PSICOLOGIA HOSPITALAR

Portal Educação

Copyright © Portal Educação

2012 – Portal Educação

Todos os direitos reservados

R: Sete de setembro, 1686 – Centro – CEP: 79002-130

Telematrículas e Teleatendimento: 0800 707 4520

Internacional: +55 (67) 3303-4520

atendimento@portaleducacao.com.br – Campo Grande-MS

Endereço Internet: http://www.portaleducacao.com.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação - Brasil
Triagem Organização LTDA ME
Bibliotecário responsável: Rodrigo Pereira CRB 1/2167

Portal Educação

P842a Psicologia hospitalar / Portal Educação. - Campo Grande: Portal Educação, 2012.

201p. : il.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-66104-16-5

1. Psicologia – Hospitalar. I. Portal Educação. II. Título.

CDD 362.1109

SUMÁRIO

1 PSICOLOGIA HOSPITALAR: HISTÓRICO 4

2 PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICOLOGIA DA SAÚDE: DEFINIÇÕES 7

2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE 10

3 A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR 11

3.1 PRINCIPAIS FUNÇÕES E OBJETIVOS DO PSICÓLOGO NO AMBIENTE HOSPITALAR 13

3.2 SETTING TERAPÊUTICO 18

4 REAÇÕES PSICOLÓGICAS FRENTE A DOENÇA E AO ADOECER 21

4.1 REAÇÕES DE AJUSTAMENTO 25

4.2 MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO 27

5 DIFERENTES CONTEXTOS DE ATUAÇÃO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL GERAL 28

5.1 INTRODUÇÃO 28

5.2 PSICÓLOGO CLÍNICO X PSICÓLOGO HOSPITALAR 31

5.3 NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL 32

5.3.1 Primária 32

5.3.2 Secundária 33

5.3.3 Terciária 33

5.4 PRIMEIROS PASSOS NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DENTRO DO HOSPITAL 34

5.5 CONTEXTOS DE ATUAÇÃO 38

5.5.1 Enfermarias 38

5.5.2 Interconsulta 39

5.5.2.1Técnicas de Interconsulta 41

5.5.2.2 Etapas da Interconsulta 42

5.5.3 Unidade de Terapia Intensiva 47

5.5.4 Atendimento à família 47

5.5.5 Atendimento em Ambulatório 49

6 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DO PACIENTE HOSPITALIZADO 50

6.1 A ENTREVISTA 50

6.2 A ANAMNESE 51

6.3 EXAME PSÍQUICO 54

7 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM DOENÇAS CRÔNICAS 59

7.1 CÂNCER 59

7.1.2 O atendimento Psicológico aos Pacientes com Câncer 61

7.1.2.1 Psico-Oncologia 62

7.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA 63

7.3 AIDS 65

8 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA 70

8.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO MÉDICO ONCOLOGISTA AO DAR O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER 72

9 O DOENTE TERMINAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS 81

10 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR 90

10.1 COMO HUMANIZAR? 91

10.2 O PAPEL DO PSICÓLOGO NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR 97

REFERÊNCIAS 101

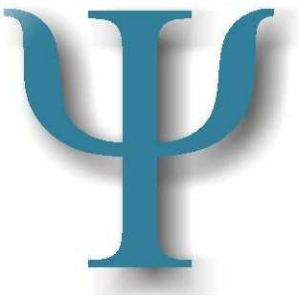
1 PSICOLOGIA HOSPITALAR: HISTÓRICO

De forma geral, os primeiros passos da Psicologia Hospitalar surgiram pela iniciativa dos profissionais, pela demanda da população e pelas próprias instituições.

A partir do que foi exposto até aqui, é possível perceber que inúmeras dificuldades foram encontradas para que o objetivo de tratar e prevenir doenças e tratar o doente fosse prática básica no hospital, que estava habituado, até então, a simplesmente acolher os pobres doentes, até que morressem.

A Medicina foi gradativamente ocupando o seu espaço e fazendo da instituição seu lugar de praxe. Naturalmente, que a Psicologia também enfrentaria inúmeras dificuldades para inserir-se no ambiente hospitalar. Tais dificuldades giravam em torno da resistência da população em aceitar um profissional de saúde mental, prestando assistência a uma pessoa com enfermidades físicas. Cabe ressaltar que essa resistência não se deu somente por parte da população leiga, mas também das equipes médicas.

São poucos os registros da atuação de psicólogos em instituições de saúde no Brasil, porém, pode-se perceber que na década de 50 havia atividades do psicólogo em hospitais no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.



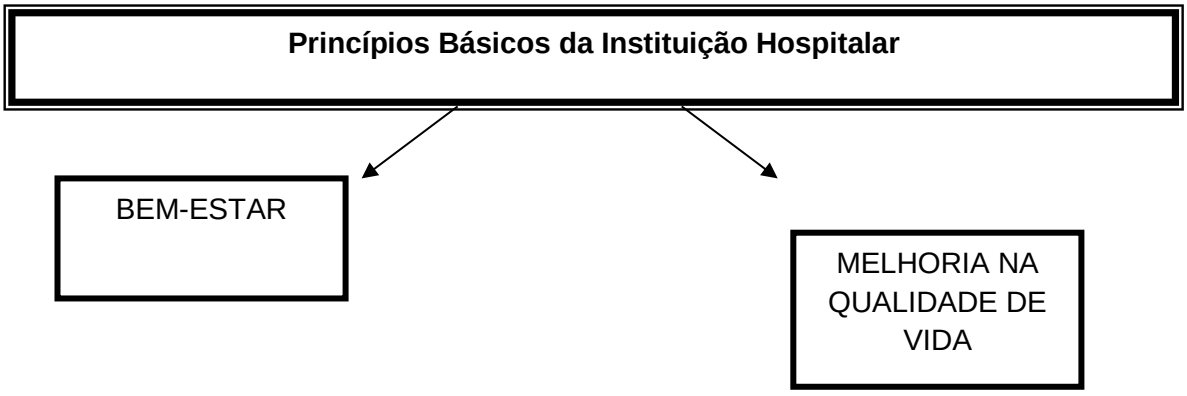
Segundo Sebastiani (2000), observa-se que na mesma época em que ocorreram os primeiros movimentos mais consistentes a fim de oficializar a Psicologia como profissão no Brasil, instalaram-se no país os primeiros serviços estruturados e oficializados de Psicologia Hospitalar. Esses serviços foram implantados de 1952 a 1954 na Ortopedia e em 1957 na Unidade de Reabilitação, ambas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. No início da década de 60, a Psicologia

foi oficialmente reconhecida como profissão no Brasil. Nesse período, observa-se também a expansão de iniciativas de vários psicólogos para desenvolver seus trabalhos em hospitais gerais. Além disso, é fundada em Cuba a primeira sociedade de Psicologia da Saúde no mundo. Percebe-se também que, tanto no Brasil como em outros países da América Latina, as atividades voltadas para a atenção à saúde da população com a participação de psicólogos são desenvolvidas, se expandido o campo de atuação para além das delimitações do modelo clínico.

A Psicologia Hospitalar foi crescendo na medida em que se enfatiza o caráter preventivo, considerando não só os aspectos físicos, mas também os emocionais da doença. O ser humano deve ser considerado em sua globalidade e o profissional deve, portanto, desenvolver uma filosofia humanista no tratamento com os pacientes.

Em 1984, Cerqueira apontou a necessidade da participação de profissionais de diversas áreas na promoção da saúde. Seu objetivo primeiro era formar equipes com profissionais comprometidos com as novas tarefas do modelo assistencial, enfatizando a necessidade de que outros profissionais fizessem parte da equipe, até então formada quase exclusivamente por médicos.

Em decorrência disso, a construção de um conhecimento sobre a intervenção da Psicologia no ambiente da saúde torna-se pré-requisito para a real expansão dos serviços psicológicos dentro da equipe de atenção à saúde. Pode-se dizer que a partir dos anos 70, o campo da saúde mental configurou-se como um grande polo de absorção de psicólogos, na tentativa de mudar o foco da atenção à saúde e formando as equipes multiprofissionais. Embora haja psicólogos trabalhando na área hospitalar desde a regulamentação da profissão no Brasil, somente nos últimos dez anos, a Psicologia se inseriu no ambiente hospitalar de forma relativamente estável.



Atualmente, o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é **dispensar à comunidade completa assistência médica,**

preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda, um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biopsicossociais. No entanto, a realidade atual nas instituições de saúde de um modo geral e, principalmente no contexto hospitalar apresenta ainda um modelo de intervenção no qual a assistência está pautada não na pessoa do doente em si, mas sim na doença, desse modo, o hospital deve ter como princípios primeiros o bem-estar geral do indivíduo e a melhora na sua qualidade de vida.

