo e seus familiares. A doença crônica ou aguda torna-se mais suave quando é vista como uma condição de “estar doente”, diferente da posição de “ser doente”, que leva à dependência, incapacitação, regressão e derrota emocional (COELHO, 2001, p. 83).

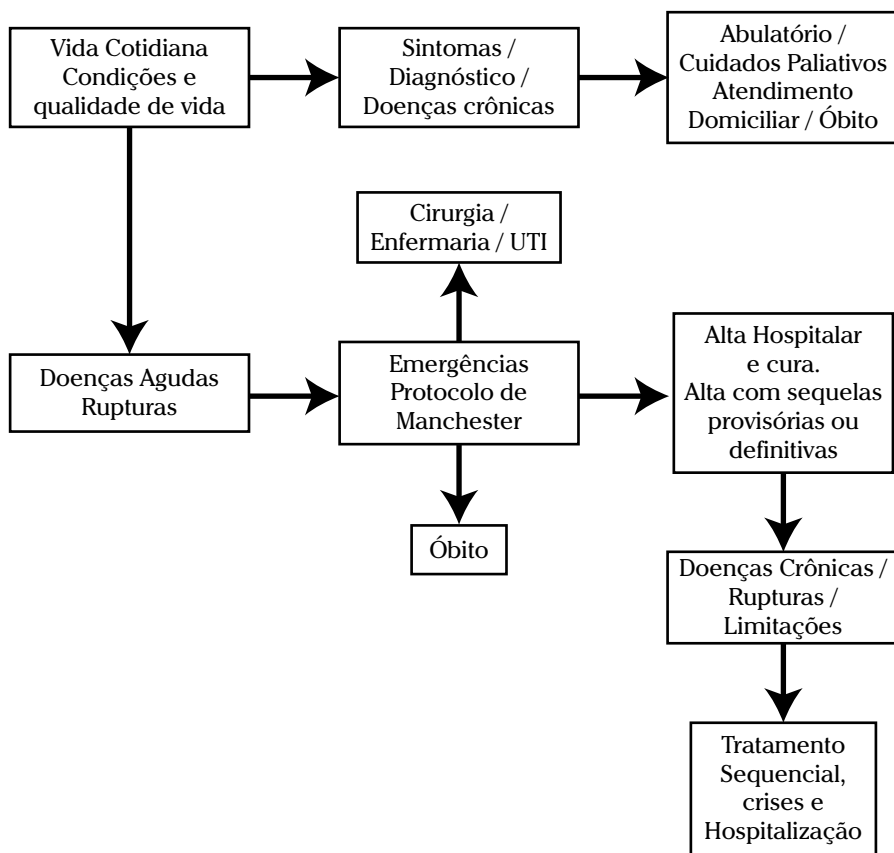
Ainda para a autora citada (2001, p. 69) atentar para a repercussão emocional relativa a doença *crônica* muito ajudará a equipe a compreender aquele paciente e familiar. Segundo ela:

Este paciente convive por muito tempo com a condição de doença e na qual a perda da saúde produz uma repercussão emocional que provoca cuidados prolongados por parte da equipe. Compreender por que algumas pessoas superam a cronicidade e outras com o mesmo quadro clínico tornam-se dependentes e em processo de deterioração global, sem dúvida, favorece também a adoção de estratégias preventivas mais adequadas às necessidades de nossos pacientes desde as fases iniciais da conduta terapêutica.

Como bem se vê, a atuação da(o) psicóloga(o) no âmbito hospitalar, e sobretudo com doenças *crônicas* e fazendo parte da equipe que cuida, será de grande valia, visto que, todos poderão compreender a singularidade e os modos de enfrentamento particular de cada paciente/família, sem propor a eles condutas heróicas diante da situação por eles experienciada. A(O) psicóloga(o), então, desenvolverá seu trabalho de acompanhamento psicológico prolongado individual e também familiar, seguindo o curso natural da doença e as possibilidades de cada *ser-em-situação/paciente/sofrente*.

A título de ilustração construímos um fluxograma apontando como as doenças se instalam, os possíveis desdobramentos e evolução do quadro clínico.⁷

7 O quadro faz menção ao Protocolo de Manchester, o que exige aqui algumas considerações. É importante destacar que o atendimento hospitalar, de entrada nas primeiras 24 horas na instituição, não é de definição médica. O protocolo de Manchester define o fluxo das portas de entrada no SUS, sendo uma ferramenta aplicada pelo profissional de enfermagem, exceto, em situações de catástrofes/desastres. A autorização de internação, esta sim, após as 24 horas, é de definição médica.



Assim, a(o) psicóloga(o) no âmbito hospitalar estará implicado não só com o sofrimento, mas com a evolução do quadro clínico até a fase final, com o luto e o óbito. Deste modo, é importante saber: quem é a pessoa assistida? Qual a patologia? Aguda ou crônica? Com sequelas provisórias ou definitivas? Está devidamente informado sobre seu tratamento? E a família? Participativa? Fragilizada? Quais as repercussões psicossociais na vida da pessoa assistida e da sua família? A doença já evoluiu para a fase terminal? Pode-se fazer palição?

Se a doença evolui progredindo para a fase terminal, começam os sinais de cansaço e o fim da esperança. O paciente pode estar debilitado e sem forças para reagir. A(O) psicólogas(o) pode

trabalhar o luto acompanhada(o) por uma equipe bem preparada em cuidados paliativos em busca de uma morte digna, o que será discutido mais adiante.



A política de atenção integral do SUS envolve muitos desafios, entre tantos a proximidade entre os setores públicos e a sociedade civil que certamente gera novos valores político-sociais, sobretudo na área de saúde com a melhor compreensão do processo *saúde-doença* e dos modos de atenção, proteção e intervenção junto aos usuários. Busca-se romper paradigmas e o modelo biomédico tradicional, saindo do foco da doença e voltando-se ao ser que adocece.

Avanços significativos, embora ainda insuficientes, estão sendo constatados, entre eles o aumento da diversidade de áreas profissionais integrando as equipes de saúde, sobretudo em Hospital Geral. Caminhamos nas políticas públicas, nos programas e serviços e ainda temos muito a conquistar no que se refere as demandas da população (GIORGIA-MARTINS, 2012).

Diante de tais constatações é necessário se compreender a instituição hospitalar, quem são os seus usuários e o que se passa com eles. É preciso saber da *dinâmica doença/hospitalização/tratamento*, ao mesmo tempo em que se enfatiza a importância das *relações paciente/família/equipe de saúde*.

EIXO 3: ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NOS HOSPITAIS

A presença da(o) psicóloga(o) na área da saúde vem crescendo gradativamente ao longo dos anos, sendo que, atualmente passam a ser pré-requisito da maioria das instituições hospitalares que este profissional tenha uma titulação de especialista. Apesar de haver uma abertura nas instituições de saúde para a inclusão da(o) psicóloga(o) nas equipes médicas, conforme pontua Giannotti (1995), estas muitas vezes não sabem o que exigir da(o) psicóloga(o), na medida em que não têm objetivos claros e definidos ao atendimento voltado à saúde mental.

Rodríguez-Marín (2003) afirma que a Psicologia Hospitalar é a intersecção de contribuições educativas, científicas e de atuação profissional que as diversas disciplinas psicológicas fornecem para possibilitar uma melhor assistência aos pacientes no contexto hospitalar. Para alcançar este objetivo, precisa estudar não só a doença em si, mas a força e a capacidade de crescimento pessoal. Para tal, é preciso se apropriar das concepções da doença orgânica (RUDNICKI, 2007). Desse modo, a justificativa da inserção da Psicologia no ambiente hospitalar advém de um sofrimento psíquico, em decorrência de uma vivência de adoecimento ou trauma físico.

O *setting* terapêutico criado pela(o) psicóloga(o) na atenção à pacientes hospitalizados e/ou seus familiares tem por princípio garantir um espaço para a escuta do sofrimento psíquico sem desconsiderar as interfaces com os processos biológicos e socioculturais que se apresentam naquele momento. O *setting* terapêutico não é definido como na atuação clínica convencional, visto que ampliam-se o *saber/fazer psicológico*, fugindo-se dos enquadramentos da psicoterapia convencional e aproximando-se da atenção psicológica integrada ao demais fazeres e aos procedimentos que as equipes de saúde prestam aos pacientes no hospital.

Esta escuta clínica da(o) psicóloga(o) hospitalar é ampliada a três diferentes grupos de atenção: pessoa assistida, família e instituição. Esta tríade configura um diferencial importante do trabalho da Psicologia dentro das instituições de saúde, em contraponto com a atuação na clínica, pois o foco central no sujeito adoecido ou em sofrimento preconiza um olhar ampliado à família do paciente como extensão dessa dor emocional e uma necessidade de interação efetiva com a equipe de saúde que acompanha o caso.

Na instituição de saúde a demanda de atendimento psicológico é “inversa”. Na grande maioria dos casos são os agentes de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentre outros) que solicitam avaliação e acompanhamento psicológico, muitas vezes sem antes comunicar ao próprio paciente. Deste modo, a(o) psicóloga(o) precisa inicialmente evidenciar essa demanda com ele, a fim de poder desenvolver um vínculo terapêutico que auxilie nas investigações dos sintomas emocionais que podem interferir na sua evolução clínica.

A(O) psicóloga(o) hospitalar deve reunir esses conhecimentos e essas técnicas para aplicá-las visando à melhoria da assistência integral ao paciente hospitalizado, sem precisar se limitar exclusivamente ao tempo específico da internação. Entretanto, necessita de técnicas diagnósticas e psicoterápicas breves, que sejam decisivas, sem perder sua eficiência e que conduzam a uma psicoterapia mais à longo prazo, caso seja necessário.

Atuando no hospital, a(o) psicóloga(o) entra em contato com as diferentes patologias, com a prática da medicina e dos outros profissionais de saúde com suas tarefas curativas, seguindo protocolos de tratamentos com seus desdobramentos, conforme as exigências do Ministério da Saúde e em busca constante pela qualidade do atendimento. No entanto, hoje, a equipe de saúde, já compreendendo as demandas biopsicossociais e espirituais, procura cumprir seus protocolos, sem deixar de lado o aspecto humanizado e de acolhimento do paciente e da sua família.

A busca pela excelência no atendimento, faz lembrar Ismael (2013, p. 3), apud. Weber (2009), quando afirma que há:

[...] dois conceitos complementares, importantes no cuidado, que é “atender” que significa cumprir os protocolos de atendimento, normas operacionais e cada qual na equipe deve fazer a sua parte da melhor forma possível; e o “assistir” que significa estar exatamente ao lado do paciente compreendendo e acolhendo todas as necessidades, sejam emocionais ou espirituais.

As patologias são muito específicas, apresentam sintomas e desdobramentos tão próprios, que a Psicologia não precisa dar conta, visto que nossa competência e nosso olhar estarão voltados para a escuta do sofrimento e o fortalecimento das defesas psíquicas necessárias ao enfrentamento de situações difíceis como o adoecimento e suas consequências psicossociais, compreendendo que, neste contexto, muitos se desestabilizam emocionalmente.

Amaral et al., (2012, p. 136) ratifica este pensamento dizendo:

Muitos vivenciam esse processo de forma desadaptativa, e é nesse contexto que atua a(o) psicóloga(o) hospitalar, trabalhando no intuito de propiciar um olhar diferenciado ao doente, buscando melhora da doença a partir do reconhecimento do doente como ser biopsicossocial.

À(Ao) psicóloga(o), portanto, interessa *como* a pessoa assistida/familiares se encontram neste momento, *como* foi afetada pela situação e quais os recursos psíquicos presentes para que eles possam atravessar o tratamento e *como* poderemos ajudá-los como participante da equipe de cuidadores. E ainda, não negligenciar a ética da tarefa de ser psicóloga(o): ações situadas e contextualizadas nos diferentes momentos da doença; preparo científico/técnico, disponibilidade, resolutividade e interesse genuíno pela pessoa adoecida e vulnerável.

Enfatiza-se neste ponto que no processo de hospitalização, pelas rupturas sofridas, requer uma adaptação ao ambiente das

enfermarias, na maioria das vezes, percebido como ameaçador. É necessário um trabalho de reorganização da rotina e, muitas vezes, dos projetos de vida, visto que nem sempre há uma recuperação da saúde da pessoa.

A(O) psicóloga(o) chega ao hospital e já encontra uma rotina instalada. Procedimentos médicos, de enfermagem, curativos, fisioterapia, horários de alimentação, uma dinâmica própria daquele contexto. É necessário, que eles saibam qual é o nosso fazer. Para que isto aconteça, precisamos manter o nosso domínio técnico-teórico e a identidade profissional. Podemos sair dos modelos tradicionais de psicoterapia para Atenção Psicológica contextualizada neste espaço multi e interdisciplinar, sem se perder da ética da tarefa de ser psicóloga(o) que está na coerência entre a metodologia e os objetivos terapêuticos, entre o fazer e as necessidades do paciente e entre o que acontece nos atendimentos, em cada encontro terapêutico.

Então, pode-se perguntar: Quais as especificidades dos atendimentos psicológicos nas enfermarias e nos diferentes espaços do hospital? Como atuar clinicamente neste espaço tão compartilhado com outros saberes?

Devemos, inicialmente, avaliar a condição emocional do paciente e sua condição orgânica do momento, estabelecendo modalidades de intervenção para cada pessoa assistida/família, *em-situação* e considerar:

- A disponibilidade da pessoa assistida para os atendimentos. Considerar que ele não foi ali procurar a(o) psicóloga(o) e sim cuidados médicos e por isso não compreenda a disponibilidade da(o) psicóloga(o) para uma atenção psicológica, apresentando indisposição e preconceitos. Deve-se, pois, considerar, sobretudo, a capacidade do paciente para a elaboração de conteúdos psíquicos.
- O *setting* terapêutico, na maioria das vezes, acontece na “beira do leito”, precisando ser adaptado a certas interferências como TV ligada ou pessoas circulando, por exemplo.
- A dinâmica do contexto hospitalar pede nossa flexibilidade metodológica — não há horário definido, nem dias marcados, tudo depende da necessidade emocional da

pessoa assistida e das rotinas do tratamento como curativos, exames, gravidade da patologia, entre outros. Os atendimentos devem ter começo, meio e fechamentos, focados e diretivos, com duração média de trinta a quarenta minutos. Lembramos que neste espaço não se realiza a psicoterapia nos moldes tradicionais e que poderão ser acertados encaminhamentos, por ocasião da alta hospitalar ou se por acaso o paciente for transferido para outro espaço ou clínica, como uma UTI, por exemplo. Ali estará outro colega que prestará a assistência necessária.

- A presença dos familiares, que também podem estar recebendo atenção psicológica. Nesse sentido, é imprescindível cuidar do sigilo nesses casos.
- Ações terapêuticas adequadas e diversas, conforme as necessidades da pessoa assistida/família, como atendimentos individuais, em grupo, psicoeducação, diálogo franco, manejo ambiental, entre outros (BRUSCATO et al., 2012; SOUZA, 2013; SAFRA, 2003; BORGES, 2009; BATISTA E DIAS, 2003; ROMANO, 1999; ANGERAMI-CAMON, 1996).

Fazeres e rotinas: etapas do atendimento psicológico

A(O) psicóloga(o) como integrante de uma equipe de saúde terá a oportunidade de dialogar com os múltiplos saberes sobre os acontecimentos da enfermaria e o que se passa com cada paciente. Este trabalho ampara-se na comunicação da verdade e ao respeito à pessoa assistida e a sua família.

O adoecimento apresenta-se como uma situação-problema, porém, busca-se compreender para intervir, como o paciente se percebe nesta situação e seus modos de enfrentamento para que as ações da(o) psicóloga(o) junto a eles e a equipe que cuida sejam efetivas e de promoção à saúde.

Cabe ressaltar que o ponto de fragilidade da atuação da(o) psicóloga(o) neste espaço é a ética da tarefa. Há de se cuidar do *saber/fazer técnico-científico*, para que a atuação seja reconhecida

em sua eficácia e respeitada por todos. É necessário operacionalizar este *fazer clínico* para que seja consistente e efetivo.

A rotina de trabalho da(o) psicóloga(o) deve situar a demanda do paciente e estabelecer rotinas nítidas, com protocolos de atendimentos com registros psicológicos escritos nos prontuários com coerência e indicativo do estado emocional, tipo de intervenção, ações junto a equipe e familiares e os resultados obtidos ou que se espera alcançar. Nesta rotina já fica caracterizado o protocolo operacional padrão do Setor de Psicologia, que evidentemente poderá ser flexibilizado conforme as necessidades da instituição, da região do país, dos pacientes e da equipe da qual a(o) psicóloga(o) faz parte.

Assim, com as rotinas estabelecidas, é possível dialogar com os demais membros da equipe, com atenção ao espaço de atuação dos demais profissionais, mais voltados para a cura e procedimentos necessários à recuperação ou estabilização hemodinâmica do paciente.

O primeiro contato com o paciente deve acontecer de modo espontâneo com a realização da entrevista inicial (Busca Ativa ou por solicitação de algum membro da equipe). A(O) psicóloga(o) coloca-se à disposição numa atitude de interesse e pela resolução dos problemas apresentados naquele momento de fragilidade do paciente/família.

A Entrevista acontece naturalmente *entre* e nas *relações humanas*, na qual o fenômeno se revela. Tanto a entrevista *Preventiva* quanto a entrevista *Diagnóstica* se aplicam perfeitamente ao contexto hospitalar. É importante salientar que fazendo parte de uma equipe e tendo suas rotinas estabelecidas provavelmente não haverá necessidade de solicitação uma vez que a(o) psicóloga(o) já está inteirado da dinâmica da enfermaria e próxima(o) aos pacientes, sobretudo aqueles que mais necessitam (ROMANO, 2008; BRUSCATO et al., 2004, ISMAEL, 2013).

A entrevista psicológica é um recurso do método científico e uma técnica avaliativa que objetiva estabelecer um diagnóstico, colher dados importantes sobre o acontecido e compreender o paciente. Visa situar a(o) psicóloga(o) e, por conseguinte, a equipe, sobre aquele paciente e como poderá enfrentar ou não, suas dificuldades atuais.

Para corroborar sobre a importância da entrevista, tanto preventiva, quanto diagnóstica, no hospital, Fongaro e Sebastiani (1996, p. 8), afirmam que:

[...] convém lembrar que o trabalho do psicólogo hospitalar, no momento de avaliação psicológica do paciente, difere do que normalmente é desenvolvido num psicodiagnóstico tradicional. Estamos avaliando um momento específico da vida da pessoa, especial e muitas vezes ímpar. [...] nesse aspecto, não se está atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim, na busca, da melhor forma possível, de uma visão ampla de quem é e como está aquela pessoa frente ao seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento.