> **"A saúde deve ser entendida não só como a ausência de doença, mas um aproveitamento mais eficiente de todos os recursos com que conta cada grupo para mobilizar sua própria atividade, na procura de melhores condições de vida, tanto no campo material como no cultural, no social e no psicológico".**
> **(Bleger, 1989, p. 106)**

De acordo com essa citação de Bleger, fica bastante perceptível a necessidade dos profissionais da saúde mental no ambiente hospitalar. Sabe-se, porém, que a Psicologia esteve durante muitos anos, envolvida para o atendimento clínico tradicional. De tal modo, sendo esse o modelo mais comum de enfoque nos cursos de graduação na área. A atuação do psicólogo em clínicas particulares, atendendo principalmente a uma classe socioeconômica mais favorecida, é uma prática estabelecida desde a regulamentação da profissão no Brasil em 1962, conforme afirma Yamamoto (1998).

Refletindo sobre a atuação do psicólogo nas unidades hospitalares, pode-se perceber que ainda encontram-se grandes dificuldades práticas, uma vez que o tempo de inserção desse profissional nessas instituições públicas de saúde é relativamente pequeno e consequentemente havendo um contingente reduzido de profissionais atuando na área. Apesar de vir aumentando gradativamente, inexistem pesquisas mais sistemáticas sobre a atuação do psicólogo nesse campo específico de trabalho. Apesar disso, é possível observar uma série de problemas e insucessos em termos das práticas dos psicólogos, devido à falta de apoio como um todo e na valorização desse profissional, como um agente capaz de contribuir na promoção de saúde.

Campos (1992) complementa dizendo que o psicólogo tem um grande desafio pela frente, na medida em que implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde pública e requer um novo modelo de atenção à saúde, bem como uma forma bastante dinâmica de fazer saúde, ou seja, os psicólogos hospitalares são, portanto, protagonistas e intérpretes de um processo universal de construção de um novo pensar e fazer em saúde, definidos pela abordagem holística inerente à Psicologia, na solução dos problemas mais relevantes da saúde contemporânea.

A partir dessa necessidade de expansão dos serviços de Psicologia, surge então a Psicologia da Saúde, descrita por Angerami-Camon (2000, p. 8) **como "a prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social, englobando, assim, a *performance* de uma abordagem que teria de incluir a participação de outros profissionais da área".**

É importante ressaltar que há grandes diferenças teóricas, práticas e estruturais que diferenciam a Psicologia da Saúde da Psicologia Hospitalar. Para abranger de forma satisfatória, ambas as áreas, será apresentada a Psicologia da Saúde enquanto um "subcampo" da Psicologia, já mundialmente reconhecido e a Psicologia Hospitalar como a prática do psicólogo que atua exclusivamente dentro do ambiente hospitalar.

2 PSICOLOGIA HOSPITALAR E PSICOLOGIA DA SAÚDE: DEFINIÇÕES

"O objetivo primordial da atuação de psicólogos no contexto hospitalar é justamente a minimização do sofrimento gerado pelo adoecimento e a hospitalização, evitando as possíveis sequelas emocionais dessa vivência" (Angerami-Camon, 1995).

É natural que ocorram dúvidas acerca das denominações de Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde. Como denominar uma área que aplica os conhecimentos da Psicologia em um ambiente envolto em problemas de saúde e doença? Essa confusão não é apenas de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, colocam-se em foco os diferentes marcos teóricos e as principais concepções de base acerca do fazer psicológico e a sua inserção social.

No final da década de 50 e durante toda a década de 60, a Psicologia foi progressivamente entrando no contexto do hospital geral em resposta às novas tendências que assinalavam a necessidade de expansão do saber biopsicossocial na compreensão do fenômeno da doença, visando modificar as concepções habituais, cristalizadas pelo modelo biomédico, que passa a ser questionado (Chiattone, 2000).

A doença passou a ser vista, então, como um estado de crise agravado pela hospitalização, que interfere diretamente sobre o estado emocional do indivíduo, refletindo em um desequilíbrio total. Assim, o campo de entendimento e o foco de atuação da Psicologia Hospitalar são exatamente os aspectos psicológicos em torno do adoecimento.

Ao tratar de “aspectos psicológicos”, fica clara a abertura dessa disciplina para a “multiplicidade de recursos teóricos e técnicos aplicados a essa nova demanda”, ou seja, nenhuma teoria ou escola da Psicologia geral apoderou-se, exclusivamente, da possibilidade de embasar teórica e tecnicamente essa nova modalidade clínica.

Ainda, como apontou Simonetti (2004), “os aspectos psicológicos não existem soltos no ar, e sim encarnados em pessoas”, sejam estas pacientes, familiares ou os próprios profissionais de saúde. Logo, a atuação do psicólogo hospitalar deve se dar essencialmente ao nível da comunicação, das relações interpessoais sobre a tríade **paciente – família – equipe**. E, ao ampliar seu modelo assistencial ao paciente, aos familiares e às equipes de saúde, o psicólogo hospitalar engaja-se definitivamente na essência da sua prática: **a humanização da assistência prestada ao nível da saúde** (Chiattone, 2000).

A Psicologia Hospitalar pode ser considerada então como o estudo de todas as relações que ocorrem no âmbito hospitalar, ou seja, as relações ocorridas entre paciente e médico, paciente e equipe profissional, paciente com sua doença, paciente com sua família, paciente com a instituição de saúde e, além disso, tem como objetivo facilitar o processo de tratamento e recuperação.

Sebastiani, (2003) afirma que, para que possamos entender o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista), daí a importância da luta para reverter esse quadro.

Rodríguez-Marín (2003), conceitua a Psicologia Hospitalar como o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes no hospital. O psicólogo hospitalar seria aquele que reúne esses conhecimentos e técnicas para aplicá-los de maneira coordenada e sistemática, visando à melhora da assistência integral do paciente hospitalizado.

Angerami (1984) afirma que a formação do psicólogo é pouco aprofundada em relação aos subsídios teóricos que possam embasá-lo na prática da Psicologia em instituições, e não o provê com o instrumental teórico necessário para uma intervenção nessa realidade.

De fato, a formação em Psicologia não inclui o debate sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos. Silva (1992) concluiu que os cursos de graduação contribuem para a manutenção desse modelo, em um processo de retroalimentação.

> Essa retroalimentação pode ser resumida da seguinte maneira: a imagem social mais conhecida a respeito do psicólogo é a do clínico especializado – os alunos procuram a graduação já buscando realizar esta imagem – o curso tende a responder a esses anseios fornecendo mais possibilidades de formação dentro desse modelo. (Silva, 1992, p. 29)

Sendo assim, pode-se perceber que os estudantes do curso de Psicologia tendem a reproduzir as escolhas dos profissionais.

É importante lembrar também que a área de saúde no Brasil é uma das áreas que mais tem absorvido psicólogos nos últimos anos, inclusive como alternativa ao gradativo esvaziamento dos espaços antes ocupados pelas exclusivas atividades de consultório, baseadas no modelo clinicalista de atuação (Sebastiani, 2000).

2.1 PSICOLOGIA DA SAÚDE

A Psicologia da Saúde está embasada no modelo biopsicossocial utilizando os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social – Comunitária, por isso o trabalho com outros profissionais é fundamental nessa abordagem. Essa atuação enfatiza a intervenção no seu âmbito social, ou seja, incluindo aspectos que vão além do trabalho estritamente focado no hospital, como é o caso da Psicologia Comunitária.

Em 1978, a *American Psychological Association* (APA) criou a divisão da Psicologia da Saúde (Divisão 38). Em 1986, formou-se, na Europa, a *European Health Psychology Society* (EHPS), a partir da qual foram criadas diversas revistas especializadas em vários países europeus. Posteriormente, a Psicologia da Saúde desenvolveu-se em alguns países da América Latina, dando origem à criação da Associação Latino-Americana de Psicologia da Saúde (ALAPSA), em 2003.

Segundo a definição de Straub (2002/2005), a Psicologia da Saúde é um “subcampo” da Psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e

prevenção de doenças, bem como para promoção de saúde. Sendo assim, ela não se restringe à noção de saúde enquanto um estado de ausência de doença; ao contrário, apoia-se na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (1948).

Ao tratar de estratégias para levar os indivíduos a buscarem seu ***"bem-estar físico, mental e social"*** (OMS, 1948), a Psicologia da Saúde não é excludente, mas, ao contrário, inclui, necessariamente, a participação de outros profissionais da área da saúde, sob os moldes da interdisciplinaridade (Angerami-Camon, 2000). Logo, pressupõe e enfatiza a humanização dos atendimentos realizados nessa área, na medida da sensibilização desses profissionais para o modelo biopsicossocial.

No Brasil essa especialidade entrou em cena mais recentemente, com a inauguração de alguns poucos cursos em nível de pós-graduação. Alguns autores acreditam ser adequado considerar a Psicologia Hospitalar como parte da Psicologia da Saúde, ou seja, um de seus braços clínicos, visto que se refere à sua prática limitada a um contexto específico (Angerami-Camon (2000), Chiattone (2000) e Castro & Bornholdt (2004)).

Segundo Straub (2002/2005), **o grande diferencial da Psicologia da Saúde seria seu enfoque no âmbito preventivo, voltado para as ações na comunidade, no nível sanitário geral, no sentido da promoção de saúde e prevenção de doença, visando principalmente à redução do custo e da utilização de serviços de saúde, como os hospitais.** Por outro lado, Chiattone (2000) chamou atenção para a inadequação do próprio termo Psicologia Hospitalar, visto que pertence a uma lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não propriamente as atividades desenvolvidas.

É relevante ressaltar que a partir das definições expostas de Psicologia da Saúde, que pode se confundir com a Psicologia Hospitalar, encontram-se inúmeras semelhanças no que tange às formas de atuação prática dos especialistas dessas distintas áreas mencionadas. No entanto, fica bastante perceptível que as fronteiras entre essas duas especialidades ainda estão indefinidas e permanecem no alvo das discussões no campo aberto à Psicologia na área da saúde no Brasil.

3 A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR

A existência do psicólogo no hospital coloca-o diante da necessidade de desenvolver habilidades técnicas, políticas, relacionais e éticas que delimitam esse campo de trabalho a partir

de inúmeras peculiaridades. Ele é um psicólogo clínico, no uso de pensamento clínico. É também um consultor, à medida que se relaciona com os diferentes saberes e empresta aqueles adquiridos em seu campo de saber para que, congregado aos demais, contribua para a solução de um dado problema. Assim, é de suma importância que se reflita sobre como tem sido a qualidade da preparação dos profissionais psicólogos para lidar com as variáveis relacionadas ao fenômeno saúde.

A construção do campo de atuação profissional precisa estar calcada com as contribuições dos conhecimentos produzidos em diversas áreas, não só do conhecimento de uma única área. Faz-se necessário que o profissional da área possa dominar o conhecimento psicológico, além de extrair informações que sejam úteis no processo em busca de alternativas para a atuação profissional. A formação em Psicologia considerada adequada deve considerar as necessidades da população, as possibilidades de atuação do campo e o conhecimento disponível.

Ao analisar a participação da Psicologia no âmbito da saúde, Spink (1992, p. 12) afirma que "A Psicologia chega tarde neste cenário e chega 'miúda', tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e tão frequentes na Psicologia Clínica tradicional". Coloca também que a grande virada, no que diz respeito à inserção dos psicólogos nos serviços de saúde em São Paulo, ocorreu recentemente, a partir de 1982, com a adoção de uma política explícita, por parte da Secretaria da Saúde, de desospitalização e de extensão dos serviços de saúde mental à rede básica.

Assim, pode-se perceber que a Psicologia vem conquistando seu espaço no ambiente da saúde pública e é natural que dificuldades surjam nesse caminho.

Angerami (1997) identifica, como uma das primeiras dificuldades surgidas na atividade do psicólogo no contexto hospitalar, sua **inserção no sistema institucional**.

Essa dificuldade salienta o autor, advém do pouco preparo desse profissional pelas agências formadoras, pois são poucos os cursos de graduação em Psicologia que têm contemplado, em seus programas de formação, as experiências em contexto institucional.

Silva (1992), ao examinar, especificamente, a formação do psicólogo para atuar no campo da saúde pública, destaca aspectos que permeiam a formação do psicólogo e que, de certa forma, são responsáveis pela manutenção de um único modelo de atuação (clínica) e, consequentemente, uma limitação das funções sociais da profissão.

Nesse ponto, cabe ressaltar que frente à inexistência de um paradigma claro da nova especialidade, muitos psicólogos acabaram por tentar transpor ao hospital o modelo clínico

tradicional aprendido (Angerami-Camon, 1995 e Chiattone, 2000). Com isso, em um primeiro momento, muitas experiências foram malsucedidas, pois esses "novos" profissionais acabaram por distanciarem-se da realidade institucional.

> **"Observamos que existe uma defasagem progressiva entre os conteúdos de formação universitária e as necessidades do setor de saúde (...) São várias as evidências que mostram que a universidade não está adequando a formação do graduando às reais necessidades da população" (CHIATONNE 2000, p. 35).**

3.1 PRINCIPAIS FUNÇÕES E OBJETIVOS DO PSICÓLOGO NO AMBIENTE HOSPITALAR

É necessário que o profissional de Psicologia interessado em atuar na área hospitalar tenha muito claro e definido qual seu papel e suas reais funções e objetivos na instituição. Rodriguez-Marín (2003), faz uma síntese dessas funções do psicólogo que trabalha em hospital:

Seis funções básicas

Coordenação, relacionada às atividades com os funcionários do hospital;

Adaptação intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente hospitalizado;

Interconsulta, atuando como consultor e ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente;

Enlace, intervindo por meio do delineamento e execução de programas de saúde junto aos outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes.

Assistência direta, atuando diretamente com o paciente internado;

Gestão de recursos humanos, aprimorando os serviços dos profissionais da instituição.

Chiattone (2000) ressalta, contudo, que, muitas vezes, o próprio psicólogo não tem consciência de quais sejam suas tarefas e papel dentro da instituição que, muitas vezes, sente-se impotente e sem saber exatamente o que fazer. Isso acontece pela ausência de conhecimentos e habilidades suficientes para lidar com o contexto hospitalar.

Em contrapartida, o hospital também tem dúvidas quanto ao que esperar desse profissional. Se o psicólogo simplesmente transpõe o modelo clínico tradicional para o hospital e verifica que esse não funciona como o esperado, isso pode gerar dúvidas quanto à cientificidade e efetividade de seu papel.

FIGURA 1



FONTE: Banco de Imagens Portal Educação.

De maneira geral, o **objetivo primordial do psicólogo** hospitalar é:

Prestar assistência ao paciente, lidar com suas angústias, minimizar seu sofrimento e o de seus familiares, trabalhando os aspectos emocionais decorrentes da doença e da hospitalização.

FIGURA 2



FONTE: Disponível em: <http://pkhawk.blogspot.com.br/2011/08/documentaries-recommended-to-help-you.html >. Acesso em: 30/05/2012.

Entende-se que essas situações de doença e hospitalização trazem implicações emocionais tanto para o enfermo quanto para a família, e por isso é necessário que os profissionais atuem em equipe multidisciplinar, visando à compreensão dos processos sociais e psicológicos do paciente, além do reconhecimento de fatores psíquicos que interferem em seus quadros clínicos, de sua instalação ao seu desenvolvimento.

O psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como:



Outras atribuições dos psicólogos dentro do âmbito hospitalar é promover o resgate da identidade do paciente, que sofre um processo de **despersonalização**.

FIGURA 3



FONTE: Disponível em: <http://www.yodak.net/health/icu/6746.html>. Acesso em: 30/05/2012.

O sujeito deixa de ter seus próprios significados, seus próprios conceitos e valores, passando a ser aquilo que é possível, aquilo que lhe é permitido a partir dos diagnósticos sobre

sua doença. Segundo Angerami (2002), o paciente muitas vezes deixa de ser chamado pelo próprio nome e passa a ser um número de leito ou até mesmo o portador de certa patologia.

Essa despersonalização do indivíduo hospitalizado pode ser refletida a partir do conceito de ESTIGMA de Goffman (1978). Para o autor, um estigma é um sinal, uma marca, um signo, um símbolo que a sociedade usa para separar os indivíduos que apresentam determinada característica.

Quando uma pessoa recebe um "rótulo", ela não é olhada em sua totalidade, como ser humano único, e sim como alguém que apresenta as mesmas características do grupo na qual foi colocada. As pessoas hospitalizadas são muito estigmatizadas, rotuladas, desapropriadas do seu próprio ser. Enfrentam situações negativas de **discriminação, rejeição, incompreensão,** fazendo com que a

seja uma vivência única e muito particular.

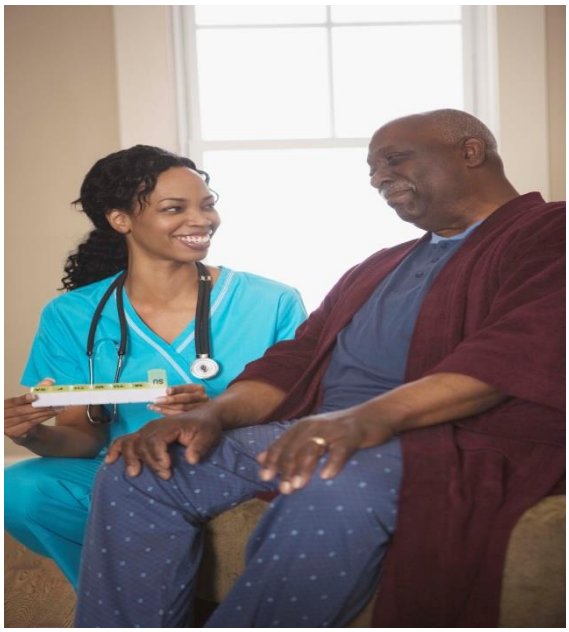
Caso a doença seja temporária, há a possibilidade do indivíduo se restabelecer assim que a doença é curada, o que não ocorre no caso de doenças crônicas, nas quais o indivíduo terá que reestruturar toda a sua vida a partir das mudanças e situações novas que a doença irá lhe impor.