Importante apontar, ainda, que durante a entrevista, a(o) psicóloga(o) já poderá fazer intervenções clínicas. Em uma função terapêutica, procura provocar reflexões que poderão oportunizar uma nova compreensão das percepções sobre o momento vivido pelo paciente.

Devemos também destacar que a idade do paciente faz diferença no modo de abordá-lo e à família. Com crianças, utilizamos observação e técnicas lúdicas, considerando a fase do desenvolvimento e a gravidade da patologia. A família é também nosso foco e muito pode ajudar nos dados informativos sobre a criança, o que está acontecendo com ela, bem como nas posturas necessárias durante o tratamento. Com o adolescente pode-se encontrar o melhor meio de aproximação visto que pode haver a sobreposição de crises e, assim, as dificuldades serão maiores.

O papel da comunicação nas ações em saúde através das entrevistas preventivas, diagnóstica e terapêutica tem seus objetivos bem definidos, contribuindo com as ações da equipe interdisciplinar e colocando o nosso *saber/fazer* a serviço da prevenção e promoção à saúde. É importante identificar se há coerência entre a condição emocional e a gravidade da patologia.

O exame das funções mentais é realizado durante a entrevista inicial. Atenção, senso percepção, memória, orientação, nível de consciência, curso do pensamento, linguagem, afeto e conduta. Identificar alguma síndrome ou algum tipo de transtorno pode oferecer subsídios para uma hipótese diagnóstica, diagnóstico diferencial, solicitação de parecer da psiquiatria e muito auxilia na comunicação com o médico assistente e demais membros da equipe (ROMANO, 2008; BORGES, 2009; BRUSCATO et al., 2004; SOUZA, 2003; ISMAEL, 2013; FONGARO; SEBASTIANI, 1996).

Safra (2003) aponta as intervenções clínicas em momentos de crise, afirmando que o paciente, pelo nível de sofrimento, pode estar paralisado emocionalmente, sem condições de se confrontar com a situação real e, portanto, necessita de intervenções breves e pontuais. As intervenções breves e pontuais em torno da problemática visam ajudá-lo a objetivar o problema, pois, falando sobre ele, poderá elaborar os conteúdos presentes e enfrentá-lo da melhor forma que puder.

Os processos de trabalho da(o) psicóloga(o) hospitalar

De acordo com Giannotti (1995), a(o) psicóloga(o) necessita antes observar e pesquisar para formular seus objetivos e implantar programas de ação. Deve elaborar novas formas de intervenção e desenvolver sua estratégia tomando como premissa a equipe com a qual irá trabalhar, bem como a patologia que acomete o paciente que receberá o atendimento psicológico.

Os problemas psicológicos que os pacientes apresentam, no âmbito das instituições, conforme elucida Giannotti (1995), são os emergentes dos conflitos e das contradições sociais. De acordo com a autora, o que o paciente traz com a enfermidade e seus sintomas, não é somente sua realidade pessoal, trata-se, também, do resultado da realidade social e institucional, ou seja, a realidade do grupo social mais imediato e da família a qual pertence.

Optamos nesta Referência trabalhar o fazer da(o) psicóloga(o) no hospital dentro da lógica de processos de trabalho, confor-

me vem recomendando o Conselho Federal de Psicologia e a Frente de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB), desde a Segunda Mostra Nacional Psicologia em 2013 e em todos os Congressos Brasileiros de Psicologia promovidos pelo FENPB. A organização da prática profissional por meio dos processos de trabalho reconhece e dá visibilidade, de maneira mais direta, ao que efetivamente fazem as(os) psicólogas(os). Essa organização busca ampliar as possibilidades da Psicologia por entender que a divisão por áreas nem sempre mostra as especificidades da atuação.

Os processos abarcam a diversidade da prática profissional e, assim, refletem as transformações pelas quais passa a Psicologia. Atualmente são quinze processos considerados representativos da Psicologia e que se faz todos os dias e em todos os lugares. Nesta Referência vamos usar os quinze processos de trabalho e localizar exemplos de práticas comuns a psicólogas(os) hospitalares em diferentes especialidades. Chamamos a atenção para o fato de que o exemplo escolhido não vincula a intervenção à área especializada citada a apenas este processo de trabalho.

O reconhecimento de que as doenças são multifatoriais e que a complexidade do ser humano requer um acompanhamento de sua história, qualidade de vida e limitações referentes à sua dimensão psicossocial, nos coloca diante de novos posicionamentos e modelos de cuidado que não mais restringe a pessoa no binômio saúde-doença.

1) Processos de Acolhimento (de indivíduos ou grupos)

Como já visto no Eixo 1, o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de

saúde. É uma prática multidisciplinar e, quando executada pela(o) psicóloga(o), tem o dever de desvelar a dimensão subjetiva presente no agravo e utilizar a intervenção para construção do vínculo que permitirá orientações, aconselhamento, atividades de educação para a saúde e até desenvolver uma assistência psicoterápica.

O Acolhimento pode ser facilmente identificado em abordagens a familiares que estão com algum parente numa UTI, por exemplo. O trabalho da(o) psicóloga(o) nesse local visa a também atender os familiares dos pacientes internados, oferecendo-lhes um acolhimento psicológico através de uma escuta diferenciada. Cabe à(ao) psicóloga(o), um trabalho de orientação à família e ao paciente, cujo foco principal está em possibilitar a expressão do sofrimento e das questões referentes à doença, à internação, à angústia e ao medo da morte, através da interpretação das ansiedades e fantasias apresentadas.

Se for uma UTI Neonatal, o acolhimento da mãe puérpera, no reconhecimento do contexto, na sua apresentação aos profissionais da unidade, na mediação do encontro com o seu bebê, os primeiros toques na criança. São oportunidades de acolhimento dessa mãe que terá outros desafios emocionais para lidar no decorrer da internação do filho. A qualidade deste acolhimento dependerá, por exemplo, o acompanhamento ou possível assistência psicoterápica posterior.

Outro espaço em que o acolhimento se mostra como um dispositivo importante é nos serviços de Urgências e Emergências. O atendimento psicológico oferecido nestes serviços contempla um *setting* carregado de experiências emocionais intensas, o que se configura como uma realidade singular. Como explicita Batista e Rocha (2013), da(o) psicóloga(o) é demandado que “acabe com os problemas”, “resolva os conflitos”, “restabeleça a tranquilidade perdida”, aparentemente sem muitos recursos e de forma absolutamente eficaz. Batista (2010) refere que os momentos os quais a dimensão subjetiva, que permanece fora da determinação que visa ao saber médico, irrompe de forma abrupta e sempre “inesperada”, são aqueles em que o papel da(o) psicóloga(o) mostra-se mais valorizado e reconhecido no âmbito hospitalar.

A pessoa que procura um pronto-socorro geralmente apresenta uma vivência de acidente, ou de descompensação grave,

em casos de doenças crônicas. Quando chega a este serviço, se vê imerso numa situação de desamparo e, de certa forma, perde sua dignidade quando deixa sua posição de sujeito passando à posição de objeto de uma intervenção (MOURA, 2000). Instala-se, neste, um padrão regredido de funcionamento psíquico, pois é submetido a procedimentos médicos que, embora visem sua melhora, podem adquirir um caráter ameaçador e invasivo. Assim, vive um momento de perda de referencial, que é acompanhado por vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, profissionais e sociais (COPPE & MIRANDA, 2002).

De acordo com Perez (2005), a maioria das solicitações de atendimento psicológico em uma Unidade de Emergência surge em função de quadros reativos à situação da gravidade do caso, necessidade de atendimento emergencial e as próprias características ansiogênicas de um setor de urgência. São estas: depressão, estados confusionais e não colaboração ao tratamento. É importante que, mediante essa percepção, a(o) psicóloga(o) acolha a pessoa identificando quais são os reais fatores individuais que geram a resistência aos procedimentos propostos e quais as forças dinâmicas que bloqueiam sua adesão e colaboração, para ajudar o paciente a se apropriar de seu próprio tratamento.

O acolhimento é focal e muitas vezes emergencial. No atendimento de emergência procura-se atuar na crise que gera uma angústia específica incapacitante, sem a pretensão de alterar estruturas psíquicas básicas. O acolhimento pode elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação a situação emergencial, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de enfrentamento. Quanto mais rápida a intervenção, maiores são as possibilidades de recuperação psíquica da pessoa assistida.

Batista (2010) explica que um tema central na clínica da urgência é a dimensão do tempo. De um lado, a demanda para resolver “urgentemente” e sem recursos, mas de forma absolutamente eficiente, coloca com frequência as(os) profissionais diante de suas próprias urgências. Do outro lado, o próprio paciente que não “sabe”, não “entende”, não se reconhece na crise ou nos sintomas corporais e apresenta uma pressa por concluir uma intervenção característica da urgência.

No caso do trabalho da(o) psicóloga(o) frente a esta realidade, o que se tenta é acolher este indivíduo, a partir do oferecimento de uma escuta, que permita a explicitação do sofrimento. O acolhimento deve ser realizado com cautela, pois o paciente internado tem sua vontade aplacada, seus desejos coibidos, sua intimidade invadida e seu mundo de relações provisoriamente rompido. Muitas vezes ele deixa de ser sujeito, para se tornar um objeto da prática médica hospitalar, onde sua individualidade fica suspensa, transformando-se em mais um caso a ser contabilizado na instituição.

Como discorre Perez (2005), a falta de vagas para transferir um paciente do Pronto Socorro para a enfermaria, muitas vezes, estende a permanência e a continuidade de tratamento do mesmo na própria unidade de emergência, que tem suas condições muitas vezes precárias e limitantes. Sem privacidade, conforto e tendo que presenciar cenas de sofrimento de outras pessoas atendidas, traz inevitavelmente um grande abalo emocional tanto aos usuários quanto aos familiares. Falta espaço físico para acolher os familiares e disponibilidade das(os) profissionais para orientar estas famílias e passar informações sobre o estado físico da pessoa assistida. Esse contexto exige das(os) profissionais, principalmente da(o) psicóloga(o), uma capacidade de sensibilidade, astúcia e rapidez, gerando alto nível de desgaste físico e emocional. Mas ainda assim, a situação descrita no atendimento psicológico de aconselhamento numa Unidade de Urgência e Emergência nos parece emblemática do processo de trabalho de acolhimento, lembrando que os exemplos aqui citados são ilustrativos do processo, mas não estão atrelados ao espaço de ação que foi descrito.

2) Processos de Acompanhamento (acompanhamento terapêutico e outras formas de acompanhamento)

O Acompanhamento é uma intervenção longitudinal, contínua, mesmo que por breve período de tempo, momento este que a(o) psicóloga(o) oferta a escuta e se dispõe a estar ao lado e presente ao longo do período em que o paciente esteja em acompanhamento no serviço.

Um exemplo de acompanhamento numa assistência hospitalar é o desenvolvido nas clínicas cirúrgicas. A pessoa assistida que é submetida a um procedimento cirúrgico nunca se sente totalmente segura. Por mais que confie na equipe médica, manifesta sentimentos de impotência, fragilidade, fantasias e medos — de sentir dor, ficar incapacitada, mutilada e medo da morte. Mediante essa situação, o paciente se sente ameaçado em sua integridade física e psíquica.

Nessa condição, as defesas psíquicas e suas experiências prévias virão ao hospital junto com a doença, seja ela aguda ou crônica, e o paciente irá se relacionar com os procedimentos propostos, seja enfrentando ou se defendendo, de acordo com sua história de vida, seus traumas anteriores, seus lutos e o simbolismo que a doença (ou o trauma) tem para ele.

Uma cirurgia, ou o resultado dela, pode alterar a imagem corporal da pessoa, sua auto-percepção, sua relação com os outros e com sua auto-estima. O acompanhamento psicológico tem como objetivo possibilitar a expressão da angústia, da ansiedade e sentimentos da pessoa, frente aos seus medos e fantasias em relação ao procedimento cirúrgico, auxiliando na compreensão da situação vivenciada.

O acompanhamento psicológico ao paciente cirúrgico se dá tanto no período pré-operatório, quanto no pós-operatório. A maneira como cada pessoa irá agir em relação à cirurgia está diretamente ligada às suas experiências e expectativas vivenciadas, e são marcadas pela forma como cada indivíduo irá elaborá-las.

- Período Pré-operatório:

O período pré-operatório é vivenciado subjetivamente, a partir do tipo de cirurgia a ser realizada, da idade da pessoa, de seu momento de vida e do significado da intervenção cirúrgica a ser feita. Certos medos e ansiedades são reações consideradas normais. Porém, na medida em que essas condições se elevam e se somam à tensão, estresse ou outras condições adversas do estado emocional, a pessoa pode sofrer várias interferências somáticas em seu organismo que podem prejudicar o processo cirúrgico.

Nessa fase, de acordo com Ragozini et al., (2005), a pessoa pode apresentar dificuldades no enfrentamento da situação a que irá se submeter, que é ameaçadora, desconhecida e com nível acentuado de ansiedade. Deve-se observar quais recursos emocionais adaptativos o paciente apresenta para lidar com a situação estressora e com o período posterior de recuperação. É importante investigar seus sentimentos e fantasias, o processo de hospitalização, seu histórico clínico, sua história de vida, estrutura familiar, hábitos, rotina, relação com a vida profissional e possíveis ganhos secundários. Ofertando também suporte à família, pois esta compartilha também desse sofrimento, vivenciando rupturas, reorganização da rotina e redistribuição de papéis.

• Período Pós-operatório imediato – Unidade de Terapia Intensiva (UTI):

Nessa etapa a pessoa prioriza em seu discurso as preocupações com sua condição física, limitações decorrentes da situação de dependência durante a internação e impossibilidade da constância da família a seu lado no leito. Existe o alívio de emoções intensas pela constatação de sobrevivência ao procedimento realizado. Vive um momento de grandes reflexões em relação à sua vida e a qualidade desta até então. Outra questão a se observar é o resgate da identidade da pessoa assistida, abalada em função da despersonalização sofrida em todo o processo e como a psicologia pode ajudar na resignificação dos seus valores pessoais em relação à própria história.

Quando a morte do paciente é percebida pela família como próxima e inevitável é frequente que eles fiquem mais introspectivos e mais ligados às suas crenças religiosas. Inicia-se um processo de despedida e vivência do luto, que é experimentado por cada membro da família de uma maneira subjetiva e particular, levando em conta a relação e o papel de cada um com a pessoa, a estrutura emocional e as vivências de luto e perdas anteriores da cada um. Neste momento, a(o) psicóloga(o) pode realizar um acompanhamento individualizado a vários membros da família em momentos distintos, dando a cada um deles um espaço próprio para que cada um deles possa acessar seu processo de luto.

Em relação ao próprio paciente, muitos deles podem estar próximos do fim de suas vidas e com um nível de consciência e lucidez que é possível a intervenção e o acompanhamento psicológico. Com o enfermo, muitas vezes o trabalho psicológico não se concentra na morte, mas na vida, nas ressignificações importantes ao indivíduo. É um trabalho que abrange uma escuta acolhedora de reminiscências e revalidações da vivência do indivíduo, o qual na maioria das vezes tem consciência da gravidade de seu caso e busca, no contato com suas emoções e sua história, uma maior tranquilidade para se desligar de todos os medos e angústia que o ajudariam a enfrentar o próprio adoecimento e a proximidade da finitude.

- Retorno à enfermaria e ao leito:

No geral, nesta fase as pessoas assistidas se mostram inseguras quanto a sua condição física, apresentando-se ansiosas e vulneráveis diante da constatação de sua nova condição. Estão cansadas, indispostas, com dores e incômodos, mas são convidadas a ganhar autonomia, participando de forma mais ativa de seu processo de recuperação, que inclui reabilitação e esforço físico.

A(O) psicóloga(o) pode auxiliar no processo de reabilitação e reinserção social, dando uma devolutiva dos recursos emocionais observados funcionando como um “espelho” para que o paciente possa enxergar suas reais capacidades e adquirir auto-confiança para enfrentar sua condição atual. Na perspectiva de alta, a(o) psicóloga(o) pode, se achar necessário, sensibilizar o paciente para que ele busque a continuidade de um acompanhamento psicológico clínico fora do hospital.

Já em uma unidade neonatal de terapia intensiva, a atuação da Psicologia foca no suporte aos pais. A ida de um bebê para uma UTI representa a quebra, a frustração dos sonhos e expectativas desses pais. Muitas vezes, o bebê precisa ser alimentado por sonda e a mãe não pode ou não consegue amamentá-lo. Não pode carregá-lo no colo, pois este está em uma incubadora. A sensação dos pais é de impotência e um dos trabalhos da(o) psicóloga(o) é ajudar a eles a estabelecerem um vínculo com o bebê e recuperarem a sensação de que são imprescindíveis a ele. Em muitos casos, a mãe pode descompen-

sar e não saber como auxiliar a equipe e o próprio filho nesta relação. O acompanhamento psicológico nestes casos é de construção da resiliência e de resignificação desta relação com um bebê real e não mais um bebê “ideal” para ajudar a mãe a construir seu vínculo com ele. Esse acompanhamento visa a localização das potencialidades, da resiliência, do manejo da ansiedade e dor, mas não necessariamente se transforma em um atendimento psicoterápico.

Outro exemplo de acompanhamento psicológico é no serviço de IST e HIV/aids. Principalmente no que diz respeito ao HIV/Aids, esta doença afeta o bem-estar físico, mental e social e pode envolver sentimentos negativos como depressão, angústia e medo da morte, interferindo na identidade e auto-estima da pessoa acometida. O estigma que há em torno da doença torna-se um destruidor poderoso e produz muitas vezes atitudes refratárias na busca do diagnóstico pelo próprio paciente, retardando, desta forma, essa descoberta. Em muitos casos, em que o sujeito é portador do vírus, sem nenhuma manifestação clínica da doença, entra em um processo de negação, como um mecanismo de defesa que impossibilita, neste primeiro momento, a adesão aos tratamentos que forem propostos.

A intervenção psicológica nessa situação será de acompanhamento longitudinal da pessoa, a partir da análise das resistências, criando com ela um vínculo de confiança que poderá ser o elo necessário à adesão. Enquanto a sociedade, a família e o próprio paciente, inicialmente, veem apenas o estigma da doença, a(o) psicóloga(o) apresenta uma capacidade de ter um olhar ao indivíduo que está escondido atrás do rótulo e com isto pode ajudar o paciente a acessar suas potencialidades, após o impacto do diagnóstico. Muitas vezes, deste acompanhamento advém a necessidade de um acompanhamento psicoterápico ou não. São exemplos que facilitam a compreensão dos limites e alcances do processo de trabalho do acompanhamento psicológico.

3) Processos de Avaliação (avaliação psicológica de indivíduos; avaliação para diagnósticos institucionais e sociais; avaliação educacional; avaliação de aprendizagem; avaliação de competências)

A principal finalidade da Avaliação Psicológica é obter um conhecimento de indivíduos ou grupos, com um objetivo específico e determinado pelo perfil que deve ser verificado. A avaliação inclui um processo de coleta de dados e interpretações de informações, na qual podem ser utilizados diversos métodos, instrumentos e técnicas, incluindo testes psicológicos padronizados.

Atualmente a *avaliação psicológica* no Brasil é definida pela lei que regulamenta a profissão da(o) psicóloga(o), como função privativa dessa categoria. Isso quer dizer que nenhum outro profissional pode realizar uma avaliação psicológica. Além disso, também é restrito à(ao) profissional psicóloga(o) a compra, guarda e o sigilo, tanto dos materiais utilizados quanto dos documentos e resultados gerados a partir do processo.

No exercício profissional da(o) psicóloga(o) em um hospital por diversas vezes será requerido uma avaliação e até mesmo a emissão de um documento que respalde algumas decisões. Quando a avaliação psicológica percebe sérios entraves emocionais que suscitem importantes questionamentos em relação à adesão do paciente após uma cirurgia, por exemplo, a posição do médico pode ser de adiar a intervenção para que o paciente possa primeiramente se submeter a um acompanhamento psicológico, isto no caso de uma cirurgia eletiva. A(O) psicóloga(o), então, orienta a família em relação à importância do tratamento das questões emocionais que poderiam interferir em uma evolução satisfatória no pós-operatório (SILVA, 2006).

Os transtornos alimentares, que geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência, requer atenção especial da Psicologia nas instituições de saúde, tendo em vista as questões emocionais que acompanham estas disfunções. Muitos fatores são responsáveis pela etiopatogenia dos transtornos alimentares. A avaliação psicológica pode incluir métodos de mensuração da forma de ingestão alimentar da pessoa, bem como de

aspectos psicopatológicos na relação estabelecida com a comida, com sua auto-imagem e sua relação interpessoal. Levantamento da história clínica da pessoa como o estilo de vida, hábitos, costumes, atividades, relacionamentos, pensamentos, sentimentos e comportamentos ajudam a inferir um diagnóstico que contemple e justifique o transtorno alimentar apresentado.

Entre os distúrbios alimentares mais comuns estão a anorexia, a bulimia ou a obesidade mórbida. No caso da obesidade, tem se tornado cada vez mais comum a indicação da cirurgia bariátrica. Em geral, os obesos apresentam um grande sofrimento psicológico resultante de um preconceito social com o próprio significativo aumento de peso e também com as características do seu comportamento alimentar. Pessoas obesas tendem a apresentar níveis mais acentuados de sintomas depressivos, ansiosógenos e de transtornos de personalidade.

A cirurgia bariátrica tem se mostrado uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. A indicação desta intervenção vem crescendo nos dias atuais e baseia-se numa análise abrangente de múltiplos aspectos do paciente. Essa cirurgia é um procedimento complexo e pode apresentar riscos de complicação. Portanto, a pessoa assistida precisa conhecer muito bem esse procedimento cirúrgico e quais os riscos e benefícios que advirão da cirurgia. Há indicação expressa para avaliação psicológica antes da indicação da cirurgia.

A pessoa deve ser avaliada e acompanhada pela Psicologia no período pós-operatório, pois mudanças rápidas acontecem, tanto relacionadas aos hábitos alimentares, quanto às mudanças do próprio corpo, emergindo questões emocionais em relação tanto a estas alterações quanto a relação anteriormente estabelecida com a alimentação. É neste momento que o trabalho psicológico é de extrema importância, podendo auxiliar a pessoa assistida a aderir de forma mais eficiente ao tratamento, envolvendo-o e tornando-o responsável pela construção de uma nova identidade corporal e estimulando a sua participação efetiva no tratamento.

A avaliação psicológica deve conter uma investigação sobre o início da obesidade, padrões familiares, quantas e quais tentativas já buscou para emagrecer, prejuízos causados pela obesidade em sua

vida, casos de obesidade na família, auto-estima e imagem corporal, vida social, vida profissional e expectativas quanto ao procedimento cirúrgico. É importante que a(o) psicóloga(o) tenha conhecimento de aspectos que podem inviabilizar o procedimento cirúrgico, tais como Transtorno Bipolar ou Esquizofrenia, Depressão (sem que esteja em tratamento), demais transtornos mentais e dependência química.

Essa avaliação psicológica pode dar à equipe um parecer de elegibilidade ou não para este procedimento do ponto de vista emocional, pois caso a pessoa assistida não esteja emocionalmente preparada para lidar com a alteração em sua auto-imagem corporal, a cirurgia pode com o tempo incorrer em insucesso e trazer uma recidiva do resultado do procedimento. Nestes casos, a(o) psicóloga(o) indica um trabalho em psicoterapia focado nas questões emocionais emergentes que estão ligadas a auto-imagem e auto-estima, preparando-o psiquicamente para que este paciente se reconheça após a cirurgia em sua transformação física.

Outro exemplo de avaliação psicológica ocorre em serviços materno-infantil. A avaliação dirige-se à depressão materna no pós-parto, uma condição que afeta de 10 % a 15 % das mulheres no período puerperal. Este quadro tem maior incidência entre a quarta e oitava semana após o parto. Geralmente se manifesta por um conjunto de sintomas como choro constante, sentimentos de desesperança, irritabilidade, falta de energia e desmotivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e de sono, ansiedade e sentimentos de incapacidade de lidar com novas solicitações.

Os sintomas de depressão materna pós-parto podem interferir em outras relações interpessoais e especialmente no vínculo entre a mãe e seu bebê. As atitudes maternas quanto ao recém-nascido são variáveis, mas podem incluir desde total desinteresse até medo de ficarem sozinhas com o filho. A interrupção da amamentação é outro fator que também acarreta uma maior prevalência de depressão nessas mães.

É importante na avaliação psicológica uma investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez. A possibilidade de reconhecimento de uma tendência depressiva da mãe é fundamental para ajudá-la no processo de reconstrução da relação estabeleci-

da com a própria maternidade e com o filho. A detecção de fatores de risco para a ocorrência de uma depressão pós-parto, mediante um acompanhamento psicoterápico, pode ajudar estas gestantes a elaborar conflitos internos presentes na relação com a maternidade, com a criança que irá nascer e pode minimizar os fatores depressivos que apareceriam no puerpério.

Na Unidade de Ortopedia, as avaliações psicológicas podem balizar as ações e atividades a serem desenvolvidas na reabilitação. De acordo com Giacomini e Galvan (2005), as afecções ortopédicas representam um abalo no principal veículo de representação social do eu, da comunicação e do relacionamento interpessoal que é o corpo. O impacto subjetivo e emocional decorrente dos problemas ortopédicos é bastante significativo e precisa ser identificado e considerado com a questão física que está sendo tratada. No processo inicial de avaliação, a(o) psicóloga(o) deve se ater não somente nas condições emocionais do paciente para se submeter aos tratamentos cirúrgicos proposto, mas principalmente em sua estrutura psíquica para aderir ao processo posterior de reabilitação, onde o resultado do tratamento médico/cirúrgico irá depender da colaboração ativa da pessoa assistida e esta se dará pelas condições emocionais que ela apresenta.

A avaliação do paciente em relação à sua estrutura emocional para se submeter a um processo de reabilitação preconiza a observação das possibilidades pessoais de cada um em relação a sua dinâmica psíquica e suas expectativas em relação ao prognóstico de tratamento (adequada, subestimada ou superestimada). Essa avaliação das expectativas auxilia a(o) psicóloga(o) na condução das orientações a serem dadas, pois, se o paciente e/ou família tem expectativas subestimadas, ele poderá não se comprometer com a reabilitação por não acreditar nas possibilidades de ter uma evolução satisfatória em seu quadro clínico.

Na Unidade de Pediatria, o trabalho da Psicologia objetiva principalmente um acolhimento das reações da criança e de sua família no período de hospitalização. O sofrimento físico e psicológico da criança, a possível perda da identidade, regressão aos estágios anteriores do desenvolvimento e sensação de abandono e culpa, podem

propiciar o surgimento de quadros de ansiedade decorrentes do início da patologia, da separação da família e da entrada no ambiente hospitalar. É importante que a(o) psicóloga(o) conheça a Psicologia Pediátrica, que segundo Linhares, Doca e Crepaldi (2019), trata-se de um campo interdisciplinar de conhecimento que se ocupa do acompanhamento e intervenção psicológica para crianças e adolescentes em tratamento de doenças, ou expostas à riscos à saúde de diferentes naturezas, além de suas respectivas famílias.

Dentre as diferentes possibilidades de atenção à criança hospitalizada destaca-se a entrevista lúdica. Esta refere-se a uma modalidade de avaliação psicológica para crianças por meio de brinquedos e representa um recurso importante para construir um vínculo e obter informações sobre a sua vivência no período de hospitalização. A criança no hospital utiliza o brinquedo para o enfrentamento das situações vivenciadas neste ambiente. Através da brincadeira, ela pode elaborar conflitos e lidar com as situações estressantes, conseguindo canalizar suas angústias, medos e fantasias

Os brinquedos utilizados na entrevista lúdica permitem que a criança comece a expressar seus sentimentos e ajudam a(o) psicóloga(o) a ganhar sua confiança. E com isto, a(o) profissional pode avaliar as representações simbólicas e conhecer a dinâmica dos processos psicológicos da criança, o nível de tolerância à frustração e suas reações emocionais, o que permite explorar os significados daquela experiência para ela. O brinquedo pode ser considerado um “veículo” de acesso e de entendimento da expressão de fantasias, sentimentos e comportamentos da criança hospitalizada. Através do brincar a(o) psicóloga(o) faz uma avaliação qualitativa de dados subjetivos e comportamentos da criança, adaptando a entrevista lúdica ao contexto hospitalar .

É importante acolher e informar a família, pois ela também é acometida pelo sofrimento e incertezas com relação ao estado de saúde da criança. Geralmente, os familiares sentem-se culpados pela doença do filho(a) por acreditarem que contribuíram para que o problema de saúde se instalasse. Ajudar a família no enfrentamento da situação pode minimizar o sofrimento e intensificar suas potencialidades e recursos para gerenciar a situação (CREPALDI, RABUSKE, GABARRA, 2006).

4) Processos de Comunicação (trabalho relacionado com veículos de comunicação ou ênfase em processo de comunicação envolvendo indivíduos, grupos ou instituições)

O processo de comunicação precisa ser competente, apropriado e eficaz, ainda mais no contexto hospitalar. Temos que atentar para uma prática dialogada com uma comunicação adequada e eficaz, que privilegie a dignidade da pessoa assistida, a inclusão da família como participante do tratamento e finalmente atenção ao estado emocional de todos os envolvidos (GIORGIA-MARTINS, 2012; ROMANO, 1999; WONGTSCHOWSKI, 2011).

Dentre os diversos modelos de comunicação, destacam neste contexto: *comunicação como transmissão de informação, comunicação como partilha de significados, comunicação como persuasão, comunicação como comunidade*. Há uma relação íntima entre comunicação e comportamento, na medida em que todo comportamento, e não apenas o discurso, é comunicação e toda comunicação tem impacto no comportamento. A relação pessoa-profissional de saúde tem evoluído para uma atenção centrada na pessoa e não na doença, sendo assim questões como condições de privacidade, conforto, luminosidade, empatia, qualidade da escuta, integração das diversas dimensões biopsicossociais e respeito às decisões da pessoa são fundamentais para a qualidade da comunicação efetiva.

Na *comunicação como transmissão de informação* temos os boletins médicos que, em geral, incluem a participação do profissional de Psicologia. A(O) psicóloga(o) no Centro de Terapia Intensiva (CTI) acaba sendo um facilitador da comunicação entre o paciente, sua família e a equipe de saúde. A hospitalização de um membro da família é sempre um fator que desorganiza esta dinâmica familiar e, quando este paciente está internado no CTI, a situação se torna ainda mais difícil e delicada. Primeiramente, porque o CTI é um lugar que por si só já simboliza um risco eminente de morte e o paciente passa a maior parte do tempo sozinho, sem acompanhante. As visitas são muito curtas, o que gera angústia, solidão, maior fragilidade e ansiedade no paciente e coloca a família em uma condição de extrema impotência e desespero.

Existem casos nos quais os médicos esclarecem de forma bastante acessível o quadro do paciente e as intervenções que estão sendo realizadas, mas o impacto emocional da internação é tão intenso que a capacidade de compreensão da família pode ficar comprometida. Nestes casos, a(o) psicóloga(o) funciona com o “decodificador” da linguagem médica, onde os familiares e o próprio paciente se sentem mais próximas e íntimas a essa(e) profissional para expressarem suas dificuldades de compreensão acerca do que foi informado pela equipe. A(O) psicóloga(o) pode orientar nas dificuldades de entendimento que surgirem em relação ao real quadro clínico e dos procedimentos que serão realizados. Esse entendimento tende a diminuir a angústia.

É comum os familiares demonstrarem estresse, ansiedade acentuada, com queixas de alteração de sono e falta de apetite. Tendem a fazer muitos questionamentos em relação às condutas e rotinas, têm a necessidade de entender todos os procedimentos, como uma maneira de se sentirem mais participativos e menos distantes e impotentes no próprio tratamento, o que gera dificuldades na relação destes familiares com a equipe e neste momento a atuação da(o) psicóloga(o) como um intermediador da relação família/equipe se configura de fundamental importância a uma adequação mais saudável desta relação. É de fundamental importância desmistificar o ambiente da CTI, principalmente quando a pessoa assistida demanda somente um cuidado mais diretivo e intensificado por conta de uma necessidade de estabilização pós-operatória, sem risco de vida eminente. A comunicação neste momento pode ser um determinante na qualidade da recuperação.

Na *comunicação como partilha de significados* temos as ocasiões de atendimento frente a um diagnóstico difícil ou morte. Uma comunicação difícil ao familiar no CTI, principalmente aquele em estágio terminal, pode resultar numa aproximação dos membros da família, facilitando o diálogo entre eles, com a possibilidade de trazerem à tona vivências antigas não elaboradas e propiciar remissões de culpas nessas relações afetivas. A internação de um parente no CTI acaba sendo um momento intenso de reflexão e recordações.

Quando a comunicação permite a partilha de significados ela pode se aprofundar nos resultados sendo o que chamamos de co-

municação como comunidade. Quando há a partilha de significados há, muitas vezes, a identificação e clivagem de fundos de significados comuns de forma tão marcante que alguns autores consideram que a comunicação tem o poder de criar os nossos mundos sociais. Isso acontece quando a comunicação ocorre em grupos, por exemplo, rodas de gestantes, grupos de diabéticos que, fora do ambiente terapêutico, desenvolvem atividades de ativismo, luta ou promoção. A luta pela amamentação tem promovido anualmente encontros chamados de *Mamaços*, quando as mulheres e suas crianças se encontram num espaço público para amamentarem seus filhos e filhas e assim produzirem um tipo de comunicação com a comunidade. Não raro estas atividades são promovidas por serviços de Psicologia.

Pensando a *comunicação como persuasão* é comum intervenções no sentido de, por exemplo, se alcançar a adesão ao tratamento, a doação de órgãos ou, em uma situação de necessidade, de transfusão sanguínea em alguém cuja religião não permita. Ou mesmo, o trabalho de comunicação desenvolvido para aumento nas taxas de vacinação, amamentação ou uso de preservativos.

O processo de trabalho em comunicação também não é atividade exclusiva dos profissionais de Psicologia, entretanto isso não faz desta atividade algo menor ou menos valorizada. A consideração da dimensão subjetiva envolvida no processo quando a comunicação é executada pela(o) psicóloga(o) faz desta atividade uma das mais requeridas à(ao) profissional no ambiente hospitalar.

5) Processos Culturais (trabalho realizado com as diversas formas de produção cultural, incluídas as formas de expressão artística)

No campo da saúde, e particularmente na formulação de políticas e prestação de serviços de atenção e cuidado, conhecer a diversidade cultural representa um dispositivo disparador de alternativas e possibilidades para auxiliar na solução de problemas e atendimento das demandas da população. Talvez a premissa básica seja o reconhecimento do saber popular acumulado como qualificador do grupo social e das pessoas, assim como dos costumes e

práticas de grande importância para a saúde.

É preciso que os serviços de saúde busquem apreender a riqueza da cultura popular destas populações que, de fato, interpreta e explica a realidade, produzindo e reproduzindo constantemente padrões de sociabilidade e diversidade das camadas populares. Esta cultura é o conjunto de produções simbólicas e materiais em permanente transformação que orienta e organiza as relações sociais, a sociabilidade e o estilo de vida da população (AMARANTE; COSTA, 2012).

A desqualificação do saber popular pelo saber técnico gera enorme desgaste, despotencializando os usuários, levando-os a desacreditar no sistema de saúde. Este quadro indica o quanto os princípios de integralidade e humanização do cuidado vêm sendo comprometidos. É imprescindível que o usuário seja entendido como o centro, o objetivo e a principal razão de ser dos serviços de saúde.

Há muitos grupos que somente conseguem ser acessados e promovida sua adesão ao serviço através de manifestações culturais. Particularmente nos trabalhos voltados a saúde mental é bastante comum uso do teatro, dança, música, artesanato como produtores de vínculos e restabelecimento de coesão social e comunitária.

Também no trabalho com HIV/Aids são produzidas várias intervenções culturais na promoção da testagem rápida ou da informação acerca das doenças transmissíveis sexualmente. Podemos citar também vários trabalhos com participação de jovens protagonistas ou *peer education*⁸ na construção de intervenções artísticas, muitas vezes facilitadas ou co-coordenadas por profissionais de Psicologia. Recentemente, o envolvimento tem sido a cada mês: Setembro Amarelo no combate ao suicídio, Outubro Rosa no alerta ao câncer de mama, Novembro Azul na prevenção do câncer de próstata, etc.

8 Educação de pares, educação entre iguais.

No campo da Saúde Mental, a apropriação da noção de diversidade cultural representa ainda um deslocamento, ou uma ruptura, com caráter de resistência ao processo de medicalização/psiquiatrização que ocorre na área, pois significa que nem tudo o que é diferente, diverso ou desviante é patológico, tanto no aspecto das diversidades coletivas quanto individuais. Isto abre uma perspectiva interessante sobre a complexidade da(s) existência(s), da diversidade de culturas, de sociedades e de identidades.