Esse é um princípio básico de toda e qualquer intervenção que o psicólogo irá realizar no hospital seja essa realizada com grupos de apoio ou com pacientes fora de possibilidades terapêuticas em Unidades de Terapia Intensiva.

Para o profissional de Psicologia atuar no ambiente hospitalar, é necessário ter muito claro para si alguns dos **principais fundamentos da atuação**, pois a demanda de atendimento nesse ambiente é extremamente alta. O psicólogo inserido na instituição de saúde pode realizar diversas atividades, visando acima de qualquer coisa:

- A melhoria na qualidade de vida dos pacientes;
- A minimização do sofrimento provocado pela hospitalização;
- A compreensão das sequelas físicas e emocionais decorrentes desse processo;
- Acompanhamento a fim de proporcionar ao paciente, condições favoráveis para que possa aprender a lidar de forma satisfatória com tais situações;
- Promover um espaço onde ocorra análise das relações interpessoais que ocorrem no âmbito hospitalar e familiar do paciente;
- Possibilitar o atendimento inter e multidisciplinar junto ao paciente e sua família.

FIGURA 4



FONTE: Banco de Imagens do Portal Educação.

Com a atuação do psicólogo no sentido de resgatar a identidade do paciente, facilitando a expressão de sentimentos, como angústias, medos, fantasias, raivas e culpas, esse poderá se fortalecer e acreditar em sua capacidade de superar tal situação. Além disso, é fundamental que o psicólogo proporcione condições para que a comunicação que envolve o paciente seja a mais clara possível, tanto em relação com o paciente e sua família, paciente e equipe de saúde, paciente e seu médico, etc.

3.2 *SETTING* TERAPÊUTICO

O atendimento psicoterápico realizado no hospital **não pode ser tão definido como no ambiente clínico particular.** Isso possibilita ao profissional que encontre, dentre as teorias psicológicas conhecidas, a que mais se adéqua à situação de hospitalização e ao seu estilo pessoal.

No atendimento clínico convencional, o paciente, ao buscar pela psicoterapia, será enquadrado no chamado *setting* terapêutico, formalizando-se algumas questões, como: horário, duração de cada sessão, reposições, faltas, pagamento, sigilo profissional, etc. Além disso, nesse modelo convencional, deve-se manter certa privacidade no relacionamento entre paciente

e psicoterapeuta, tornando qualquer interferência externa ao processo plausível de ser analisada e enquadrada nos parâmetros desse relacionamento. A Psicologia dentro do hospital, contrariamente ao processo psicoterápico convencional, não possui *setting* terapêutico tão definido.

O psicólogo precisa estar preparado para as inúmeras **situações adversas** que acontecem antes e durante o atendimento.

O paciente pode estar dormindo... (você não vai acordá-lo...)

Ou encontra-se indisposto, sem condições físicas de receber o atendimento... (e você não deve interpretar isso como sinal de resistência ao atendimento... ou deve?)

A equipe de enfermagem precisa aplicar certa medicação, que tem horário marcado...

Nos casos de atendimento realizado em enfermarias, por exemplo, o psicólogo muitas vezes é interrompido por outros profissionais. Ao contrário do paciente que procura a psicoterapia após romper eventuais barreiras emocionais, a pessoa hospitalizada é abordada pelo psicólogo e, em muitos casos, sequer tem claro qual o papel daquele profissional naquele momento de sua hospitalização e até mesmo de sua vida. Nesse contexto, o paciente vivencia todas as impossibilidades que a doença lhe impõe, denunciando assim a sua onipotência.

O paciente pode ter sido encaminhado a outro setor para a realização de um exame.....

Estar fazendo uma refeição..... (e esse não é o momento mais adequado para abordá-lo).

Pode estar sendo avaliado por outro profissional..... (e cabe ao psicólogo estabelecer alguns limites para que seu atendimento também seja respeitado).

Ou .....

O Paciente Simplesmente Morreu! E o atendimento?

Sim, o paciente pode ir a óbito entre um atendimento e outro!! Justo agora que o vínculo estava ótimo, os atendimentos estavam possibilitando inúmeros resgates de vivências, *insights*, melhorias na qualidade de vida, compreensões sobre o processo de hospitalização e o adoecimento. Não podia ter morrido!

Sim, Sr. Psicólogo Hospitalar. Ele podia sim. Qualquer um de nós pode morrer a qualquer momento, sem aviso prévio e na instituição hospitalar, isso ocorre com uma frequência assustadoramente maior. Os profissionais de saúde deparam-se com situações assim várias

vezes em sua rotina, o que faz com que desenvolvam mecanismos de defesa frente o sofrimento e perda de pacientes queridos. Lidar com a morte também é uma situação muito complicada para os profissionais. O trabalho dentro da instituição hospitalar suscita sentimentos fortes, e ao mesmo tempo contraditórios, que vão desde culpa, ansiedade, compaixão, ressentimento, inveja do cuidado que é oferecido ao paciente, solidariedade, pena, angústia, respeito, preocupação, raiva, temor, dentre outros (Nogueira-Martins, 2003).

Conclusão:

Independente de sua orientação teórica é muito importante que o psicólogo esteja **inserido na equipe de profissionais** de saúde que atuam em um determinado contexto hospitalar. Tal inserção determinará que sua abordagem seja fruto de encaminhamento realizado por meio de outros profissionais junto ao paciente, fazendo com que esse conheça a função do psicólogo na equipe multiprofissional, tendo seu livre arbítrio respeitado no sentido de aceitar ou não tal abordagem.

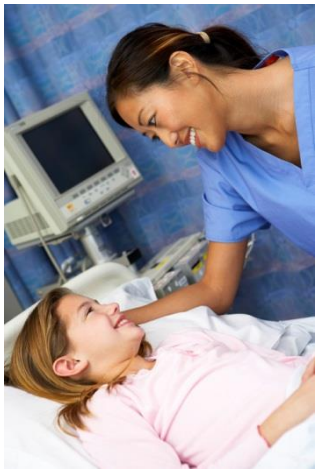
ATENÇÃO

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar não é psicoterápica dentro dos moldes do *setting* terapêutico. E, assim como a minimização do sofrimento causado pela hospitalização, também é necessário abranger as sequelas e decorrências emocionais dessa hospitalização. O processo de hospitalização deve ser compreendido não apenas como um processo de institucionalização hospitalar, mas sim como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente.

4 REAÇÕES PSICOLÓGICAS FRENTE A DOENÇA E AO ADOECER

O adoecer é encarado pelas pessoas como uma ameaça do destino. Ela modifica a relação do paciente com o mundo e consigo mesmo, desencadeando uma série de sentimentos como impotência, desesperança, desvalorização, temor, apreensão... É uma dolorosa ferida no sentimento de onipotência e de imortalidade. O indivíduo que necessita de um atendimento hospitalar, seja nos casos de ambulatório, na condição de paciente externo ou como paciente internado, sofre com as exigências, limitações ou enquadramentos que a instituição hospitalar impõe. No caso de internação, o paciente tem de abdicar da companhia dos familiares, podendo até perder a sua identidade pessoal, passando, muitas vezes, a ser um número de prontuário ou um indivíduo com tal órgão comprometido, nem sempre tratado pelo nome e de forma humanizada.

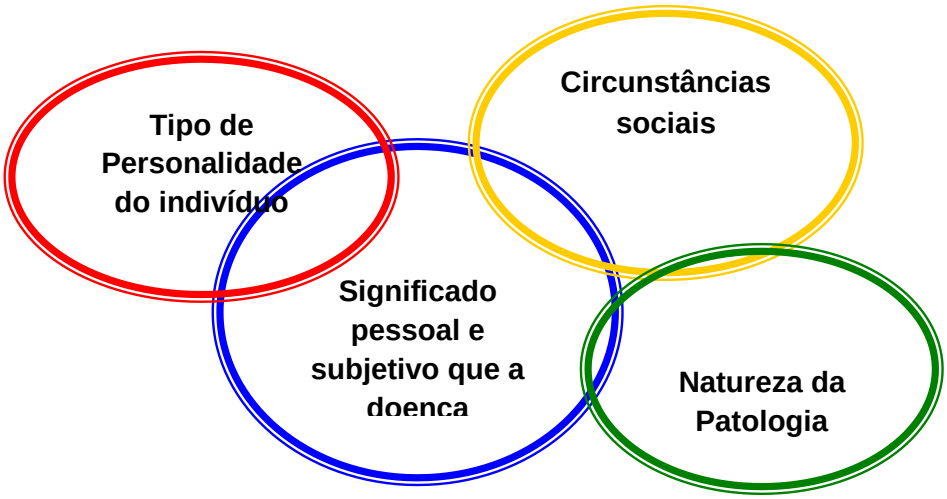
FIGURA 5



FONTE: Banco de Imagens Portal Educação.

Esse *status* de hospitalizado torna-o mais frágil. Não se encontra mais em seu *habitat* natural, sua casa. Indica, igualmente, que o seu caso requer mais cuidados. Usa roupas que não são suas, todos os seus hábitos e rotinas são quebrados, havendo também a ausência da família e dos amigos. Nessa circunstância, não é raro, sentir-se acuado. Esse será um evento que marcará sua vida. Ninguém esquece essa experiência. Os pacientes reagem diferentemente às doenças e à internação.