6) Processos Educativos (formação/capacitação/ orientação de professores; planejamento educacional; elaboração de projetos educacionais; avaliação de processos educativos; orientação profissional/vocacional; planejamento e acompanhamento de medidas socioeducativas)

Especificamente na Psicologia Hospitalar, os processos educativos desempenhados são no âmbito da educação para a saúde. Marcondes (1988) define educação em saúde como conjunto de ações que incidem na melhoria da qualidade de vida e de saúde dos indivíduos. Essas ações sofrem influências e modificações de conhecimentos, atitudes, religiões e comportamentos que estão em constante transformações na sociedade. A educação em saúde pode ser entendida como uma forma de abordagem que, enquanto um processo amplo na educação, proporciona construir um espaço muito importante na veiculação de novos conhecimentos e práticas relacionadas.

Nos serviços de transplantes, os processos educativos passam a ser parte do papel do profissional de saúde que ali trabalha, incluindo a(o) psicóloga(o). Atualmente o transplante de alguns órgãos, como coração, rim, fígado, pulmão, pâncreas, intestino, córnea, medula óssea, pele, valva cardíaca e ossos são procedimentos rotineiros, apesar de estarem entre os procedimentos mais complexos da Medicina. Estudos indicam o transplante como a intervenção que fornece maior possibilidade de independência das restrições impostas pelos outros tipos de tratamento.

Decidir por um transplante de um órgão é uma questão muito delicada e requer muitas discussões e explicações para o paciente, em diálogo com os familiares, com o doador e com a equipe médica. Esse procedimento pode provocar inúmeras implicações psicológicas capazes de afetar todas as pessoas envolvidas. Durante todo esse processo surgem muitas questões relativas a adaptação às mudanças no estado de saúde, à capacidade funcional, às alterações das relações sociais, novas percepções de si mesmo e vários outros aspectos bastante distantes das técnicas médico-cirúrgicas.

O tempo de espera, a insegurança quanto ao sucesso do procedimento e a aceitação da ideia sobre a necessidade do transplante são questões emocionais presentes nas pessoas assistidas que se encontram nesta condição e podem ser minimizados quando o trabalho educativo for efetivo e constante. A opção para um doador vivo, no caso dos órgãos que podem ser removidos sem comprometimento físico para o doador, costuma ser a preferência para muitos pacientes, de preferência, se o órgão for doado por algum familiar. É um trabalho contínuo e permanente que tem impactos sociais importantes e que demandam explicitamente a incorporação da dimensão subjetiva envolvida para vencermos os obstáculos.

Mas existem outras intervenções que também exigem os processos educativos: na prevenção das IST/HIV/aids, na prevenção oncológica, na gravidez na adolescência, no incentivo a amamentação, dentre outros. Na cardiologia, por exemplo, os principais fatores de risco de doenças coronarianas são: hipertensão, diabete, tabagismo, hereditariedade, dentre outros, sendo então corresponsáveis pelo desenvolvimento desta enfermidade. Nossa cultura imbui às cardiopatias uma conotação de gravidade muitas vezes maiores que outras doenças. Até pela carga simbólica atribuída a este órgão e sua relação com a vitalidade do ser humano. Os trabalhos de educação para a saúde podem alcançar um grupo maior e contribuir para a promoção da saúde. Para todo processo de trabalho aqui descrito as possibilidades de intervenções se multiplicam por todos os espa-

ços de trabalho possíveis dentro da Psicologia Hospitalar.

7) Processos Formativos (formação de profissionais de diferentes áreas; capacitação de trabalhadores de campos diversos)

A formação de uma boa equipe que conquiste excelentes resultados tem sido uma busca cada vez mais frequente em qualquer tipo de serviço. Não é raro que a(o) psicóloga(o) esteja envolvida(o) na formação de novas equipes, ou na implantação de novos serviços. São requisitadas(os) a participar de treinamentos para profissionais de saúde, agente comunitários ou grupos profissionais específicos, como técnicos de enfermagem, pessoal da higienização, enfermeiros, médicos, equipes multidisciplinares.

A rotina de cuidados em uma CTI, por exemplo, é exaustiva; são inúmeros os procedimentos de rotina de cuidados com os pacientes. O local é climatizado, os ruídos do funcionamento dos aparelhos são constantes e as visitas ocorrem diariamente em horários pré-determinados com duração de trinta minutos, onde somente dois familiares podem permanecer no CTI. As pequenas janelas existentes em geral ficam no alto das paredes, o que impede os pacientes de saber se está de dia ou de noite. Estes ficam em espaços separados por divisórias. O CTI é um ambiente ansiogênico, tanto ao paciente quanto para os profissionais. É onde o medo da morte está sempre rondando. É muito comum a vivência do *burn-out*, uma síndrome de esgotamento físico e mental que requer cuidados com a equipe. A(O) profissional de Psicologia pode ser requerida(o) a propor uma intervenção com a equipe para promover o manejo adequado da ansiedade, restabelecer vínculos de confiança ou somente ter um espaço para expressar a impotência, os medos e as limitações.

O trabalho de interconsulta ou discussão de casos clínicos com o acréscimo da visão da(o) profissional de Psicologia permite o acolhimento da dimensão subjetiva na análise dos procedimentos a serem adotados. Quando maior for o processo do trabalho multiprofissional, mais enriquecedora será a experiência de trabalho para todos os profissionais de saúde envolvidos.

O novo paradigma que se procura seguir é o biopsicossocial e espiritual propondo o cuidar no lugar de só tratar, respeitando-se não só as demandas biológicas mas, e sobretudo, a situação e demandas da história da pessoa. Busca-se com isto a atuação corresponsável de todos os envolvidos: paciente/família/profissionais de saúde em suas especificidades. Isto constitui os ideais da interdisciplinaridade.

Cabe ressaltar que o princípio da integralidade do SUS indica ações que envolvam diferentes saberes e com a interdisciplinaridade tentamos superar as barreiras da fragmentação do homem e dos fenômenos apresentados pela subjetividade.

Assim, a interdisciplinaridade mostra-se como possibilidade de mudança, de articulação e cumplicidade entre os cuidadores, respeitando-se as especificidades de cada área do saber. Uma nova concepção que envolve subjetividade, vínculos de confiança e diálogo nas relações interpessoais, no caso, do paciente, da família e equipe de cuidados. Teremos como resultado deste *desafio* uma equipe mais sensível e coesa, espontânea e criativa que agrega conhecimento técnico favorecendo a qualidade do atendimento.

A(O) psicóloga(o) atuando junto à equipe deverá intervir sempre que identificar demandas emocionais de sofrimento e adaptações, sem esperar ser solicitado e estabelecendo uma rotina de trabalho consolidando o saber/fazer com competência e qualidade.

Dentre suas atribuições, além da Busca Ativa e Plantão Psicológico, já esperados na atuação como membro da equipe, as(os) psicólogas(os) poderão também fazer manejo ambiental, como solicitar pessoas ou objetos, reduzir estressores ambientais, sugerindo e justificando sua atuação em benefício da melhor aceitação da pessoa assistida e suas necessidades atuais. Além disso, realizar grupos operativos, interconsultas, grupo de acompanhantes, roda de conversa entre outros.

8) Processos Formativos de psicólogas(os) (formação profissional em nível de graduação, pós-graduação stricto sensu e especialização)

A preceptoria no SUS é uma das atividades mais importantes na

construção do sistema de saúde que desejamos. O(A) preceptor(a) deve ser uma referência, alguém que está na retaguarda e que possa discutir um caso, dar uma orientação quando preciso e, sobretudo, conduza a(o) supervisionanda(o) a um constante exercício de reflexão em suas próprias condutas. A(O) preceptor(a) colabora na condução dos atendimentos de suas(seus) supervisionadas(os) e auxilia-as(os) nos seus instrumentos técnicos e metodológicos de atuação.

A atitude do(a) preceptor(a) deve estimular na(o) supervisonanda(o) o desenvolvimento de suas próprias habilidades. Uma das principais funções da supervisão é a de desenvolver na(o) supervisonanda(o) a capacidade de perceber suas próprias dificuldades. Essa seria a forma de conquistar a independência, seguindo ela(e) sozinha(o), através de sua autocrítica no processo de aprendizagem.

De acordo com Zaslavsky (1999), o processo de supervisão desenvolve-se em três períodos: inicial, intermediário e final. No período inicial, é importante para a experiência da(o) supervisonanda(o):

- a) escutar com atenção flutuante;
- b) aprender a inferir interpretações do significado latente, mas ainda sem formulá-las;
- c) aprender a avaliar o grau de resistência e ansiedade que a pessoa a qual está assistindo apresenta e desenvolver a empatia com o estado regressivo deste;
- d) formular intervenções, ainda que de forma, predominantemente, imitativa.

No segundo período, os objetivos são:

- a) julgar o momento e a dosagem das respostas e intervenções;
- b) captar, o mais profundamente possível, as reações transfe-renciais e contra- transferenciais.

E, no terceiro período, ou fase final, a meta é:

- a) reconhecer as linhas dinâmicas e as mudanças de sessão para sessão;
- b) reconhecer o *insight*, a elaboração e a possibilidade de terminação. Pode ser acrescentado a este terceiro estágio o incremen-

to da autonomia, independência em relação ao(à) supervisor(a) e expressão de maior capacidade criativa.

Na relação entre o(a) preceptor(a) e (a)o supervisionanda(o) é muito importante a empatia e a aliança de aprendizado. O(A) supervisor(a) pode ser um modelo de identificação e de valores éticos. É importante que ambos partilhem do mesmo referencial teórico, para que a supervisão possa trabalhar tanto condutas e práticas clínicas enquanto manejo de atuação, como possibilidades de identificação de aspectos relevantes da teoria na discussão do caso proposto.

Muitos hospitais da rede pública, conveniados com Universidades, oferecem programas de estágios supervisionados para alunas(os) de graduação em Psicologia, através de convênios e parcerias estabelecidas. Em geral, nesses estágios as aulas teóricas e supervisões de casos clínicos são de responsabilidade da Universidade, mas contam com a supervisão do estágio também na instituição hospitalar, sendo esta de responsabilidade de psicóloga(o) contratada(o) pela instituição.

Deste modo, as(os) alunas(os) vão aprendendo a lidar com suas inseguranças e irão reconhecer suas reais dificuldades mais prementes integrando a teoria com a vivência prática construindo a formação de sua identidade profissional.

Quando a(o) psicóloga(o) é contratada(o) para trabalhar em um hospital, nem sempre ela(e) apresenta um amplo conhecimento das especificidades de manejo clínico utilizados em uma instituição hospitalar. Mesmo as(os) profissionais que atualmente ingressam nesta área após a realização de cursos de especialização, detêm muito mais conhecimentos teóricos do que vivências práticas de atendimento.

Com isto, uma das formas de se dar continuidade ao aprimoramento e a possibilidade de aquisição de novos conhecimentos na área de atuação é a manutenção da prática supervisionada.

De acordo com Zaslavsky e Nunes (2003), a supervisão tem como objetivo auxiliar a(o) supervisionanda(o) a estabelecer as bases para a aquisição de sua própria identidade profissional. Essa identidade é construída a partir da transmissão de conhecimentos e do estímulo constante ao desenvolvimento da capacidade de trans-

formar esses conhecimentos teóricos em intervenções interpretativas no processo.

Supervisor e supervisionando devem estabelecer uma aliança funcional, lembrando que seus objetivos devem respeitar os interesses do paciente, que poderão colidir em algum momento com os interesses do supervisionando, do analista do supervisionando quando estiver em tratamento e também com o próprio supervisor.

As atitudes imitativas, que predominam no comportamento inicial do supervisionando, fazem parte do processo natural de identificação com o supervisor. Entretanto, quando as atitudes do supervisionando são puramente imitativas e, portanto, pseudo-analíticas, o crescimento fica limitado e empobrecido (ZASLAVSKY; NUNES, 2003).

Estes autores pontuam que o(a) supervisor(a) deve ter o domínio de suas atribuições neste processo de ensinamento e orientação a à(ao) supervisionanda(o): Seriam estas:

- a) gerir o processo de supervisão;
- b) atuar como modelo de identificação;
- c) ensinar procedimentos técnicos;
- d) transmitir conhecimentos científicos levando em conta seu referencial teórico;
- e) representar a instituição à qual pertence.

Devolver o compromisso de propiciar o atendimento mais qualificado possível e comprometendo-se no desenvolvimento da profissão é um atestado de compromisso social, solidariedade e amor a profissão.

9) Processos Grupais (desenvolvimento de grupos em situações diversas; condução de dinâmicas de grupo;

avaliação de processos grupais)

Em um hospital, a(o) psicóloga(o) pode atuar nas diversas especialidades médicas. O manejo clínico grupal consiste em uma técnica de intervenção terapêutica com tempo e objetivos limitados, em função da necessidade, do contexto do tempo de permanência em um tratamento médico (hospitalar ou ambulatorial), organização interna, disponibilidade da pessoa assistida e focos definidos como a Psicoterapia Breve

Atendimento em grupos terapêutico e/ou grupos de apoio, orientação ou acolhimento a pacientes de uma mesma clínica e/ou seus familiares e grupos de salas de espera contempla não só a troca de experiências, mas também a investigação de conflitos emocionais comuns e a possibilidade de intervenção com vários pacientes num mesmo atendimento. Um dos pontos importantes do atendimento grupal é a possibilidade de troca de experiências entre os membros do grupo.

No hospital, geralmente, os grupos são abertos e com duração de um encontro. A cada semana os grupos são formados com os pacientes ou familiares que se encontram na instituição e são focados em orientações e trocas de experiências. Devido a esta característica, cada encontro do grupo deve ter começo, meio e fim.

No entanto, na assistência a pacientes ambulatoriais, pode-se propor grupos semanais fechados, com um número limitado de participantes com o objetivo de catalisar as necessidades dos membros e promover uma reflexão para possíveis mudanças e com maior efeito psicoterapêutico.

Independentemente do grupo ser aberto ou fechado, de um só encontro ou de encontros periódicos, os sentimentos e as experiências vividas nele pelos seus participantes atinge cada um de uma forma diferente. Isso ocorre em função das experiências que ressoam na estrutura de referência de cada um de uma maneira diferente.

A(O) psicóloga(o) hospitalar que trabalha com ginecologia e obstetrícia, por exemplo, atua com a natureza feminina, a relação da mulher com seu mundo, seu corpo, sua identidade e sua sexualida-

de. A sequência evolutiva da mulher é marcada por períodos extremamente significativos como menarca, gestação, parto e puerpério. O foco se concentra principalmente em problemas relacionados a gravidez e parto; náuseas e vômitos gravídicos; gravidez de alto risco; gravidez adolescente, depressão e psicose puerperal. O trabalho com grupos de gestantes ou casais grávidos, onde o objetivo principal está na preparação destas pacientes e/ou seus cônjuges sobre aspectos evolutivos próprios da gestação, a discussão sobre o papel de mãe e pai; fantasias em relação a este papel e ao filho que está sendo gerado; alterações físicas e psíquicas, sexualidade e reestruturação familiar. São as famosas Rodas de Gestantes. Mas também há grupos para mulheres/casais com perdas gestacionais. Grupos de portadores de HIV, de diabéticos, grupos de jovens, de hipertensos e outros tantos.

O grupo, como processualidade, dispara uma força de variar que provoca mudanças no território da saúde, abrindo a possibilidade para a invenção de novos saberes.

O **coletivo** como potência expressa um modo de entender essa noção que toma a ideia de variação como afirmação da potência. Dito de outro modo: o **coletivo** enquanto imagem é a forma instituída da noção de coletivo no território da saúde; quando essa expressão varia, estamos chamando a atenção para a sua processualidade instituinte (GUIMARÃES, 2016).

A aposta no grupo é uma aposta no processo, é uma crença no poder do coletivo.

10) Processos de Mobilização Social (organização de grupos para atividades de participação social; desenvolvimento comunitário)

A mobilização social é um importante instrumento de fortalecimento da cidadania ativa e de construção de uma sociedade de-

mocrática. É um processo em que pessoas e grupos são convocados a se unir em torno de objetivos comuns. É convocação de vontades.

No exercício profissional da(o) psicóloga(o) hospitalar muitas ações são de caráter de mobilização social. Seja uma campanha para doação de leite ao Banco de Leite Humano, sejam as campanhas internas para assepsia de mãos ou para aceitação da presença do acompanhante no parto ou na UTI neonatal. Mesmo referendado por uma lei federal, em muitos espaços hospitalares se faz necessário uma campanha para os colaboradores entenderem o direito da presença do acompanhante na sala de parto. São diversas ações de mobilização social a serem implementadas, tanto para o público interno de colaboradores, ou externo voltados para a comunidade.

11) Processos Organizativos (atuação em organizações ou trabalho, cujas ênfases sejam as diversas formas de processos organizativos)

Sempre que há a implementação de um novo serviço, vai requerer um treinamento de equipe para o bom desenvolvimento do trabalho. O processo de humanização de uma maternidade, por exemplo, requererá muito trabalho de treinamento de equipe, construção de protocolos, minimização de resistências e disponibilidade para o novo. Apesar da(o) psicóloga(o) hospitalar não se envolver com as questões específicas da Psicologia Organizacional, sejam elas recrutamento, seleção, avaliação de desempenho, acompanhamento da vida funcional, sempre haverá atividades de treinamento em serviço que dizem mais respeito à(o) psicóloga(o) hospitalar que esta na assistência do que o serviço da Psicologia Organizacional.

Sensibilizar os técnicos de laboratório no atendimento às crianças da ala pediátrica, por exemplo, tem mais a ver com a ação da(o) psicóloga(o) hospitalar do que da(o) psicóloga(o) organizacional, por exemplo. A promoção de um seminário de recepção humanizada ao bebê para técnicos de enfermagem é outro exemplo. A humanização é muito mais que regras e ambiência. É envolvimento, compreensão do processo e participação ativa de todos os atores

que atuam na cena do pre-parto, parto e pós-parto.

Assim, muitas atividades aparentemente da Psicologia Organizacional, farão parte do rol de ferramentas que podem ser utilizadas pelo profissional da Psicologia Hospitalar.

12) Processos de Orientação e Aconselhamento (de indivíduos ou grupos)

O Aconselhamento pode ser definido como:

[...] um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1999).

Especialmente no âmbito das ações de saúde no SUS, o processo de aconselhamento contém três componentes:

- apoio emocional;
- educativo, que trata das trocas de informações, interrupção da cadeia de transmissão suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco.

Desta maneira, o aconselhamento auxilia a pessoa a lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde; provê informações sobre a doença, informando de forma mais personalizada e encorajando o cliente a verbalizar suas dúvidas e receios e desenvolve a capacidade pessoal do usuário para reconhecer situações de risco e tomar decisões sobre as opções de prevenção mais convenientes para si.