Os fatores que determinam respostas individuais a tais condições não são conhecidos em sua totalidade. Porém, alguns fatores parecem ser fundamentais:



Podem-se assinalar algumas características próprias ao comportamento do indivíduo enfermo:

Labilidade emocional

O paciente hospitalizado apresenta-se mais vulnerável ao choro. Algumas vezes torna-se agressivo e solicitante. O quadro de limitação, imposto pela doença ou pelas circunstâncias da doença, pode levá-lo a situações de irritação, voltadas para a equipe médica ou para a família. O doente faz isso inconscientemente, testando as pessoas para saber se seriam capazes de suportar. Quando esse quadro atinge um grau máximo, em que a equipe e familiares mal conseguem ficar perto do doente devido a essa postura agressiva, é necessário intervir com o paciente, a fim de que tome consciência do afastamento que tal atitude está provocando.

Sentimentos de Inferioridade

No período de hospitalização, experimenta-se uma série de situações extremamente desagradáveis, com as quais não estava preparado para lidar. Pode achar-se inferiorizado diante do médico, que lhe parece imponente, autoritário e distante (roupa branca, o consultório sofisticado, linguajar desconhecido). Além do mais, ter que exibir um corpo despido, doente ou mutilado torna-se uma experiência bastante constrangedora. Até mesmo vestir uma roupa

comum e padronizada. O “território” é estranho, com espaço limitado. O choque parece maior para as crianças e os idosos.

Carência Afetiva

Devido à circunstância, o paciente estará mais disponível ao afeto, ao carinho, etc. Muitas vezes é o próprio paciente que exige essa situação, desejando ser o centro das atenções. E pelo fato de estar doente, as pessoas atendem prontamente essa necessidade. Essa carência poderá ser suprida por meio de cuidados mais redobrados, na alimentação, no horário dos remédios, na proximidade física, no ouvido mais atento. Em todo caso, deve-se ter cuidado para não desenvolver a dependência.

Sentimento de Atemporalidade

Antes da internação, o que servia de referência para a vida do indivíduo era o seu trabalho, suas atividades de lazer, o momento de estar com sua família, etc. Dentro do hospital, tem-se a sensação de não saber em que data está, se é dia ou noite, se chove ou faz sol. O paciente fica acamado, impossibilitado muitas vezes de caminhar e a estrutura física do hospital não permite que essa situação seja diferente: paredes brancas, janelas fechadas, iluminação artificial, pouquíssimas vezes encontra-se um relógio na parede de um quarto de hospital.

Ganhos Secundários

Alguns pacientes acham “bom” estarem hospitalizados, pois, muitas vezes, essa é a única forma de obter atenção. São os chamados ganhos secundários, que se relacionam aos ganhos externos que a pessoa recebe em consequência da doença: mais atenção, afastamento do trabalho ou de alguém, ganhos materiais, etc.

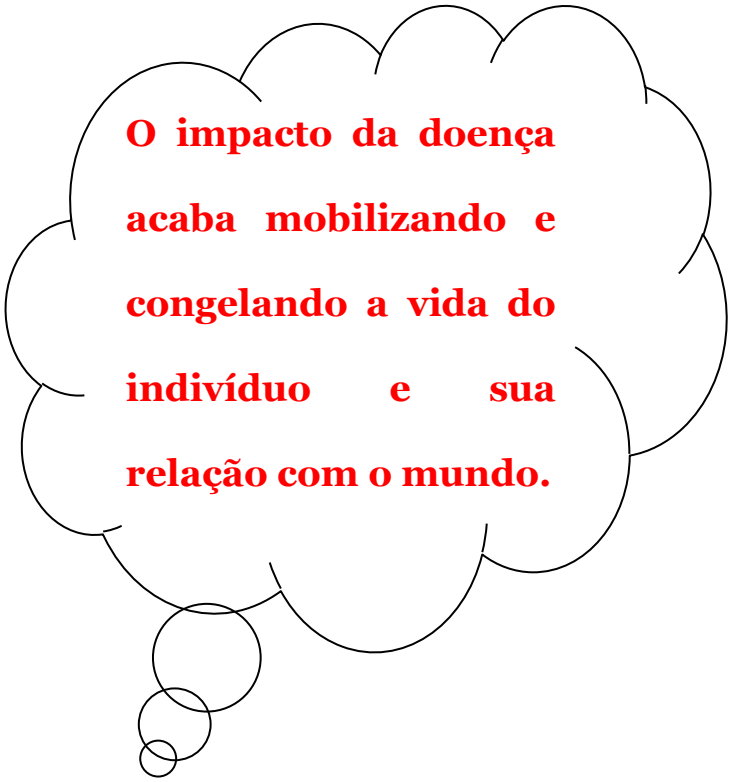
A enfermidade transforma o homem de sujeito de intenções para sujeito de

Quando o corpo está em silêncio, esquece-se dele, é como se ele estivesse ali, pronto para obedecer a qualquer comando. Crê-se que é imortal. A doença serve para lembrar de que se tem um corpo, de que se pode morrer. O sentimento de uma pessoa que se vê gravemente enferma, é de que, a partir do seu próprio corpo, deixou de ser dona de si.

A maneira de a pessoa reagir a essa situação vai depender, além do que já foi dito, de fatores de sua personalidade, sua história de vida, suas crenças, de seu estado emocional, do apoio que possa receber, etc.

Outra vivência trazida pelo adoecimento é a quebra de uma linha de continuidade da vida, das funções desempenhadas, das expectativas que se guardam sobre o dia de amanhã.

Em 1978, Strain (in Botega 2002) coloca que existem **oito categorias de estresse psicológico** a que está sujeito o paciente hospitalizado por uma doença aguda, com base nas fases psicodinâmicas do desenvolvimento:



Ameaça básica à integridade narcísica	**Ansiedade de Separação**

São atingidas as fantasias onipotentes de imortalidade, de controle sobre o próprio destino e de um corpo indestrutível.	Não só de pessoas significativas, mas de objetos, ambientes e estilos de vida.
Medo de estranhos	**Culpa e medo**
Ao entrar no hospital, o paciente coloca sua vida e seu corpo em mãos de pessoas desconhecidas, cuja competência e intenção ele desconhece.	Ideias de que a doença veio como castigo por pecados e omissões, fantasia de destruição de uma parte do corpo enferma, "traidora"
Medo da perda (ou dano) de partes do corpo	**Perda de amor e de aprovação**
Mutilações ou disfunções de membros e de órgãos que alteram o esquema corporal são perdas equivalentes à de uma pessoa muito querida.	
Medo da perda do controle	**Medo da morte, medo da dor.**
De funções adquiridas durante o desenvolvimento, como a fala, os esfíncteres, a marcha, etc.	

4.1 REAÇÕES DE AJUSTAMENTO

Essa classe de transtornos constitui-se em uma constante no ambiente hospitalar. Podem ser tomadas como uma síndrome parcial de algum transtorno específico do humor, no limite entre o normal e um transtorno de maior gravidade. O padrão mais comum de sintomas é de natureza indiferenciada, abrangendo preocupações excessivas, ansiedade, insônia e

depressão. Geralmente esses sintomas são passageiros e melhoram com o suporte psicológico e a boa comunicação. Costumam desaparecer com a recuperação da saúde e a alta hospitalar.

O fato de ter curso passageiro não significa que não seja necessário detectar e diagnosticar adequadamente esses transtornos. Nos quadros em que a sintomatologia apresenta-se de forma mais grave e prolongada, a avaliação psiquiátrica é fundamental.

No Transtorno de Ajustamento os sintomas principais são:

TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

- Humor deprimido;
- Ansiedade;
- Preocupação;
- Sentimentos de incapacidade em adaptar-se;
- Perspectivas sombrias em relação ao futuro;
- Dificuldade no desempenho de atividades diárias.

Toda doença constitui um rompimento com a vida anterior. Esse rompimento pode se dar de maneira repentina, como nas doenças orgânicas agudas, ou de maneira insidiosa, nas doenças de evolução mais lenta.

Estar doente significa estar em situação de fraqueza e de dependência. A doença representa sofrimento, limitação das possibilidades físicas e, muitas vezes, das esperanças quanto ao futuro. É ter de viver uma dependência forçada, ou seja, é depender física e moralmente do grupo social em que vive.

Após o diagnóstico de uma doença e a proposta terapêutica, leva certo tempo até que a pessoa possa se acalmar e conseguir pensar em sua vida mesmo com a doença. Essa “pausa” pode ser considerada como uma fase de luto normal, em que o indivíduo, após o impacto do diagnóstico, começa a se adaptar e a retomar sua vida de maneira satisfatória.

Claro que essa passagem entre o corpo saudável, o diagnóstico de uma doença e a adaptação à nova realidade não ocorre sem sofrimento. Para algumas pessoas de forma mais intensa, naturalmente, para outras, menos.