Um bom exemplo de aplicação prática das técnicas de aconselhamento é, segundo Lustosa (2007), o trabalho com os pacientes geriátricos. As intervenções com os idosos têm como objetivo, não só perspectivas do prolongamento da vida, mas a qualidade de vida dos anos adicionados. De acordo com a autora, a compreensão da velhice impõe a consideração de aspectos culturais importantes. Neste período existencial acontecem muitas perdas significativas como de pessoas conhecidas, dos atrativos físicos jovens, perdas de função profissional e de padrão econômico, assim como de autonomia e responsabilidade. Com isto, podem ocorrer um grande abalo na auto-estima e uma visão negativa de sua própria autoimagem. O impacto de todos estes aspectos negativos pode atingir o humor, ocasionando sua queda, com perigo de aparecimento de transtornos desta área, onde a depressão é o maior risco.

Pessoas idosas comumente podem apresentar perdas psicomotoras, afastamento social, restrição em papéis sociais e déficits cognitivos. Isso vem, muitas vezes, acrescido pelo aparecimento progressivo de algumas doenças, muitas vezes crônicas, que prejudicam o bem-estar na velhice e as tornam dependente de redes de suporte social, como a família e as instituições hospitalares.

O Delírium e Demência são algumas das síndromes comuns em pessoas idosas internadas. Conforme descreve Scalco (2005), a(o) psicóloga(o) deve avaliar os fatores que influenciam no comportamento e determinar a conduta de tratamento visando a diminuição do estresse causado pela rotina hospitalar e o estímulo das habilidades preservadas. A terapia de orientação da realidade, segundo a autora, é bastante utilizada e ajuda os pacientes a ficarem mais cientes do que está acontecendo a sua volta. Para alguns, o aconselhamento e a orientação que resgatam sua história e suas reminiscências pode ser uma forma de preservar suas habilidades e aumentar sua auto-estima.

A forma como cada pessoa concebe a velhice pode influenciar o modo como constrói à sua própria e como percebe a velhice do outro. A pessoa idosa hospitalizada necessita do acolhimento e identificação de suas ansiedades, angústias e medos. A mesma ou seu acompanhante pode ter dúvidas sobre seu estado físico, em ní-

veis que precisam ser detectados, observados e respeitados a oferta de uma orientação adequada e o aconselhamento pode suprir as necessidades detectadas. Em alguns casos, poderá ser oferecido o acompanhamento sistemático ou a psicoterapia.

13) Processo de Planejamento e Gestão Pública (identificação e avaliação de demandas; elaboração e avaliação de planos de ação)

Qualquer profissional de saúde pode em algum momento da sua vida profissional ser convidado a gerir um serviço, pode ser especificamente um serviço de Psicologia dentro de outro serviço maior, mas pode também ser um hospital, maternidade ou mesmo a secretaria de saúde. As atribuições de um gestor não são específicas de nenhuma profissão em particular, mas também não desresponsabiliza nenhum profissional de saber sobre planejamento e gestão.

Pode-se afirmar que planejar é reduzir incertezas. Logo, implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se a práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos. No setor saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo que é conhecido como Gestão do SUS. A possibilidade e a necessidade de observar a clínica como um espaço de decisão compartilhada, tema recorrente da Filosofia Aplicada à Medicina como na tradição fundada por clássicos como Canguilhem (2009), estimularam especialistas de diferentes enfoques a pensar práticas de planejamento das ações em saúde na forma de métodos bem delineados.

Assim como a ação programática se firmou como uma tradição no setor saúde, outros autores buscaram caminhos próprios com os mesmos objetivos de articular na clínica mecanismos de decisão cooperada com implicações para a organização de serviços de saúde. Um destes métodos foi proposto por Campos (2006) com o foco nos indivíduos (usuários, profissionais de saúde, dirigentes) e em sua capacidade de atuar sobre as organizações. Este método (denominado paideia) segue diversas tradições caracterizadas como de cogestão de organizações e de projetos, embora com ele-

mentos discursivos e práticas bem próprias e envoltas na noção de gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva.

Métodos participativos de avaliação foram cada vez mais integrados à gestão dos programas e dos serviços de saúde. Diversos manuais foram produzidos de modo a orientar a montagem de sistemas de monitoramento e diferentes escolas de planejamento cooperativo se formaram na experiência internacional e com repercussões em experiências aqui no Brasil. As noções de participação na gestão do sistema público no Brasil e a determinação de que órgãos colegiados tenham assento na tomada de decisões e no planejamento no SUS pertence à legislação constitucional e infraconstitucional e a atuação dos conselhos de saúde no planejamento de objetivos e procedimentos da política pública tem sido amplamente estudada na literatura setorial (MOREIRA et al, 2009).

A(O) profissional de Psicologia que deseja ou seja convidada(o) a ocupar um espaço de gestão deve buscar conhecimento técnico necessários para ocupar este espaço. É importante que a atuação como gestor(a) some-se à sua visão das dimensões subjetivas, potencializando e avançando o SUS no país. O Eixo 4 retoma e aprofunda as questões relativas a gestão da clínica em saúde.

14) Processos Investigativos

Em geral, os grandes hospitais e serviços possuem sua própria Comissão de Ética em Pesquisas, alguns chegam a possuir grupos de pesquisas registrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), havendo mesmo algum incentivo para publicação dos trabalhos ali realizados. As investigações científicas com seres humanos estão atreladas a normativas próprias e exigem registro na Plataforma Brasil.

Na realização de uma pesquisa científica em Psicologia é necessário primeiramente a escolha de um tema (um problema de pesquisa) e um meio pelo qual essa pesquisa será executada na prática.

Compreende-se, então, que para definir o tipo de pesquisa científica mais apropriada é importante que vários pontos sejam observados quanto a sua execução, investigação e propostas, além da

amostra ou população que farão parte desse processo. Cabe ao(à) pesquisador(a) decidir a metodologia de análise, se quantitativas e/ou qualitativas, que seja mais apropriada para o estudo do fenômeno que deseja investigar.

15) Processos Terapêuticos (práticas terapêuticas envolvendo indivíduos ou grupos)

A psicoterapia é a intervenção psicológica mais conhecida e valorizada socialmente. A(O) psicóloga(o) hospitalar faz uso das intervenções psicoterápicas, mas essa é uma dentre tantas possibilidades de intervenção existentes no escopo do exercício profissional. Geralmente, utiliza a psicoterapia breve pelas características institucionais e de tempo de internação, salvo alguns serviços que permitem acompanhamento longitudinal de longo tempo, como os serviços de renais crônicos ou de assistência a pacientes com HIV/Aids, dentre outros.

A Psicoterapia Breve (PB) tem suas origens na Psicanálise. É uma intervenção terapêutica com tempo e objetivos limitados. Os objetivos são estabelecidos a partir de uma compreensão diagnóstica do paciente e da delimitação de um foco, considerando-se esses objetivos passíveis de serem atingidos num espaço de tempo limitado (que pode ser ou não preestabelecido), através de determinadas estratégias clínicas. Assim, a PB encontra-se alicerçada no tripé: foco, estratégias e objetivos.

Na nefrologia, por exemplo, os agravos mais comuns são crônicos. Esses pacientes, de acordo com Pascoal et al., (2009), vivenciam diversas mudanças em sua rotina como perda do emprego, alterações na imagem corporal, além das dificuldades com restrição alimentar. Considerando este panorama, a pessoa assistida passa a conviver com uma série de limitações em suas atividades e a necessidade constante de idas ao hospital para dialisar.

A adaptação da pessoa a um tratamento de hemodiálise se dá de maneira paulatina, onde muitos sentimentos de insegurança, frustração, depressão, estresse e raiva, dentre outros, se intercalam e o acompanham durante o processo. Cada indivíduo lida com isso de maneira subjetiva, tendo como base sua própria história e suas

vivências de perdas anteriores.

De acordo com Nifa e Rudnicki (2010), torna-se fundamental a perspectiva do indivíduo que avalia como vê e sente a interferência da doença na sua vida pessoal, familiar e profissional. Desta forma, pontuam as autoras, é importante e necessário que o enfoque dos profissionais da área da saúde não esteja centrado somente na doença, mas, na experiência de vida destas pessoas, bem como a maneira como eles entendem, respondem e lidam com sintomas e problemas decorrentes da doença e tratamento. Essa atenção propiciará aos pacientes um tratamento voltado para a melhoria da sua qualidade de vida, reconhecendo-os como inseridos num contexto sociocultural.

Esses pacientes inicialmente ficam em estado de alerta, tensos com a expectativa do que acontecerá. Criam fantasias e tem medo constante da morte, devido à vulnerabilidade de seu caso. O transplante renal é tido pelos pacientes como a solução para suas angústias e sofrimento. São grandes os benefícios que a cirurgia propicia ao rendimento físico, apetite, sono, vida sexual e nível de autonomia. Isto faz com que haja um grande desejo por parte de muitos pacientes pelo transplante, porém como o tempo de espera para doação de órgão é grande, isto acaba gerando novas angústias que interferem na estabilidade emocional.

As diversas situações de perda, medo e carência que estes indivíduos passam, tornam necessária a intervenção psicológica. A abordagem psicoterápica é desafiadora entre os pacientes renais crônicos e isso se deve a autonomia comprometida, ao estresse contínuo a que são submetidos e, às vezes, a déficits cognitivos. Sessões breves que coincidam com os dias em que se submetem à hemodiálise podem ser bastante eficazes (GARCIA & ZIMMERMAN, 2006).

Esses autores pontuam que os quadros depressivos são considerados uma grande complicação e estão relacionados ao aumento do número de mortalidade na população em hemodiálise. Conforme elucida Pascoal et al., (2009), outras reações emocionais como a raiva e o inconformismo também trazem prejuízos contribuindo assim para o aumento da mortalidade, dificuldade na adesão ao tratamento e eficácia do processo hemodialítico.

A possibilidade de um transplante é para muitos pacientes sua

possibilidade de cura. Salientamos que o acompanhamento psicológico desde o início da enfermidade e a desmistificação desta idealização com o transplante, possibilita que o paciente vivencie sua doença se apropriando dos cuidados que a mesma requer, vislumbrando, porém, uma vida que vai muito além de sua doença (PASCOAL et al., 2009).

A presença da(o) psicóloga(o) em todo o tratamento estabelece com o paciente um vínculo de referência e segurança. Neste caso, a assistência prestada pela(o) psicóloga(o) costuma ser mais longitudinal, possibilitando o desenvolvimento do vínculo psicoterapêutico. A psicoterapia neste caso objetiva trabalhar as fantasias e elaborar os conteúdos angustiantes projetados em sua situação atual, trazendo a oportunidade de ressignificar vários aspectos de suas vidas. O sofrimento trazido pelo adoecimento pode ser o início de um amadurecimento emocional no paciente e a(o) psicóloga(o) tem um papel ativo nesse processo.

Outra especialidade que, em geral, possibilita acompanhamento mais prolongado temporalmente, é a oncologia. Vários estudos apontam evidências de que a resposta psicológica do paciente ao câncer constitui variável interveniente significativa sobre os resultados do tratamento, podendo, inclusive, afetar a evolução da doença e de sua sobrevivência (CAREY & BURISH, 1988; SCOTT, 1994; SIMONTON, MATTHEWS-SIMONTON & CREIGHTON, 1987). Acredita-se na possibilidade de contribuições psicológicas também no crescimento do câncer. Inúmeros pesquisadores vêm estudando possíveis efeitos de estados emocionais na modificação hormonal e desta na alteração do sistema imunológico

Santos (2004) infere que no decorrer do tratamento oncológico, alguns pacientes incorporam o câncer como uma experiência que a eles foi dada e que a eles pertencem. Fazem desse momento uma parte de sua história, favorecendo a aceitação e o acolhimento da vivência do adoecimento, implicando em convívio e conformação, num sentido de apropriação.

De acordo com a autora, o preparo psicológico para uma cirurgia oncológica objetiva um processo de corresponsabilidade entre paciente, família e equipe, onde o que se procura garantir são:

- A compreensão do diagnóstico e prognóstico de tratamento;
- A reflexão sobre as consequências desse tratamento em sua vida;
- A ponderação sobre ganhos e perdas com a cirurgia;
- A participação ativa no processo;
- Os medos e fantasias frente ao tratamento que possam aparecer e ser expressados;
- A reorganização de sua vida frente a sua nova condição.

A psicoterapia com estes pacientes ajuda no enfrentamento de eventos estressantes, se não-aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento da pessoa assistida (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

Percebe-se que os pacientes oncológicos vivenciam em seu mundo subjetivo um estereótipo negativo acerca da doença, o que pode dificultar sua adesão e recuperação no tratamento. Acredita-se também na possibilidade de que questões emocionais não elaboradas, como traumas e vivências de luto podem incidir no aparecimento e crescimento da doença. Em relação a estas vivências, podemos destacar: eventos estressantes, divórcios, perda de um ente querido, cuidar de um parente em estado terminal, desemprego, dentre outros fatores que podem afetar o funcionamento imunológico do indivíduo.

Essa realidade faz com que o paciente e seus familiares assumam papéis que não foram escolhidos e sim impostos pela fatalidade do adoecimento, interrompendo planos, ideais e perspectivas futuras. Por sua vez, saber que se tem uma doença sem causa definida traz ainda mais angústia e culpa. Vislumbrar o futuro passa a ser muito doloroso, uma vez que os tratamentos propostos implicam em possível mutilação, náuseas, vômitos, alopecia, além de alterações na vida sócio afetiva. Ansiedade e depressão estão entre os problemas psicológicos mais frequentes entre as pessoas com câncer.

Cuidados paliativos e morte

Quando se pensa em cuidados paliativos, logo vem a ideia distorcida de morte iminente. É fato de que a doença crônica é incurável, mas cuidados paliativos referem-se a cuidados ao longo do tratamento, desde o diagnóstico até a morte e este percurso pode durar anos.

Cuidados Paliativos (CP) é definido pela Organização Mundial de Saúde como:

O cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais ou espirituais. O CP é uma parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas, em todos os níveis de cuidados: visa a aliviar o sofrimento seja qual for a causa (WHO, 2017, tradução nossa)

Por esta compreensão, teremos as grandes questões a refletir:

Os profissionais de saúde estão preparados?

Aceitamos a evolução da doença até a finitude, quando devemos oferecer uma morte digna?

O que é morte digna?

Ao longo do tempo, os paradigmas foram evoluindo e chegamos ao paradigma do cuidar e nem sempre salvar. Do ato de curar para o ato de cuidar. Isto pelo diálogo interdisciplinar, humildade, competência e responsabilidade.

Lembramos aqui as contribuições de Elisabeth Kubler-Ross (2008) e Dame Cicely Saunders (1967), pioneiras nos estudos sobre a morte e cuidados paliativos, e, finalmente, a compreensão de Orto-

tanásia, postura dos médicos diante da morte considerando-a como necessária, no seu tempo certo, com cuidados paliativos e dignidade para a pessoa assistida e conforto emocional para os familiares.

Competências centrais em cuidados paliativos são parte da nossa prática e a(o) psicóloga(o) estará presente em todas as fases do tratamento até o momento final, muitas vezes fazendo atendimento domiciliar.

Em resumo, a psicóloga(o) terá de:

- Aumentar o conforto físico durante as diferentes fases do tratamento dos doentes;
- Atender às necessidades psicológicas, sociais e espirituais;
- Atender às necessidades dos familiares e cuidadores;
- Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em CP (para o médico, a hora de parar com procedimentos desnecessários, seguindo os protocolos já estabelecidos);
- Implementar e coordenar equipes de cuidados paliativos;
- Promover autoconhecimento e desenvolvimento profissional.

Os programas de cuidados paliativos incluem, ao longo do tratamento: clínica-dia, assistência domiciliar, internação, serviços de consultoria e suporte para o luto. Além disso, apontamos os princípios éticos dos CP:

- Viver com qualidade até o momento da morte;
- Viver momentos de recolhimento e encontros com finalizações, despedidas e desejos realizados;
- Com conforto respiratório e sem dor;
- Na presença dos familiares;
- Recebendo suporte emocional e espiritual.

Trabalhar com doenças crônicas que evoluem para terminalidade demanda dos profissionais cuidadores expertise, boa articulação interdisciplinar, o que ainda é difícil pela desconstrução do instituído que é sair do paradigma da saúde fragmentada (SANTOS, 2009).

Notificações compulsórias em casos de violência

É de fundamental importância para a(o) psicóloga(o) conhecer a rede de atendimentos e compreender a política pública de saúde em todas as esferas, municipal, estadual e federal, pois precisa entender que os atendimentos hospitalares podem e muitas das vezes vão para além da intervenção no momento da internação daquela pessoa.

A(O) psicóloga(o) que trabalha em um hospital de referência, por exemplo, em relação a saúde da mulher, precisa conhecer a rede de serviços que envolvam toda a complexidade deste atendimento. Sabe-se que uma mulher pode dar entrada em um serviço de saúde e naquele espaço, caso esteja sofrendo algum tipo de violação em seus direitos fundamentais, será necessário dar encaminhamentos para a demanda que, porventura, possa surgir. Nesse caso, é importante sabermos que todos os hospitais devem ter uma equipe responsável para preenchimento da ficha de notificação compulsória.

O Ministério da Saúde em 2016 atualizou a Lista Nacional de Notificações Compulsórias de doenças e agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde pública e privados, através da portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016.

Art. 2.º – Para fins de notificação compulsória de importância nacional, serão considerados os seguintes conceitos:

I - agravo: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, responsáveis pela vigilância

em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

Um serviço de saúde ou hospitalar que receber uma mulher em alguma situação que “sugira algo nebuloso”, “não dito” ou contraditório na informação verbal, seja a mulher, criança, adolescente ou idoso, deve tomar as providências necessárias e realizar um atendimento que elucide a situação e, constatada a situação de violência, devem preencher a ficha de notificação compulsória e informar a Secretaria Estadual de Vigilância, além de realizar os encaminhamentos necessários para a rede de serviços existentes para essa demanda. Em caso que envolva situações referentes a violações com crianças e ou adolescentes, também devem ser informados o Conselho tutelar da região.

Como apresentado no artigo 2.º da portaria n.º 204, de fevereiro de 2016, sobre de quem é a responsabilidade de efetuar o preenchimento da notificação, o inciso VI detalha:

notificação compulsória: comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, descritos no anexo, podendo ser imediata ou semanal;

É importante frisar ainda que a(o) psicóloga(o) de uma equipe precisa conhecer a rede de atendimentos para dar os encaminhamentos necessários para as mulheres em situação de violência para os serviços específicos que atendam às suas demandas, como assistência social, saúde mental, planejamento familiar, justiça, segurança pública, etc.

EIXO 4: A GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A saúde é tema inesgotável em vários âmbitos, seja em relação a sua conceituação, modelos reproduzidos por profissionais de saúde à modos de gerir. Assim, as discussões e problematizações acerca do tema traz a possibilidade de ressignificação de práticas ultrapassadas e engessadas, objetivando uma melhora no produto final dos serviços de saúde prestados a população (da gestão ao cuidado).