Toda doença desencadeia mecanismos de defesa psicológicos, com a finalidade de proteger o ego da ameaça sofrida e estabelecer um novo modo de relação com o meio e consigo mesmo.

4.2 MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO

Segundo estudiosos (Botega 2002, Angerami, 1995, Fenichel, 1981, Gauderer, 1997), os principais mecanismos de adaptação e reações encontrados em pacientes hospitalizados são os descritos abaixo.

Regressão	O paciente adota uma postura infantil, de dependência e egocentrismo. Essa reação é útil na medida em que o paciente se deixa ajudar, renuncia temporariamente às suas atividades habituais e aceita a hospitalização.
Negação	É uma defesa contra a tomada de consciência da enfermidade. Consiste na recusa total ou parcial da percepção do fato de estar doente, sendo frequentemente encontrada nas fases iniciais das doenças agudas ou de prognóstico grave.
Minimização	O paciente tenta diminuir a gravidade do seu problema.
Raiva e Culpa	Um dos primeiros alvos é o médico: o paciente questiona a validade do diagnóstico, troca inúmeras vezes de profissional, fica nervoso, desacredita do que lhe falam, muitas vezes, demonstra agressividade e coloca a “culpa” de sua doença nas outras pessoas.
Depressão	Todo paciente, independente da doença, gravidade ou prognóstico, apresenta um componente depressivo consequente à perda da saúde. Ocorre devido ao ataque à imagem corporal, à autoestima e ao sentimento de identidade pessoal. É importante ressaltar que o

	termo depressão utilizado aqui não refere-se ao Transtorno Depressivo Maior.
Rejeição	O paciente já tomou conhecimento da doença, tem certeza da sua existência, mas evita falar sobre o assunto, rejeita atividades que possam lembrá-lo de que está doente.
Pensamento Mágico	Acredita que algum ritual ou "milagre" poderá reverter o seu quadro.
Aceitação	Permanente tentativa de buscar uma "convivência razoável" com a doença. Não significa uma aceitação passiva nem uma submissão à doença, mas sim que a reação depressiva provocada pela doença pode ser elaborada e controlada pelo paciente. Ele acaba encontrando formas de lidar com a situação, aprendendo a conviver com as limitações.

É de fundamental importância que todas as fases sejam respeitadas pelos profissionais e cabe ao psicólogo identificar tais reações e possibilitar à equipe médica condições para que saibam a melhor forma de lidar com aquele doente.

5 DIFERENTES CONTEXTOS DE ATUAÇÃO E INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO HOSPITAL GERAL

Dando continuidade ao Módulo I, que tratou dos primórdios da Psicologia no ambiente hospitalar, descreveu os principais objetivos do profissional e também as reações psicológicas vivenciadas pelos pacientes hospitalizados, cabe agora definir claramente os contextos de atuação do psicólogo hospitalar, além de discutir os tipos de intervenção que podem ser realizadas na instituição.

5.1 INTRODUÇÃO

A atuação do psicólogo na clínica privada, atendendo a uma clientela economicamente mais favorecida, assim como sua inserção nos ambulatórios e hospitais de saúde mental,

mesmo que muitas vezes subordinada aos moldes da psiquiatria, já é prática estabelecida. Aliás, é para esse tipo de atuação, principalmente, que se volta a formação do psicólogo.

> A graduação em Psicologia enfatiza o modelo psicodinâmico e suas aplicações clínicas na área da saúde mental deixando de lado as temáticas relacionadas à saúde pública.

> Os debates acerca dos aspectos políticos, sociais e econômicos ficam completamente fora das discussões acadêmicas, não havendo possibilidade de ingressar num contexto mais amplo e complexo, que é fundamental para a prática do psicólogo no hospital geral.

As instituições de saúde constituem um novo campo de trabalho para o psicólogo por duas razões principais:

- Pela proposta de atenção integral à saúde;
- Pela crise enfrentada pelas clínicas privadas.

A abertura do mercado para o trabalho nessas instituições faz com que o profissional ingresse na área, sem mesmo estar preparado para tal, sem uma reflexão mais profunda sobre as particularidades desse campo de atuação. Para contribuir, os cursos de graduação em Psicologia não dão ênfase ao atendimento em saúde pública, enfatizando a prática clínica convencional.

O profissional acaba se inserindo em uma equipe de saúde, completamente marcada pela hierarquia do saber médico, tentando transpor para sua prática o modelo clínico aprendido na graduação, sem a compreensão da complexidade do campo da saúde no Brasil.

Segundo Spink (1992), a atuação do psicólogo no hospital geral é mais do que um novo campo de trabalho, apontando para a emergência de um novo campo de saber e, consequentemente, a necessidade de novas técnicas.

O atendimento individual, clínico, priorizado na graduação, é substituído pelas ações integradas com a equipe.

Além disso, pode-se perceber que a Psicologia vem superando desafios dia a dia. Os novos espaços de atuação exigem ações específicas por parte dos profissionais. A Psicologia da Saúde surge a partir da necessidade de promover e de pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social. Os crescentes custos dos serviços de saúde têm colocado em evidência a importância da educação sobre práticas saudáveis e políticas de prevenção que permitem, dentre outras coisas:

- Intervenção global;
- Aumento dos índices de adesão a tratamentos;
- Redução do impacto da doença sobre o funcionamento global do indivíduo.

O atendimento na rede pública de saúde levanta ainda outras questões que devem ser consideradas pelo psicólogo, como o nível socioeconômico da clientela atendida. As pessoas que buscam atendimento na rede pública de atenção à saúde estão, na maioria das vezes, inseridas em um universo sociocultural diferente daquele vivido por quem os atende. Um exemplo dessa diferença pode ser observado quando são questionados pelos profissionais sobre seus sintomas, os pacientes fornecem explicações baseadas na sua própria cultura, juntando-se ao que já obteve de informação de outros profissionais, em uma tentativa de dar sentido à experiência vivida. Muitas vezes, esse discurso é visto como ignorância pelo médico, dificultando a comunicação entre ambos.

Reforçando esse desencontro, a utilização que o médico faz de uma linguagem própria cria uma barreira linguística que impede que o paciente compreenda o que se passa com seu próprio corpo e que se estabeleça uma relação de cooperação. Além disso, muitos pacientes não sabem qual o papel do psicólogo naquele contexto, não compreendem a necessidade de conversar com um profissional que trata de “loucos”, na maioria das vezes, tudo é muito confuso para ele, que desconhece os procedimentos, os nomes usados, o que faz cada profissional, etc.

Sendo assim, o psicólogo ao integrar a equipe de saúde, deve favorecer o funcionamento interdisciplinar, facilitando a comunicação entre seus membros. Seu trabalho com

o paciente é bastante específico, atuando de forma situacional, no sentido não só da resolução de conflitos, mas também da promoção de saúde.

5.2 PSICÓLOGO CLÍNICO X PSICÓLOGO HOSPITALAR

Mais uma vez, é preciso que fique bem claro a diferença entre o psicólogo clínico daquele que atua em hospitais. A Psicologia Hospitalar é completamente dirigida aos pacientes internados no hospital, sem deixar de se estender aos ambulatórios e familiares, levando em consideração as questões emergenciais decorrentes da doença e hospitalização, do processo do adoecer e do sofrimento causado por elas, visando minimizar a dor emocional do paciente e de sua família.

Basicamente, o que os diferencia é a forma de atuação, uma vez que agem em contextos diferentes.

FATOR	PSICOLOGIA CLÍNICA	PSICOLOGIA HOSPITALAR
PACIENTE	Ele procura o psicólogo.	É procurado pelo psicólogo.
SETTING	Há o estabelecimento preciso de horário, duração da sessão, reposições de faltas, ausência de interrupções.	Não se pode estabelecer horário de atendimento, nem garantir que não serão interrompidos, pois é bastante comum que outros profissionais abordem o paciente para aplicar medicação, levar para exames, fazer avaliação, etc. Não há um espaço privado para o atendimento.
RELAÇÃO	Somente paciente e terapeuta tem interferência nessa relação.	Além do paciente e do psicólogo, há que se considerarem os fatores institucionais, a presença da família, a relação com toda a equipe, etc.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO	Pode ser estabelecida ou não, dependendo de cada paciente.	A duração está completamente condicionada ao tempo de internação.
ABORDAGEM	A abordagem terapêutica dependerá da formação e estilo do psicólogo.	A abordagem precisa ser a mais diversificada possível, atendendo sempre às necessidades do paciente.
MORTE	Não é tão iminente nesse contexto.	Toda doença é uma ameaça à vida, e nesse contexto hospitalar, os atendimentos serão pautados por questões de morte, finitude, etc.

5.3 NÍVEIS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Os tipos de intervenção que o psicólogo poderá realizar no ambiente hospitalar podem ser apresentados de três formas: PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA e TERCIÁRIA.