Na gestão em saúde podemos nos deparar com modelos e estratégias tradicionais, pautadas na teoria clássica da administração. Dessa maneira, pensar em um tipo de gestão em saúde que utilize como recursos a participação, as práticas integrativas e interdisciplinares, de modo a possibilitar que trabalhadores e usuários sejam colocados como sujeitos ativos durante o processo, ainda se configura como um desafio (LORENZETTI et al., 2014). Segundo Lorenzetti et al. (2014), o hospital, de todas as instituições contemporâneas, é concebido como um dos mais inviáveis a modificação, isso se dá por conta do pouco nível de interação entre profissões e departamentos; da fragmentação da prática clínica; da alta sujeição do usuário aos serviços; e, por último, do baixo domínio dos gestores em lidar sobre as organizações.

A partir disto, é de extrema importância abordar a discussão sobre os modos de organização e gerenciamento do processo de trabalho no âmbito hospitalar, e também as consequências geradas com base nisto. Considerando estas fragilidades do hospital, os processos de trabalho e modos de gerenciamento da gestão podem intensificar ou não esses fatores apontados. Para Littike e Sodrê (2015), o processo de trabalho nos serviços de saúde atinge formas particulares, sendo a prática do profissional fator que solidifica a forma que será modificado o objeto de trabalho. O Hospital, mesmo que destinado ao cuidado, ainda se engloba dentro de uma lógica

capitalística e um modelo de gestão que apresenta como objetivo o aumento da produtividade a partir da execução de maior controle sobre a produção do trabalho e o trabalhador. A organização dos processos de trabalho focado em segregações de práticas clínicas compromete o cuidado, produzindo desordens na comunicação entre áreas e profissionais, conflitos e dificuldades na resolução de demandas (LITTIKE; SODRÉ, 2015, p. 3052/3054).

Segundo Sodr  (2010), os grandes hospitais carregam consigo enraizados na gestão do trabalho os modos de configura o contemplados nas fábricas. Exemplos disso são os atendimentos e cirurgias em massa, medidas de internac es com base nos gastos financeiros, leitos e atendimentos sequenciais. Isto evidencia a existência de uma lógica taylorista dentro dos hospitais, e também pelo faylorismo pela sua lógica de gerenciar. Este modelo produz uma saúde-fábrica, não condizente a realidade do hospital, considerando que se trata de um modelo que resulta em produtos sem vida (LITTIKE; SODR , 2015).

Posto isto, as(os) profissionais da psicologia devem ter um posicionamento crítico diante do modo de funcionamento da institui o de saúde, para não subverter a prática psicológica a essa lógica. A(o) psicóloga(o) hospitalar que se faça crítica dentro dessa lógica (onde há atendimentos em larga escala, que visa a quantidade de pacientes atendidos por setor e não a qualidade do atendimento) compromete esse processo de trabalho.   inviável pensar em metas de atendimentos como sin nimo de competência, conduta esta aliada   lógica do capital de mais produtividade, em contraposi o ao trabalho em saúde que   um trabalho vivo que acontece na rela o com outro.

Para tornar essa atua o possível,   fundamental que a(o) psicóloga(o) tenha autonomia quanto ao seu processo de trabalho, o que não acontece em algumas institui es, sendo a(o) profissional submetida a chefes de setor de áreas diversas que regulam o serviço da psicologia, estabelecendo agendas e “demandas”.   importante ressaltar um outro fator que tem grande influência dentro dos processos de trabalho e interferem na integralidade do cuidado que são as rela es de poder (desde a gestão a áreas de conhecimen-

to específico), posições e saberes verticalizados que inviabilizam a prática de alguns profissionais e fragmentam o sujeito.

Posto isto, para Farias e Araújo (2017) torna-se imprescindível uma mudança cultural e organizacional para que haja sucesso no gerenciamento, sendo fator dependente o comprometimento dos funcionários de quaisquer campos, pois sem o apoio dos mesmos, não se sustenta uma implantação bem-sucedida da mudança pretendida. Segundo Merhy (2002 apud LITTIKE; SODRÉ, 2015, p. 3057), para uma gestão hospitalar é necessário o emprego de uma caixa de ferramentas „que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorporação de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produção, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas”. Essas incertezas se caracterizam pela singularidade dos casos, tendo posto que a saúde não é um produto sem vida e que contém suas especificidades, sendo inviável modelos engessados que comprometam a qualidade do cuidado.

No hospital nem sempre existem respostas prontas e isto implica em lidar constantemente com situações imprecisas, mas que requerem respostas a contento. E as lacunas não cobertas pelo trabalho prescrito no Regimento da Instituição, nas Leis e demais normas, constituem-se como espaços de intervenção criativa e ou improvisada dos gestores (WEBER; L.; GRISCI, C. L. L., 2010, apud LITTIKE; SODRÉ, 2015, p. 3057).

Diante disso, é necessário a organização e aprimoramento dos fluxos de trabalho apropriados a gestão hospitalar, sendo compreendida como estratégia de produção de uma política que dedica-se à vida (LITTIKE; SODRÉ, 2015), respondendo e articulando as políticas públicas de saúde e seus dispositivos, que têm como objetivo a integralidade do cuidado para o usuário e o olhar para o profissional de saúde, como a clínica ampliada e compartilhada e a Política Nacional de Humanização (PNH).

Como já mencionado no Eixo 1, a humanização trouxe novos olhares para os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, sendo eles: usuários, trabalhadores e gestores. Tendo em vista os princípios da PNH, a Psicologia pode contribuir nesse processo assumindo seu papel com compromisso social, baseando suas ações em uma postura de inclusão, de um “estar com” e “perto de”, realizando um atendimento integral, a partir de uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica, de empatia e de estabelecimento de vínculo (ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011).

Romero e Pereira-Silva (2011) destacam também que a(o) profissional de psicologia, ao atuar dentro da política de humanização do SUS, deve ter como missão acabar com a dicotomia existente entre o individual e o social, a clínica e a saúde coletiva, o cuidado com a saúde de cada um e o cuidado com a saúde das populações. Além disto, pode contribuir em discussões e criar estratégias, fomentar ações de inclusão, construir espaços de encontro e diálogo e novos modos de fazer/saber. Sendo assim, fica explícito que as(os) psicólogas(os) podem ser protagonistas na construção e fomento de políticas públicas, devido ao potencial transversalizador da Psicologia, especialmente no que se refere às práticas sociais e institucionais.

Ser transversal significa cruzar, atravessar determinado referente. A transversalidade é um dos princípios que norteiam a Política Nacional de Humanização; visa a estar presente em todos os programas e políticas do SUS. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar, principalmente em prol daquele que é assistido. Ao se juntarem, esses saberes produzem saúde de maneira mais corresponsável (BRASIL, 2010b).

A Psicologia e o seu potencial transversalizador pode contribuir e muito nesse sentido, dentro das práticas humanizadas do SUS, seja na assistência ou no âmbito da gestão, através de práticas mais comprometidas e sempre contextualizadas cultural, social, política e economicamente com a realidade de nossa população. Ademais, é de suma importância que as intervenções vislumbrem a(o) psicóloga(o) no campo transdisciplinar, possibilitando uma discussão aberta acerca dos problemas sociais, da saúde pública e coletiva, e principalmente propiciando o espaço deliberativo no que tange ao

compromisso social do qual a(o) psicóloga(o) não pode se eximir (ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011).

Atualmente, torna-se cada vez mais comum a busca das organizações ligadas à área da saúde pela melhora da qualidade da assistência prestada à população, pois a qualidade da assistência é apontada como um requisito fundamental tanto para a satisfação do usuário como para a sobrevivência econômica da organização. Para que tal melhora seja alcançada, torna-se imprescindível a aplicação de um processo que analise a instituição, aponte as necessidades a serem ajustadas e proporcione a correção das deficiências existentes (JUNIOR; ZUCCHI, 2005).

De acordo com Neves (2012), as avaliações dos serviços de saúde têm por objetivo analisar a estrutura da instituição, os processos de trabalho nela desenvolvidos, além dos resultados dos serviços prestados. Estes processos são denominados “acreditação” e/ou “certificação”, e visam comparar os serviços prestados com padrões ou protocolos de atendimento e respondem qual o grau de cumprimento destes padrões. Como estrutura, são avaliadas toda a parte física (prédios, equipamentos), além dos recursos humanos e organizacionais. Já os processos de trabalho envolvem a organização, a existência de documentação e protocolos utilizados, as rotinas de trabalho, se são documentadas ou não, a maneira como são realizados os procedimentos. Por fim, os resultados são avaliados através de pesquisas de satisfação ou de indicadores, seja de mortalidade, retorno, infecção, entre outros.

O processo de acreditação é pautado em três princípios fundamentais: caráter voluntário, ou seja, é a instituição quem manifesta interesse em ser avaliada; é periódico, portanto após a certificação, os serviços de saúde continuam sendo avaliados periodicamente durante todo o período de validade do certificado; é reservado, ou seja, as informações coletadas no processo de avaliação não são divulgadas. A acreditação é concedida em níveis, estabelecidos de acordo com critérios pré-determinados. No Brasil, a principal entidade certificadora é a Organização Nacional de Acreditação (ONA); organização não-governamental e sem fins lucrativos, que certifica a qualidade dos serviços de saúde, com foco na segurança do paciente (ONA, 2014).

Um dos desafios na gestão da qualidade em Psicologia Hospitalar, que acompanha os processos de acreditação, é adequar a avaliação da qualidade do serviço e mensurar demandas subjetivas que são diferenciadas das demais áreas da saúde. Geralmente, veem-se vários modelos e roteiros de protocolos e indicadores para vários profissionais de saúde, mas pouco se encontra de bibliografia sobre a mensuração dos indicadores da Psicologia (FERRARI, 2013).

Para os indicadores é necessário estabelecer uma meta, mas isso não se aproxima da realidade da Psicologia Hospitalar, pois não existem fórmulas para mensurar a subjetividade humana e os benefícios de uma intervenção psicoterápica. Nestas situações, esbarra-se nas diferentes formas de atuação do profissional, seu referencial teórico, o tempo dedicado às atividades assistenciais, etc.:

A utilização de indicadores de qualidade num serviço de atendimento em Psicologia permite o controle de variáveis nos processos que podem interferir no desempenho dos mesmos, acarretando implicações importantes na qualidade da assistência. Porém, a utilização de ferramentas de gestão ligadas à área de administração não faz parte do universo da formação de psicólogas(os), o que torna a sua implantação trabalhosa e exige uma assimilação paulatina para que este mecanismo de gestão seja compreendido e utilizado pela equipe de forma positiva (FERRARI, 2013).

A dificuldade principal encontrada para criação de indicadores e até mesmo protocolos assistenciais é que não existem fórmulas definidas e muito menos mensuráveis especificamente no que se refere à Psicologia. Sendo assim, quanto aos protocolos assistenciais, é importante que a(o) psicóloga(o) conheça a realidade do seu campo de trabalho e especificidades para que construa um protocolo de acordo com as necessidades e demandas do setor/instituição e a partir disto organize os indicadores do serviço. O importante neste processo é encontrar meios de alinhar a atuação profissional

e a gestão da equipe às estratégias que beneficiem a pessoa assistida e esteja enquadrado no plano de qualidade de atendimento da instituição, sendo reavaliado o desempenho para que aconteça as melhorias necessárias ao longo do processo.

A(o) Psicóloga(o) no contexto hospitalar: o cuidado integral, a gestão da clínica

Desde a inserção da psicologia na área hospitalar o hospital tem vivido aos poucos uma desconstrução do modelo hospitalocêntrico. Isto resulta em uma desconcentração dos serviços de saúde mental e a incorporação social na rotina profissional, levando a mudanças expressivas na atribuição da(o) psicóloga(o) clínica(o). Desse modo, coloca-se em pauta como questão o modelo apenas de psicoterapia individual restrito aos consultórios, e começa a se pensar em novos modelos que contemplem a saúde coletiva. Esses modelos são flexíveis e diversificados, como por exemplo, os plantões, visitas domiciliares, psicoterapia de grupo, práticas estas com objetivos de atender às demandas complexas relacionadas ao cuidado em saúde (VIERA FILHO, 2005). A partir dessas mudanças e diversificação de práticas, é possível delimitar dois modelos de atuação profissional na instituição hospitalar: o profissional plantonista (o cuidado vertical) e o diarista (o cuidado horizontal).

No *modelo plantonista* o serviço é organizado de forma a oferecer pronto atendimento psicológico imediato e pontual para pacientes e familiares, para a equipe em situações de perda ou crises em função de situações de morte, sendo caracterizado como um espaço que possibilita um acolhimento e expressão para quem procura de forma espontânea o serviço ou é encaminhado. Esta demanda dos plantões psicológicos aponta o pedido de ajuda dos usuários de saúde para que possam se expressar sobre o medo da morte, chorar sem culpa a saudade do ente querido, conforta-se ao ser acolhido, e estabelecer reflexões sobre o que e agora, como por exemplo a compreensão que o processo de luto é algo natural, mas pode acontecer complicações neste processo (SOUZA; MOURA; CORRÊA, 2009).

O serviço de plantonista ainda pode ser caracterizado como forma de vigilância em saúde, de modo que possibilite a prevenção da doença e sua ação curativa, e promoção de saúde, com base em Mendes (1996 apud PAPARELLI; MARTINS, 2007). O acolhimento e intervenção da Psicologia em momentos emergenciais propicia o amenizar das angústias e sofrimento psíquico, e ainda inaugura um espaço de fala que valoriza as narrativas e sentidos atribuídos para cada sujeito do momento vivenciado.

Já no *modelo diarista* a prática diz a respeito a tudo que já foi apresentado nos Eixos anteriores. A(o) psicóloga(o) diarista é inserida(o) na equipe multiprofissional, sendo seu trabalho destinado ao paciente, à família e também à equipe. No trabalho horizontal, ocorre uma continuidade do cuidado ao longo da internação trabalhando com essas três esferas.

Em relação à equipe o trabalho é realizado de forma a dar suporte psicológico para esta em algumas situações que dizem a respeito às melhores estratégias de cuidado com o paciente, a partir de suas particularidades; transformar e problematizar a ideia de se ter um paciente classificado pelo seu diagnóstico e passar a considerá-lo, de um caso clínico, a um sujeito que tem uma história de vida singular, sentimentos, um contexto social; participar do processo de trabalho multidisciplinar de modo a garantir a integralidade do cuidado (recepção, acolhida, construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), visitas beira leito para observação e segurança do paciente a algumas exposições desnecessárias, reavaliações, reuniões familiares e altas compartilhadas). Assim, conseguir-se-a ampliar o trabalho, com vistas à integralidade e continuidade do cuidado, com referenciamento, contra-referenciamento, autonomia e protagonismo.

Quanto a uma intervenção psicológica com a equipe, por meio de grupos, torna-se uma tarefa complexa para que a(o) profissional de psicologia inserida(o) na equipe multiprofissional realize, considerando que esta(e) também é membro participante e compõe o modo de funcionamento do grupo. Esta função pode ser realizada pelas(os) psicólogas(os) organizacional e do trabalho, que segundo Moreira e Silva (2016, p. 10) atuam na promoção de ações preventivas, analisando as configurações do trabalho, o ambiente físico em que a equipe está inserida, os relacionamentos interpessoais dos

profissionais (relação chefia-subordinados), realizando assim diagnósticos institucionais que propiciem mudanças benéficas à saúde do(a) trabalhadora(a). Portanto, a busca do conhecimento sobre o adoecimento relacionado ao trabalho e seus sintomas é função da(o) psicóloga(o) organizacional, com a finalidade de identificar profissionais que estejam em sofrimento psíquico decorrente do trabalho, efetuando e propondo mudanças no ambiente laboral.

Com o paciente e a família, aspecto este já bastante abordado no Eixo 3, o trabalho acontece de maneira em que há primeiramente uma avaliação inicial para identificar as demandas a serem trabalhadas, focalizando-se os aspectos psicológicos decorrentes do adoecimento e os impactos gerados, tanto na pessoa assistida como na família, mobilizando-se estratégias para melhor atendimento em cada caso. O trabalho não deve ser focado unicamente no tratamento das doença atual, mas abranger a prevenção e a promoção de saúde, a partir da intervenção e orientações multiprofissionais. A forma de cuidado horizontal facilita o vínculo entre profissional e pessoa assistida, possibilitando um trabalho contínuo e mais efetivo.

A atuação da(o) profissional de Psicologia no ambiente hospitalar é marcada por inúmeras diferenças em comparação ao atendimento no consultório; na instituição hospitalar, seu trabalho estará baseado nas regras e nos valores da mesma, além de estar inserido em uma equipe de saúde, devendo, portanto, redefinir seus limites no espaço institucional, e também terá de adaptar suas condutas à dinâmica mais acelerada e aos acontecimentos inesperados do contexto hospitalar, mantendo a flexibilidade na atuação. Ao pensar o trabalho da(o) psicóloga(o) nesse contexto diferenciado, surge a necessidade de sistematizá-lo, organizando os processos de trabalho a fim de destacar e potencializar a visibilidade em relação ao papel da(o) psicóloga(o) na área da saúde (TURRA et al., 2012).

Sendo assim, um dos primeiros passos para a estruturação de um serviço de Psicologia no hospital é a realização de um diagnóstico institucional, que envolverá responder questões “Como funciona esta instituição?”, “Qual a clientela atendida?”, “Quais demandas mais comuns?” e “O que a Psicologia pode oferecer à este ambiente?”. A partir da análise acerca da instituição e seu funcionamento, pode-se pensar quais as prioridades para atuação, onde e como a(o) psicólogo-

ga(o) poderá intervir. Ou seja, o diagnóstico possibilitará um mapeamento da instituição e, com isso, a(o) profissional poderá estruturar o seu trabalho, sistematizando o serviço de Psicologia (MÄDER, 2016).

A criação de protocolos é um dos aspectos essenciais para a sistematização do serviço de Psicologia no hospital. Tal sistematização, guiada por métodos e técnicas psicológicas, privilegiando os métodos psicológicos e neuropsicológicos preconizados na literatura para cada situação específica, desde avaliações preparatórias para procedimentos, como cirurgias, até intervenções em todas as situações clínicas que se apresentam dentro de hospitais, possibilita maior nitidez para a(o) profissional de psicologia sobre o seu lugar na instituição e sobre o trabalho a ser desenvolvido.

Os protocolos clínicos, fundamentados na literatura científica, principalmente se produzida por pesquisadores brasileiros, validam o fazer da(o) psicóloga(o) dentro do hospital, bem como, consideram os fatores socioculturais do país. Assim se constroem as bases para a integração do profissional psicóloga(o) na equipe multidisciplinar e reafirmam a cientificidade da área e do campo de saber da(o) psicóloga(o).

No ambiente hospitalar o número de pessoas assistidas é grande e nem todos necessitarão de atendimento psicológico, por isso, é crucial a construção de protocolos de triagem, que segundo Tavares (2000, p. 50), “tem por objetivo avaliar a demanda do sujeito e fazer um encaminhamento”. Com a triagem o profissional pode organizar quais são os pacientes que necessitam de atendimento e também quais as demandas a serem atendidas, para em seguida realizar uma avaliação mais detalhada. A criação de protocolos de avaliação e de atendimento psicológico complementar a sistematização do serviço de Psicologia. Neste campo a avaliação e o atendimento serão focados no adoecimento e nos aspectos da hospitalização, buscando compreender quem é este sujeito e como ele e sua rede de apoio vêm encarando todo esse processo, buscando, também, compreender estes sujeitos de forma integral para que a(o) psicóloga(o) possa estruturar a sua atuação conforme a demanda (MÄDER, 2016).

No atendimento ao paciente a sistematização do trabalho da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar, através dos protocolos de triagem, avaliação e acolhimento, possibilitará a identificação dos aspectos

antecedentes que levaram o indivíduo ao adoecimento, bem como a percepção deste indivíduo acerca da situação de internação e/ou tratamento; e ainda as mudanças possíveis em relação ao futuro pós-adoecimento. Será com base nestes dados, obtidos com tais procedimentos, que serão planejadas as intervenções (TURRA et al., 2012).

Um destes modelos de protocolos utilizado como referência é o Protocolo de Atendimento em saúde Orientado para o Problema (PAPO), desenvolvido por Turra et al. (2012) no âmbito da Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB), que teve várias versões até se chegar à versão seis, mais utilizada e estruturado em seis eixos: (1) identificação; (2) suporte social; (3) enfrentamento; (4) compreensão do quadro de saúde; (5) exame do estado mental e (6) dor (TURRA et al., 2012).

Dias e Radomile (2006) pontuam que a padronização dos atendimentos psicológicos favorece a integração multidisciplinar e leva a uma melhoria contínua no atendimento prestado ao paciente e, ainda, facilita a elaboração de estatísticas relacionadas aos atendimentos, demandas, entre outros aspectos relevantes.

De acordo com Mäder (2016), os protocolos necessitarão ser constantemente atualizados e aperfeiçoados. Tais instrumentos deverão abordar funções psicológicas básicas, os aspectos emocionais e relacionamentos interpessoais, assim como o quadro clínico e o processo de hospitalização. Entretanto, para que o serviço de Psicologia seja estruturado, além da aplicação dos protocolos, sugere-se que sejam elaborados relatórios acerca dos atendimentos psicológicos, que devem ser mantidos com o profissional de Psicologia, garantindo sigilo e relatórios estatísticos, abordando indicadores, sobre como está caminhando o serviço.

Considerando a discussão até o momento, a(o) psicóloga(o) dentro da instituição hospitalar é importante não só no âmbito clínico, por mais que essa seja a prática mais recorrente, mas também como um facilitador da comunicação dentro da equipe. O trabalho com a equipe multiprofissional e identificação de demandas a serem trabalhadas na equipe possibilitam a qualidade da comunicação gerando resultados na atenção aos usuários de saúde. Dessa maneira, a(o) psicóloga(o) possui possibilidades de realizar esse intercâmbio entre clínica e gestão dentro dos hospitais. As demandas, assim, são iden-

tificadas por meio do trabalho com o usuário, família e equipe, e podem ser levadas aos gestores e trabalhadas com a equipe de saúde.

O hospital é uma instituição que tem como objetivo o acolhimento de pessoas, e por isso, é de extrema importância que a(o) psicóloga(o) inserida(o) no ambiente hospitalar desenvolva formas para solucionar problemas organizacionais que de alguma forma possam estar prejudicando o colaborador em desempenhar suas funções.

Nessa perspectiva, no ano de 2012, foi instituída a Portaria n.º 1.823, que regularizou a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo como objetivo desenvolver ações de atenção integral à Saúde do trabalhador nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estabelece o entendimento de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença, e propõe algumas estratégias voltadas para a prevenção de agravos à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012). No ambiente hospitalar os colaboradores não estão somente expostos à riscos de acidentes e doenças de ordem física, mas também de sofrimento psíquico.⁹

Mesmo sendo recorrente em vários contextos, as discussões sobre a humanização (mais especificamente a PNH) e a clínica ampliada e compartilhada, não são ainda instituídas em muitas organizações de forma efetiva. O que se vê é que o conhecimento destes importantes temas ainda é restrito a poucos profissionais, não atingindo por vezes outros profissionais que lidam com o paciente diariamente. Este fato gera problemas para os gestores e ao propósito de implementar políticas apropriadas para este fim.

Pode-se perguntar então: Como discutir a integralidade do cuidado só entre médicos, enfermeiros, psicólogos(os), nutricionistas, e outros profissionais graduados e esquecer dos profissionais que lidam diariamente com o paciente? Como garantir a integralidade do cuidado quando se considera apenas parte da equipe? Estaremos realizando um trabalho por vezes de “apagar incêndio” mediando conflitos em um modelo de gestão que não propicia mudanças. Estas políticas públicas aplicadas com efetividade e inseridas na ins-

9 Cf.: Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação de psicólogas Disponível em: <crepop.pol.org.br>. Acesso em: 09 de outubro de 2019.

tuição possibilitam que o trabalho da(o) psicóloga(o) demonstre mais eficácia e produtividade, considerando um ambiente mais livre e propício para a atuação da Psicologia.

A atuação de psicólogos(os) em cargo de gestão mostra-se como algo de suma importância e cada vez mais necessária na atualidade. Como gestor(a), a(o) psicóloga(o) concilia interesses e media relações interpessoais, tem uma melhor compreensão acerca dos processos institucionais e grupais e, principalmente, tem condições de avaliar melhor o impacto das ações nos indivíduos em toda a rede hospitalar. A formação em Psicologia oferece a oportunidade conhecer as dificuldades que permeiam o tratamento do paciente, a importância do envolvimento da rede de apoio nesta situação e necessidade da integração da sociedade no processo. Na gestão, essas atribuições podem ser estimuladoras de estratégias para a resolução de problemas (CRP/RS, 2016).

Contudo, alguns obstáculos ainda dificultam a atuação da Psicologia dentro das instituições hospitalares e em cargos de gestão, tal como a dificuldade de acesso das(os) profissionais às oportunidades de emprego, devido a baixa quantidade de vagas, precarização das condições de trabalho e falta de recursos físicos e técnicos, tal como salas individualizadas, sendo necessária adaptação do *setting* terapêutico, e falta de protocolos e outros materiais possíveis para a realização do rastreamento das demandas.

Para além de questões técnicas, objetivas e materiais, a psicologia ainda se defronta constantemente com a luta e o desafio de se inserir e ocupar os espaços das instituições, a fim de incitar a valorização de seu campo de saber, ainda muito negligenciado e despercebido por outros profissionais e usuários do sistema. Ainda é necessário que a psicologia busque ativamente e ocupe os locais que lhe cabem, assim como lute por sua valorização, através da elucidação dos benefícios de sua atuação, tanto na gestão hospitalar quanto na atuação clínica, a fim de consolidar futuramente locais exclusivos da psicologia que sejam valorizados por todos os profissionais e usuários da instituição.

A(O) profissional psicóloga(o) na gestão de uma instituição organizacional possibilita o olhar mais atento para questões e demandas não ditas e não percebidas, para o todo e também para as individualidades e para o contexto das instituições e relações pre-

sententes nela. Oferece aos colaboradores melhor ambiência, formas de condução das relações e conflitos presentes entre os profissionais da equipe e melhoria da comunicação entre os profissionais e nos relacionamentos interpessoais. Moreira e Silva (2016) ressaltam que, atuando na organização, a psicologia busca identificar e analisar as necessidades advindas das atividades laborais, bem como suas condições e implicações e promover ações preventivas à saúde do trabalhador, a partir da análise das diferentes situações de trabalho e das relações entre os colaboradores.

De acordo com Costa e Barbosa (2017), o ambiente sócio-gereencial de uma instituição envolve a organização das atividades, a infraestrutura, avaliação da carga horária semanal, escala de trabalho, categoria profissional, oferta de informações de saúde, discriminação social, participação ativa, violência e ambiente conflitivo. Pensar sobre essas questões exige sensibilidade e ferramentas técnicas para lidar com as demandas psicossociais provenientes das relações interpessoais e laborais existentes em uma instituição.

A psicologia possui os recursos técnicos que possibilitam o efeito desejado para o bom funcionamento de uma gestão hospitalar, a partir da atuação focal e pontual em questões pertinentes ao cuidado biopsicossocial dos sujeitos trabalhadores da instituição. São necessárias estratégias como o cuidado à saúde mental do trabalhador, a redução da sobrecarga emocional existente diante da pressão laboral, redução dos conflitos interpessoais existentes, o fortalecimento dos vínculos e das relações grupais, suporte social e emocional, fomento ao protagonismo dos trabalhadores, estabelecimento de uma cultura da paz no ambiente hospitalar, o acesso às informações, combate aos eventos estressores e geradores do adoecimento e estratégias de prevenção do adoecimento psíquico dos trabalhadores (COSTA; BARBOSA, 2017)

Na gestão, é imprescindível que a(o) psicóloga(o) tenha cuidado para não se pautar nas mudanças e ajustes de comportamentos, tal como pode ser possível na clínica. Deve, em suma, trabalhar em busca de novos arranjos existenciais, menos sofrimento e mais produções criativas. Logo, suas ações devem estar contextualizadas com a conjuntura política, social e histórica em que se está inserido, ou seja, o fazer psicológico deve ser coerente com a realidade social em que se encontra a instituição que atua (TOEBEL; OLIVEIRA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa Referência Técnica se propõe mais a abrir possibilidades do que limitar as atuações no âmbito da psicologia hospitalar. Como vimos, o compromisso social com o exercício profissional nos impõe algumas exigências que discorreremos a seguir.

Primeiro, exige que conheçamos adequadamente as políticas públicas que dão sustentação para o trabalho da psicologia: a legislação estabelecida, as portarias que embasam nossa intervenção; a rede de atenção que subsidia nossos encaminhamentos; as normas que estão previstas para essa assistência; as normas para registro em prontuário; as situações que necessitam de uma notificação compulsória; e que rede ampliada de serviços compõe a nossa comunidade. É preciso reconhecer como está organizado o sistema de saúde e os respectivos serviços disponíveis, pois estes têm um profundo efeito no fato do usuário ter acesso ou não aos cuidados e assistência à saúde e a resolubilidade do problema ou situação que apresenta.

Outro desafio é o compromisso com o exercício ético da profissão. Neste sentido o nosso Código de Ética precisa ser referência a todas as ações. Não podemos reforçar a visão medicalizante da vida, em que toda manifestação de comportamento seja entendida como patológica. Precisamos nos aprofundar e entender o que a intervenção psicológica no Setor Saúde significa para a vida da pessoa. Faz parte do fazer ético a avaliação crítica constante do trabalho e intervenção da(o) psicóloga(o). Devemos sempre nos perguntar: Quais são os sentimentos da pessoa, especialmente os temores sobre seus problemas? Quais as suas ideias sobre o que está errado? Qual o efeito da doença sobre o seu funcionamento? E quais suas expectativas em relação ao seu tratamento? Dessa forma, produzimos uma distinção entre saúde, doença e experiência da doença.

O cuidado efetivo à pessoa exige prestar atenção tanto às experiências em relação à saúde, quanto à doença e suas concepções.

Mas é preciso destacar também que a presença de um agravo não significa necessariamente que exista desajuste. Há muitas pessoas que acreditam viver com saúde, mesmo tendo uma condição patológica. Há pessoal que vivem com HIV que se consideram mais saudáveis emocionalmente, por exemplo, do que muitas pessoas ditas “saudáveis”. Entendendo saúde como uma percepção abrangente das pessoas quanto ao que seja saúde e o que a saúde significa para elas, bem como sua capacidade de realizar as aspirações e os propósitos importantes para suas vidas. Quando o profissional permite às pessoas contarem suas histórias de saúde e de sua experiência com a doença, ajudam-nas a dar sentido e, em última análise, controlar a sua saúde e sua experiência com a doença.

Os componentes interativos da assistência tomam forma dentro das relações que se desenvolvem a partir do encontro. A relação serve à função de integração e se realiza pela parceria sustentada com uma pessoa, incluindo compaixão, cuidado, empatia, confiança, compartilhamento de poder, continuidade, constância, cura (às vezes) e esperança. Uma das metas pode ser a elaboração de um plano terapêutico singular para manejo dos problemas de saúde da pessoa assistida: encontrar um consenso com a pessoa para elaborar um plano para tratar seus agravos e suas metas de saúde que reflita suas necessidades, valores e preferências e que seja fundamentado na ética da relação.

Outro desafio que se apresenta é a importância de integrar os conhecimentos científicos que fizeram parte da formação da(o) psicóloga(o) no curso de graduação, tais como: psicologia do desenvolvimento, avaliação psicológica, psicologia organizacional, psicologia da aprendizagem e da educação, psicologia social, das teorias da personalidade, teorias e técnicas psicoterápicas, além dos demais conteúdos. Quanto mais acesso aos recursos científicos para a ampliação do observação, análise e intervenção, mais condições estes profissionais terão de construir e definir os recursos, técnicas e estratégias a serem utilizados de forma apropriada à cada demanda.

Outro aspecto importante é atentar para o fato de que no hospital as relações são hierarquizadas e para não se repetir este padrão deve-se ter cautela e posicionamento crítico. Pensamos no encontro

com o paciente como um encontro de especialistas, ou seja, que privilegie as relações horizontalizadas: o profissional é especialista em psicologia e a pessoa atendida é especialista em sua experiência de saúde, de doença e de vida. É especialista em como sua experiência está interferindo na realização de suas aspirações. O usuário não deve ser considerado como uma pessoa passiva que receberá a intervenção, mas um sujeito autônomo, e deve-se-lhe garantir uma assistência promotora de saúde e de cidadania.

Na relação interprofissional dentro de uma equipe, o rigor ético do que se compartilha, do que se comunica e a atuação em ações coletivas exige o respeito e legitimação da nossa ética profissional, bem como o respeito e abertura ao conhecimento do alcance e limites do fazer do outro. Quanto mais nos abirmos para a interprofissionalidade, maior será o escopo da integralidade da assistência prestada. A saúde e a doença podem ser o denominador comum e transversal a todos os profissionais de saúde, porém, independentemente da formação de base do profissional considerado, todos vão lidar com as dimensões subjetivas da pessoa.

Um trabalho de equipe interdisciplinar potencializa o resultado de todos os profissionais e beneficia as pessoas assistidas e o serviço. De acordo com Simonetti (2004) cabe à(ao) psicóloga(o) hospitalar ser o mediador da comunicação entre os diversos personagens na cena da assistência tendo em vista que há uma divergência de interesses que perpassa o atendimento: a pessoa assistida está interessada no sintoma, em quando vai passar a dor, por exemplo; o profissional de saúde está interessado no diagnóstico, no que provoca aquela dor; e a família está interessada no prognóstico, no quando a pessoa vai ficar boa. A mediação desse possível conflito de interesses é um desafio para a(o) psicóloga(o) hospitalar e sua superação dependerá da competência técnica e da qualidade da relação interprofissional construída.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças mais do que convidam, na verdade, exigem que “a pessoa como um todo” seja entendida a partir de uma lente mais abrangente que inclua a comunidade e o contexto social mais amplo. À medida que o conhecimento dos determinantes sociais mais amplos da saúde evoluiu,

o paradigma da responsabilidade individualizada e concentração na saúde, promoção da saúde e prevenção da doença não é mais suficiente. Precisamos perguntar se a sociedade, o sistema de assistência à saúde e a comunidade local oferecem para cada indivíduo as opções que precisam para ter a saúde ideal. Não basta considerar os determinantes sociais da saúde e a prevalência global, a incidência e apropriação da doença, mas também os desafios e oportunidades para os cuidados de saúde contidos nas agendas, regulações legais e políticas de organizações nacional, estadual, municipal e profissional.

Isso nos desafia a conhecer inclusive outros sistemas, como o Sistema de Assistência Social, o Sistema Jurídico, o Sistema Educacional, para que possamos muitas vezes fazer articulações com serviços por eles prestados como o Conselho Tutelar, o Serviço de Proteção à Mulher, de Proteção a Testemunhas ou de Acompanhamento Educacional (quando há internações prolongadas de crianças em idade escolar, por exemplo), e outros serviços.

Muitas vezes o atendimento na psicologia hospitalar pode estar atravessado por questões outras que demandem encaminhamentos precisos. Esses fatores contextuais ditam ou dão base à promoção de saúde, à prevenção de doenças e às prioridades e direcionamento dos tratamentos da doença, bem como definem o direcionamento dos cuidados de saúde, tanto na comunidade quanto de cada indivíduo. O contexto social pode ser uma fonte de grande frustração para o profissional tanto quanto para o doente por causa das várias barreiras ao acesso para o cuidado apropriado.

Nossa sociedade ocidental valoriza o individualismo em detrimento do coletivo, valoriza a ciência mais do que a arte, valoriza a análise acima da síntese e valoriza as soluções tecnológicas mais do que as relações ou as tecnologias leves. Entendemos por tecnologia leve o que Mehry e Cecilio (2002) propõe, aquelas tecnologias baseadas nas relações, do tipo que se produz vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho.

O ambiente hospitalar ou de serviços complexos de saúde são espaços de grande tensão emocional. Lugar de realização, frustração e superação e também espaço de luto. Exige manejo do estresse, construção de resiliência, superação de limites, o que acarreta

grande risco do *Burn Out*. A síndrome de *Burn Out* pode ser definida como o estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que se caracteriza pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação e eficácia e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (SCHAUFELL; ENZMANN, 1998). A prevenção dessa síndrome não produz um ganho somente na saúde pessoal do profissional, mas na melhoria da prestação de cuidados de saúde ao criar condições para uma assistência mais personalizada, empática e de respeito e confiança. Tudo isso explicita ainda mais a necessidade deste cuidado com a saúde mental do profissional da psicologia hospitalar e a necessidade da luta pelas trinta horas semanais de trabalho.