5.3.1 Primária

É o tipo de intervenção que visa, sobretudo, a EDUCAÇÃO e PREVENÇÃO, ou seja, o objetivo principal é evitar que a patologia se instale. Isso pode ser feito por meio de campanhas, grupos, cursos, palestras e debates, feitos diretamente com o sujeito adoecido ou envolvendo membros da comunidade escolhidos para serem os multiplicadores deste trabalho e conhecimento junto aos demais ramos da sociedade. Nesse tipo de trabalho, o psicólogo atua na elaboração, administração e coordenação das atividades, enfatizando os aspectos relacionados à emoção, afetos, aspectos cognitivos, influências inconscientes, dinâmicas do grupo, autoestima, ansiedade, medos e influências sociais e psicológicas das doenças em questão, sempre buscando uma forma de se refletir sobre a prevenção.

De maneira geral (não somente em âmbito hospitalar), o psicólogo atuando na atenção primária, pode realizar atividades nas seguintes linhas, como exemplos:

- Orientação a gestantes;
- Planejamento familiar;
- Orientação à terceira idade;
- Orientação a adolescentes;
- Acompanhamento do desenvolvimento infantil;
- Acompanhamento aos pacientes dos programas de saúde em problemas específicos, como pacientes hipertensos, oncológicos, diabéticos, hansenianos, soropositivos, etc.

A atenção primária à saúde requer uma postura diferenciada por parte do psicólogo, pois este não atuará diretamente com as patologias instaladas, atuando com o objetivo de evitar a necessidade de atendimentos em ambulatório e hospitalares.

5.3.2 Secundária

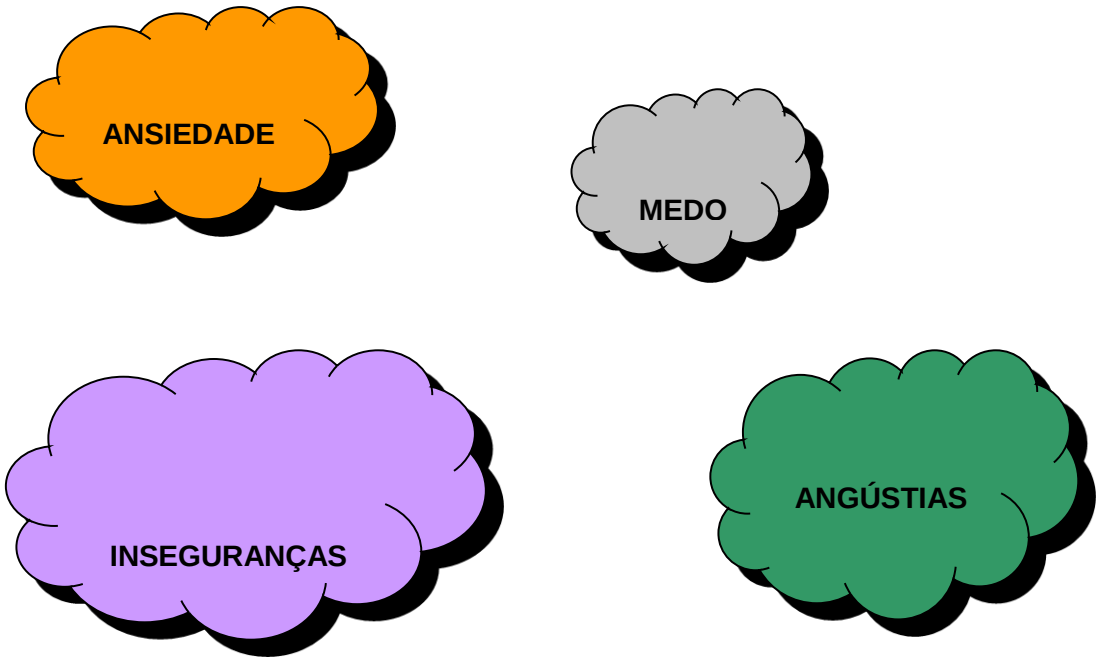
A atenção secundária desenvolvida no hospital geral é aquela voltada para os atendimentos ambulatoriais de diversos sintomas e doenças do sujeito que procura a instituição hospitalar. Ele faz parte daquele grupo de pessoas que, embora recorram com certa frequência aos serviços específicos de saúde no hospital, não ficam necessariamente internados.

Nessa abordagem, o psicólogo acompanha o paciente nas suas questões afetivas e emocionais, que estão diretamente relacionadas à doença e ao tratamento. Aproxima-se do atendimento em consultório, pois há o estabelecimento de horário, tempo, duração, etc.

Ocorre também do paciente ter sido atendido pelo psicólogo durante o período de internação e encaminhado posteriormente ao ambulatório, dependendo da necessidade de acompanhamento psicoterápico após a hospitalização.

5.3.3 Terciária

A intervenção em nível terciário se dá em condições urgentes, intensivas e totalitárias, durante o período de hospitalização. Nesse sentido, o psicólogo entra em contato direto com o paciente e suas questões relacionadas ao período de hospitalização:



Juntamente com a equipe multidisciplinar, atua diretamente com o paciente, esclarecendo as dúvidas a respeito da doença e seus aspectos emocionais, auxiliando no processo de adaptação à rotina hospitalar, evitando níveis de estresse ou desgastes desnecessários.

Paralelamente, o psicólogo atua no sentido de levar o paciente a assumir as responsabilidades no seu processo de recuperação e resgate da saúde, além de auxiliar no movimento de saída da postura de paciente para ser um agente ativo frente ao tratamento.

5.4 PRIMEIROS PASSOS NO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DENTRO DO HOSPITAL

É bastante comum o profissional de Psicologia não saber o que fazer dentro do ambiente hospitalar. Têm inúmeras dúvidas, os conhecimentos adquiridos muitas vezes são completamente estranhos àquela situação, têm pouca ou nenhuma experiência na área da saúde, desconhece a linguagem utilizada, os procedimentos, a rotina hospitalar, sente-se como se estivesse caminhando no escuro.

De maneira geral, é fundamental que o psicólogo que deseja atuar na área hospitalar tenha algum conhecimento sobre tal campo por meio de cursos ou estágios realizados, para que possa se familiarizar com os conceitos e terminologias usadas.

Independente do local de atuação dentro do hospital (ambulatório, enfermarias, UTI), é imprescindível que o psicólogo se norteie por alguns caminhos que facilitarão suas atividades na instituição:

1º: Apresentação pessoal

Antes de qualquer coisa, o profissional deve ser apresentado à equipe da instituição, ou pelo menos àquela que trabalhará mais diretamente com ele, para que se estabeleça um contato e consequentemente a interdisciplinaridade. Essa primeira apresentação é muito importante para que os outros profissionais saibam que naquele setor existe um psicólogo e possa encaminhar aqueles casos que julgarem necessários, além de esclarecer dúvidas e trocar possíveis informações sobre o estado do paciente.

É fundamental que o psicólogo se apresente aos pacientes internados e se faça conhecer no setor, dizendo seu nome, o que faz o profissional de Psicologia, horários em que poderá ser encontrado, colocando-se à disposição para conversar com cada um individualmente. É importante deixar claro para os pacientes que o psicólogo faz parte da equipe do hospital, assim como qualquer outro profissional.

2º: Local de Atuação

Para que o psicólogo não fique "perdido" em meio a tantas informações novas, é importante que ele conheça bem o local onde está atuando. Nos primeiros dias, recomenda-se que o profissional se familiarize com as rotinas do setor, horários, procedimentos, etc. Uma das melhores formas de se fazer isso é por meio da OBSERVAÇÂO e TROCA DE INFORMAÇÕES com a equipe. A equipe de enfermagem geralmente é quem mais tem contato com o paciente e pode ser uma fonte muito rica para se obtiver informações relevantes sobre os doentes.

Independente do local onde esteja o paciente, se em enfermaria, ambulatório ou UTI, o profissional deve se informar sobre o estado geral do paciente, que pode ser obtido também por meio do Prontuário Médico.

3º: Prontuário Médico

"O prontuário médico é constituído de um conjunto de documentos padronizados, contendo informações geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada a ele, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a

comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo". (Conselho Federal de Medicina, 2002).

Nessa compilação de documentos, consta:

- Formulários com dados de identificação do paciente;
- Folha de anamnese e exame físico;
- Evolução diária e prescrição médica;
- Evolução e prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes (fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, etc.);
- Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultrassonográficos e outros) e seus respectivos resultados, normalmente colocados em ordem cronológica;
- Formulário de descrição cirúrgica;
- Anestesia – ficha de avaliação pré-anestésica, ficha de anestesia, ficha da sala de recuperação pós-anestésica;
- Formulário de débitos do centro cirúrgico ou obstétrico (gastos de sala);
- Formulários de interconsultas (quando há necessidade de consultar médico de outra especialidade);
- Resumo de alta;

- Outros (atendimento ambulatorial ou de urgência – devem ser anexados e arquivados juntamente com o prontuário médico; formulário da Comissão de Controle da Infecção Hospitalar - CCIH).

Por meio da consulta atenta ao prontuário, podem-se obter inúmeras informações importantes para o profissional, no entanto, o psicólogo deve observar que os seguintes dados serão norteadores do atendimento:

O diagnóstico da doença do paciente é fundamental, tanto para a condução do tratamento quanto para o atendimento psicológico. Os indivíduos reagem de maneiras diferentes a um diagnóstico de infecção renal (que será tratada e curada) e um diagnóstico de câncer, por exemplo. Vai depender das informações que o indivíduo tem sobre a patologia, experiências anteriores com a mesma (casos na família, amigos), fantasias sobre a mesma, etc.

A causa pela qual o paciente foi internado deve ser averiguada a fim de compreender em quais circunstâncias ele se encontrava antes: se foi internado às pressas, por causa de um

mal-estar repentino, ou se já estava doente há algum tempo e relutou a procurar o hospital, se está internado para dar continuidade a algum tratamento, etc.

O prognóstico é a previsão que se tem sobre a evolução da doença. Essa observação faz-se necessária para que o próprio psicólogo tenha em mente a gravidade de cada paciente.

A informação sobre o tempo de internação é no sentido de conhecer o nível de estresse e ansiedade em que se e encontra o paciente, considerando que longos períodos de hospitalização geram consequências psicológicas muito importantes. É fundamental também para que se estabeleça uma estratégia de atendimento. Em casos em que a internação é longa e exista demanda por parte do paciente, pode-se programar um trabalho mais intenso e diário do que uma internação de curta duração, onde muitas vezes não se sabe quando o paciente terá alta, e o psicólogo acaba não alcançando os objetivos do atendimento se não tiver um tempo aproximado de contato com esse doente.

Dependendo do estado de saúde do paciente, este pode requerer cuidados especiais no atendimento. Alguns doentes precisam de auxílio de aparelhos respiratórios, ou podem estar com dificuldades de fala, locomoção, ou até mesmo alguma alteração psíquica influenciada por medicamentos. Medicamentos psicotrópicos são aqueles que agem diretamente no cérebro, alterando de alguma forma o funcionamento psíquico do paciente e seu comportamento.

A observação do uso desse medicamento pelo paciente pode dizer muitas coisas do estado do paciente. Ele pode estar com essa medicação para regulação do ciclo sono – vigília, provavelmente desestabilizado pela internação; pode ter apresentado quadro de ansiedade ou apatia devido a inúmeros motivos. Portanto, faz-se necessário a observação atenta desse tipo de medicação na prescrição do doente.

4º: Reuniões de equipe

As reuniões onde os médicos e demais membros da equipe se encontram para discutir os casos clínicos são importantíssimas para o acompanhamento da evolução dos pacientes, bem como traçar condutas clínicas e terapêuticas para a condução de cada caso. Como profissional integrante da equipe médica, o psicólogo deve participar, sempre que possível, das reuniões multidisciplinares. Cada profissional contribui com sua área, dando orientações, prestando esclarecimentos e solicitando informações mais específicas a respeito do que se quer saber sobre o estado geral do paciente.

A convivência dos profissionais de saúde mental com colegas de outras especialidades tem proporcionado uma rica integração de conhecimentos na *interface* entre os distúrbios orgânicos e as manifestações psíquicas. Por isso, é fundamental que a participação nessas reuniões seja quase obrigatória aos profissionais que assistem o doente.

Para o psicólogo iniciante, é uma ótima oportunidade de se apresentar à equipe, além de poder conhecer todos os pacientes, suas doenças, evolução, tratamentos e ir se familiarizando com os termos técnicos, procedimentos de rotina e linguajar médico.

5.5 CONTEXTOS DE ATUAÇÃO

5.5.1 Enfermarias

Geralmente, o primeiro contato do psicólogo com os pacientes internados acontece nas enfermarias. Esse espaço hospitalar se diferencia de todos os outros nos quais o psicólogo trabalha: o espaço físico é tumultuado, o hospital em si é de domínio da Medicina (os donos da casa são os médicos) e o ambiente das enfermarias é extremamente dinâmico, muitas vezes, os pacientes relatam frieza nos contatos com a equipe e são chamados pelo número de seus leitos ou pelo nome de suas patologias. Obviamente, algumas instituições já estão visivelmente preocupadas com a questão da humanização hospitalar e estabelecem estratégias de intervenção para que esse ambiente seja o mais aconchegante possível. Porém, de forma geral, as enfermarias têm as seguintes características:

- Vários quartos sendo grandes e com vários leitos cada um deles;
- Praticamente não há privacidade;
- Profissionais de todas as especialidades entrando e saindo, a qualquer hora;
- O paciente perde sua rotina de sono, alimentação, contato com familiares, etc.

As enfermarias podem ser específicas para certas patologias (como as enfermarias oncológicas ou infectocontagiosas) ou podem ser mistas, abrangendo patologias diversas.

O atendimento psicológico nesse local é realizado por meio de duas maneiras: ou o psicólogo responsável pela enfermaria acompanha todos os pacientes, fazendo uma triagem posterior daqueles que possivelmente necessitam de um atendimento mais individualizado, ou é

chamado para atender um paciente em específico, por solicitação de outro profissional. Em ambos os casos, o psicólogo aborda o paciente, muitas vezes, sem que ele mesmo saiba o motivo ou o papel do psicólogo dentro de um hospital. É fundamental que o profissional se atente para esse detalhe, informando sempre o porquê da sua presença naquele momento.

Esse início de atendimento é fundamental para abranger:

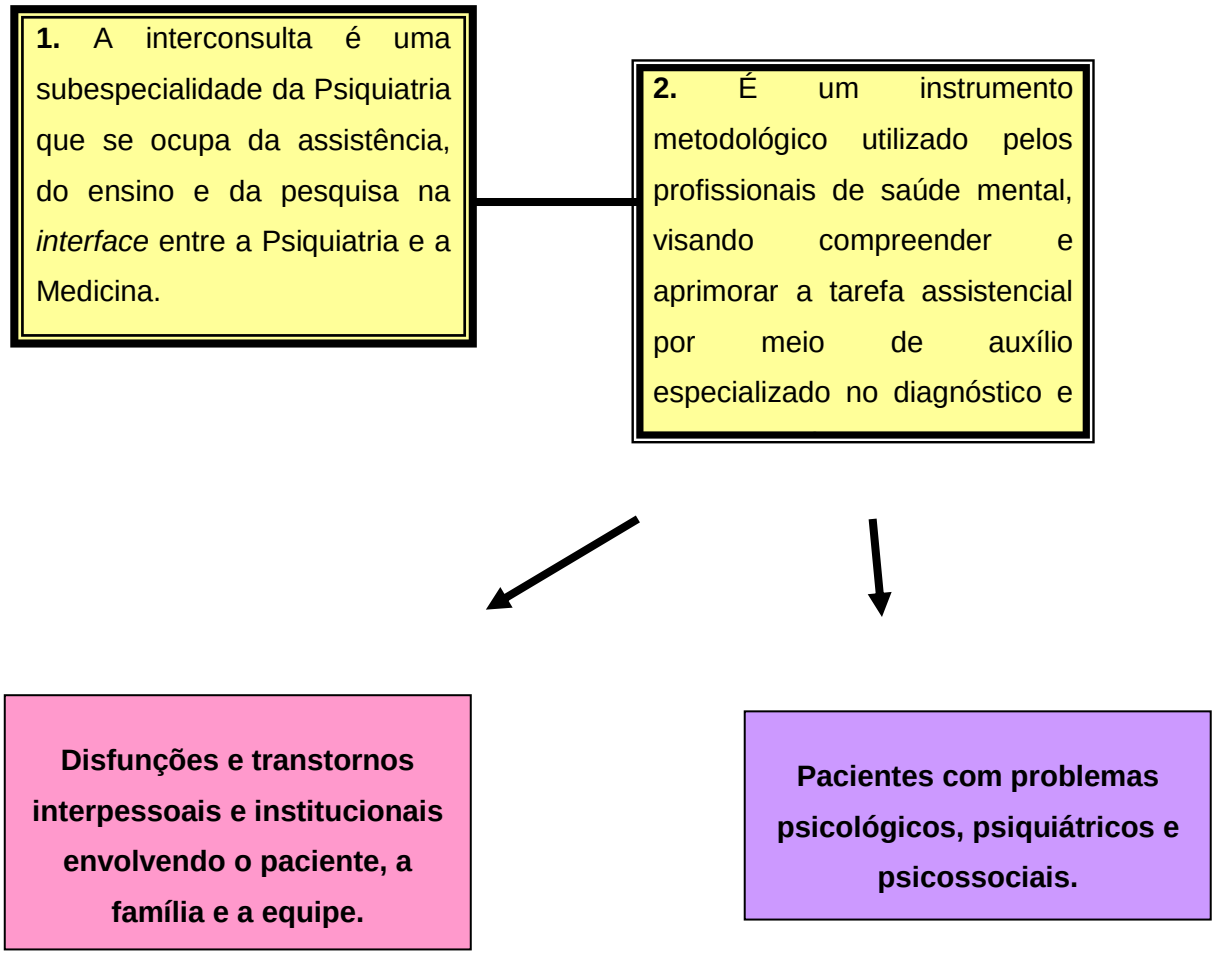
- O motivo