Todas as relações humanas e, em especial, as relações terapêuticas são influenciadas pelos fenômenos de transferência e contratransferência. Dessa forma, qualquer discussão acerca do papel da(o) psicóloga(o) hospitalar sobre a relação paciente e psicóloga(o) que exclua esses importantes processos psicológicos seria incompleta. A transferência é um fenômeno ubíquo, generalizado em nossas vidas diárias e que acontece fora de nossa percepção consciente. A única forma de lidarmos bem com suas manifestações é conhecendo-nos suficientemente para distinguirmos adequadamente o que é nosso e o que é do outro:

Insistiria com vocês... que prestem mais a atenção para cada pessoa do que para as características especiais da doença... Lidando, como fazemos, com a pobre e sofridora humanidade, vemos o homem sem máscaras, exposto em toda a sua fragilidade e fraqueza, e vocês devem manter o coração aberto e maleável para que não menosprezem essas criaturas, seus semelhantes. A melhor maneira é manter um espelho em seu coração, e, quanto mais você observar suas próprias fraquezas, mais cuidadoso será com seus semelhantes (CUSHING, 1925, pp. 489-490).

E aí manter o espelho sob nós mesmos significa cuidar da nossa saúde mental e física para que o exercício profissional reflita uma realização pessoal e social de nosso papel de cidadão. A relação terapêutica exige “habilidades não só variadas, mas também altamente técnicas, psicologicamente profundas e pessoalmente empáticas” (Cassel, 2013, p. 19). Howard Stein (1985) observou que “só se pode realmente conhecer uma pessoa se estivermos dispostos a reconhecê-la a nós mesmo naquela pessoa”. Reafirmamos a orientação de que o profissional de psicologia deve submeter-se ao trabalho pessoal de psicoterapia.

Por fim destacamos o compromisso com os direitos humanos. Não há possibilidade de desvinculação da psicologia com a defesa, promoção e garantia dos direitos humanos se há a compreensão de que nossa missão é proteger a integridade psíquica e emocional das pessoas, é zelar pelo respeito à subjetividade e singularidade das pessoas. Os direitos humanos são fundamentais para a vida do indivíduo, da comunidade e da civilização. A desigualdade social em nosso país é uma das chagas mais danosas na construção das nossas relações sociais. Temos o dever de contribuir, inventar e construir pontes que diminuam essa desigualdade, temos que ter o direito de desfrutar dos bens sociais, mas para fazermos valer os direitos humanos precisamos cobrar do Estado, da sociedade e dos indivíduos um sistema de garantias de direitos. Os direitos se constroem em meio a lutas e às conquistas da história e se apresentam como um avanço da civilização.

Garantir o direito à saúde, à liberdade, para escolher os caminhos da própria vida, liberdade para crer, amar, ter filhos, inovar, receber assistência necessária não têm que ver somente com o acesso a serviços e a políticas públicas. Tem que ver com a cultura, com o exercício cidadão e com a participação no controle social.

Encerramos esta Referência Técnica conclamando às(aos) psicólogas(os) para que o exercício ético da profissão perpassasse pelo conhecimento da política pública, conhecimento técnico-científico, auto-conhecimento e também envolvimento na vida comunitária. A participação social pode ser desenvolvida tanto no âmbito interno no serviço, quanto no âmbito externo na sociedade, nos espaços

instituídos de controle social seja através do Conselho Municipal de Saúde ou demais conselhos de direitos, seja nas conferências de saúde ou na política da sua própria profissão. Quanto mais desenvolvida a cultura da sociedade mais reconhecidos e garantidos serão os direitos.

Os Direitos Humanos são um processo que precisa ser inventado e reinventado nas práticas de cada dia; na luta contra a submissão; na luta e enfrentamento contra o racismo; violência contra a mulher e a LGBTIfobia; na luta e enfrentamento contra o preconceito e a discriminação. Romper com a cultura autoritária e fortalecer os direitos humanos deve ser também o compromisso de toda(o) psicóloga(o) hospitalar brasileira(o).

REFERÊNCIAS

AMARAL, V. A. et al. Atendimento psicológico em enfermarias. In: BRUSCATO, W. L. (Org.). **A psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade: o modelo de atuação da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. Cap. 7, pp. 135- 148.

AMARANTE, P.; COSTA, A. M. Diversidade cultural e saúde. Rio de Janeiro: CEBES/ ABRASME/OPAS, 2012.

ANGERAMI-CAMOM, V. A. A. **E a psicologia entrou no Hospital**. Pioneira, 1996.

BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BATISTA, G.; ROCHA, G. M. A Presença do Analista em Situação de Urgência Subjetiva no Hospital Geral. In: Moura, M. D. (Org.). **Oncologia Clínica do Limite Terapêutico?** Psicanálise & Medicina. Belo Horizonte: ArteSá, 2013. pp. 330-343.

_____. “Fora do Protocolo.” Intervenção Psicanalítica em Situação de Urgência. In: _____.; MOURA, M. D; CARVALHO, S. B. (Orgs.). **Psicanálise e Hospital – a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica**. Rio de Janeiro: Wak, 2010. pp. 133-141.

BORGES, E .S. **Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência**. São Paulo: Vetor, 2009.

BRASIL. Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

_____. Lei n.º 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

_____. **Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde (avaliação das ações)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2003.

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Textos Básicos de Saúde. Série B. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

_____. **Humaniza SUS:** documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Série B textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2008.

_____. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. _____. Portaria n.º 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRUSCATO, W. L. (Org.). **A psicologia na saúde:** da atenção primária à alta Complexidade, o modelo de atuação da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2012.

BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, R. S. A. **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo:** novas páginas em uma história antiga. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CAMPOS, F. C. B. (Org.). **Psicologia e Saúde:** repensando práticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, G. W. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 26, n.87, p.132-146, 2006b.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense, 1997.

CAREY, M.P. & BURISH, T.G. Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, 104(3), 307-325, 1988.

CARTER, B e MCGOLDRICK, M. Mudanças no Ciclo de vida da família. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, D. B. et al. Como se escreve, no Brasil, a história da Psicologia no contexto hospitalar. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, pp. 1005-1026, 2011.

CASSEL, E J. **The Nature of Healing: the modern practice of Medicine**. New York: Oxford University, 2013.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, pp. 48-57, 2004.

CID, D. P. T; DIAS, M.; BENINCASA, M.; MARTINS, M. C. F. Elos entre a psicologia e o trabalho humanizado na saúde: compreensão, formação e práticas. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina: vol. 40, nº. 1, p. 5-24, jan./jun. 2019.

COELHO, M. O. **A dor da perda da saúde**. In : ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução Administrativa/Financeira n.º 14, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

_____. Resolução n.º 10/2005, de 21 de julho de 2005. (Código de Ética Profissional da(o) psicóloga(o)) Brasília, 2005.

_____. Resolução Administrativa/Financeira n.º 13, de 14 de setembro de 2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao título

lo profissional de Especialista em Psicologia, e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro.

_____. Resolução Administrativa/Financeira n.º 15, de 19 de setembro de 2007. Brasília: CFP, 2007.

_____. Relatório final de análise qualitativa da pesquisa sobre a atuação das(os) psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS. Brasília: CREPOP/CFP, 2012.

_____. Resolução Administrativa/Financeira n.º 3, de 05 de fevereiro de 2016. Brasília: CFP, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL. Psicologia na Gestão: conciliando interesses, mediando relações. **Revista Entrelinhas**, ano 16, n.º 72, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. Uma questão de saúde; trajetória da psicologia hospitalar em São Paulo. São Paulo, 2004. Documentário. 47 mim, 47 sec. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JZEiKBmyOrc>>. Acesso em: 02 de outubro de 2019.

COPPE, A. A. F., & MIRANDA, E. M. F. A (O) psicóloga(o) diante da urgência no Pronto Socorro. In: ANGERAMI-CAMOM, V. A. (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira. 2002. pp. 61-80.

COSTA, M; BARBOSA, S. **Condições do Ambiente Sociogerencial e Gestão da Saúde dos Trabalhadores em um Contexto de Mudança Cultural**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, 2017.

CREPALDI, M. A., RABUSKE, M. M., & GABARRA, L. M. Modalidades de atuação da(o) psicóloga(o) em psicologia pediátrica. In: _____; LINHARES, M.B.M.; PEROSA, G. B. (Orgs.). **Temas em Psicologia Pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. pp.13-56.

CUNHA, G. T. Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2009.

- CUSHING, H. **The life of sir William Osler**. Oxford: Clarendon, 1925.
- CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção à saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M (Orgs.). **A saúde em debate no Brasil**, vol 2., Blumenau, Nova Letra, 2006.
- DIAS, N. M.; RADOMILE, M. E. S. A implantação do serviço de psicologia no hospital geral: uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006.
- EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática no Brasil. In: _____. MELLO FILHO, J. BURD, M. (Orgs.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- FARIAS, D. C; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017.
- FERRARI, Solimar et al. Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 11, n. 2, pp. 60-71, jul. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2019.
- FONGARO, M. L. H. e SEBASTIANI, R. W. Roteiro de Avaliação Psicológica aplicada ao hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira 1996. Cap. 1, pp. 05-64.
- GARCIA, C. JUNIOR; ZIMMERMANN, P.R. Falência e Transplante de órgãos. In: BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- GIACOMINI, M.; GALVAN, G. A atuação da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar com pacientes ortopédicos. In: ISMAEL, S. M. C. (Org.).

A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

GIANNOTTI, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In: Oliveira M. F. P.; ISMAEL, S. M. C. (Orgs.). **Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia.** Campinas, São Paulo. Papirus. 1995.

GIORGIA-MARTINS, D. F. **Psicologia e saúde:** formação, pesquisa e prática profissional. São Paulo: Vetor, 2012.

GORAYEB, R. A prática da Psicologia Hospitalar. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V. E. (Orgs.). **Psicologia Clínica e da Saúde.** Londrina: UEL-APICSA, 2001. pp. 263-278. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/242745738_A_pratica_da_psicologia_hospitalar>. Acesso em: 02 de outubro de 2019.

_____. Psicologia da Saúde no Brasil. **Psicologia:** teoria e pesquisa., Brasília, v. 26, n. especial, pp. 115-122, 2007.

_____.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva,** São Paulo, v. 5, pp. 11-19, 2003.

GUIMARAES, Cristian Fabiano; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Devires e intensidades do coletivo na Saúde Coletiva. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, pp. 939-959, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000300939&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2019.

ISMAEL, S. M. C. A inserção da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar. In: _____(Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. **Psicologia hospitalar:** sobre adoecimento... articulando conceitos com a prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2013.

JUNIOR, J. M. P. M.; ZUCCHI, P. Avaliação de qualidade em serviços de saúde: acreditação, certificação e programas de melhoria da qualidade em hospitais públicos e privados do município de São Paulo. **Revista de Administração Pública,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, 2005.

KÜLLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

LINHARES, M. B.; DOCA, F. N. P.; CREPALDI, M. A. Psicologia Pediátrica: definição, aspectos históricos e e concietuais e campo de atuação. In: CREPALDI, Maria Aparecida; LINHARES, Maria Beatriz Martins; ENUMO, Sonia Regina Fiorim (Orgs.). **Psicologia da Saúde e desenvolvimento na infância e adolescência**: pesquisas e reflexões. Curitiba: CRV, pp. 13-30.

LITTIKE, D; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015.

LORENZETTI, J. et al. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto Enferm**, 2014 pp. 417-425.

LUSTOSA, M. A. Atendimento ao paciente idoso. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, dez. 2007

MACDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. **Terapia familiar médica**: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MÄDER, B. J. (Org.). **Caderno de psicologia hospitalar**: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão. Curitiba: CRP-PR, 2016. 76 p.

MAIA, E. M. C. et al. Psicologia da saúde-hospitalar: da formação à realidade. **Universitas Psychologica**, Bogotá., v. 4, n. 1, jan-jun. 2005.

Marcondes, A.S. Definição de educação na saúde: Multiculturalidade, autonomia e participação popular na promoção da saúde. Recife: Colóquio Internacional Paulo Freire. 1988; 5(3):5-13.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817, 1980.

MEHRY, E. E.; CECILIO, L. C. O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais**, Campinas, 2002. 13 p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitais.pdf>> Acesso em: 3 maio 2019.

MOREIRA, G. L. C. B.; SILVA, S. P. C. Desafios da Gestão na Saúde: Possíveis Contribuições da Psicologia Organizacional e do Trabalho. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 10, n. 31, 2016.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOURA, Marisa Decat de. **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter 2^a ed., 2000.

NIFA, S. E; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1 jun. 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). O que é acreditação? 2014. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

PADILHA, Roberto de Queiroz et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, pp. 4249-4257, dez. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204249&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 01 maio 2019.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, pp. 492-499, 2008.

PALMIERI, H. T.; MARTINS, M. C. F. N. Psicólogo em formação: vivências e demandas em plantão Psicológico. **Psicologia Ciência e profissão**, Brasília v. 27, n. 1, p. 64-79, 2007.

PASCOAL, M. et al. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, dez. 2009

PEREZ, G. H. A(o) psicóloga(o) na unidade de emergência. . In: ISMAEL, S. M. C. (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

RAGOZINI, C. A et al. A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. . In: ISMAEL, S. M. C. (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

ROCHA JÚNIOR, J. R. **Psicohansenologia**: um estudo psicológico da hanseníase – estresse, medo, estigma e crença em pacientes e equipes de saúde em São Luís do Maranhão. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2004.

RODRIGUES, A. L.; FRANÇA, A. C. L. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: _____. MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RODRIGUEZ-MARÍN, J. En Busca de un Modelo de Integración del Psicólogo en el Hospital: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario. In: REMOR, E.; ARRANZ, P.; ULLA, S. (Org.). **El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario**. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicologia, 2003. pp. 831-863.

ROLNIK, S. **Mudança no divã**: uma perspectiva ético/estético/política em psicanálise. In: FÓRUM BRASILEIRO DE PSICANÁLISE, 3. 1994, Belo Horizonte, 1994.

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

_____. **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ROMERO, N. S.; PEREIRA-SILVA, N. L. A(o) psicóloga(o) no processo de intervenção da política nacional de humanização. **Psicologia & Sociedade**, n. 23, v. 2, 2011.

RUDINICKI, T. Resiliência e o trabalho da(o) psicóloga(o) hospitalar: considerações iniciais. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, dez. 2007.

SAFRA, G. **Intervenções breves e pontuais**. São Paulo: Sobornost, 2003. 1 DVD . Exposição oral na graduação do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

SANTOS, C. T.; SEBASTIANI, R. W. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica**. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **E a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira, 1996.

SANTOS, D. A. A atuação da(o) psicóloga(o) junto a pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. (Orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.

SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009.

SAUNDERS, Cicely. foreword. Oxford textbook of palliative ty press. London: Oxford, 1967.

SCALCO A. Delirium e demência no contexto hospitalar. In: SMAEL, S. M. C. (Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SCHAUFELI, W. B.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and practice: a critical analysis**. Philadelphia: Taylor & Francis, 1998.

SCOTT, J. Pacientes com câncer. Em: J. Scott, J.M.G. Williams & A.T. Beck (Orgs.). **Terapia cognitiva na prática clínica**. (pp. 125-154). Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

SILVA, M. G. G. A persona do analista frente a necessidade de definição de uma conduta médica. **Revista. SBPH** v. 9 n.1 Rio de Janeiro jun. 2006.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIMONTON, O. C.; MATTHEWS-SIMONTON, S.; CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo**. São Paulo: Summus, 1987.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR (SBPH). A História da SBPH. s.d. Disponível em: <http://www.sbph.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=157&Itemid=740>. Acesso em: 02 de outubro de 2019.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Ser. Soc. Soc**, São Paulo, n. 103, p. 453-475, 2010.

SOUZA, A. M. de; MOURA, D. do S. C.; CORRÊA, V. A. C. Implicações do pronto atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. **Psicologia Ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 534-545, 2009.

SOUZA QUINTAS, J. A entrevista clínica no contexto hospitalar. Interlocuções. **Revista de Psicologia da UNICAP**, ano 3, n. ½ pp.97-103, jan.-dez. 2003.

_____. Suporte psicológico ao paciente. In: JÚNIOR, E. M. L. et al. **Tratado de Queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. Cap. 29, pp. 273-280.

_____. **Nos corredores de um hospital**: a experiência de ser psicóloga numa instituição pública de saúde. Recife: Editora do Autor, 2013.

STEIN H. What is Therapeutic in clinical relationships? **Fam Med**, v. 17, n. 5, pp. 188-94, 1985.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. (et al.). **Psicodiagnóstico V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

TOEBEL, S. B.; OLIVEIRA, I. Reflexões acerca do lugar da(o) psicóloga(o) na (co)gestão em saúde e da importância deste espaço na formação em psicologia. **Pretextos – revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, 2018.

TURRA, Virginia et al. Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema. **PSICO**, Porto Alegre, v. 43, n. 4, pp. 500-509, out.-dez. 2012

VANDENBOS, GARY, R. (Org.). **Dicionário de Psicologia – APA** Porto Alegre: Artmed, 2010.

VERGEZ, A. e HUISMAN, D. História dos filósofos. Traduzido do francês por Leila de Almeida Gonzales. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da URG do Colégio de Aplicação da UEG e do Instituto de Educação. Rio de Janeiro; São Paulo: Livraria Freitas Bastos S.A. 2ª Edição, 1968.

VIERA FILHO, Nilson G. A prática complexa da(o) psicóloga(o) clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. **Estudos em Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 301-308, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39533663345008>>. Acesso em: 05 abr. 2019.

YAMAMOTO, O.; CUNHA, I. A(o) psicóloga(o) em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v. 11, n. 2, pp. 345-362, 1998.

_____.; TRINDADE, L.; OLIVEIRA, I. A(o) psicóloga(o) em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, pp. 217-246, 2002.

World Health Organization – WHO. *10 facts on palliative care*. Geneva: WHO, 2017.

WONGTSCHOWSKI, E. (Org.). **A(o) psicóloga(o) no hospital público**: tecendo a clínica. São Paulo: Zagodoni, 2011.

ZASLAVSKY, J. Supervisão em psicoterapia de orientação analítica: o relacionamento do supervisor com o supervisionando e o manejo da transferência e da contratransferência. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, pp. 129-37, 1999.

_____.; NUNES, M. L. T., EIZIRIK, C. L. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 297-309, 2003.

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2007 – Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS;

2008 – Referências técnicas para a prática do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS;

2010 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação;

2011 – Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – informações para gestoras e gestores;

2012 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em programas de medidas socioeducativas em meio aberto;

2012 – Referências Técnicas para atuação das psicólogas (os) no Sistema Prisional;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social – CREAS;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas (os) em programas de atenção à mulheres em situação de violência;

2013 – Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores;

2017 – Relações Raciais – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os);

2018 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas em políticas públicas de mobilidade humana e trânsito;

2019 – Referências Técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) em questões relativas a terra (Edição Revisada);

2019 – Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: Referências Técnicas para a atuação da(o) psicóloga(o) (Edição Revisada);

2019 – Referência Técnica para a atuação de psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada);

2019 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas (Edição Revisada);

2019 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de Esporte;

2019 – Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em Varas de Família (Edição Revisada).

ISBN 978-65-5069-008-3



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CREPOP

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas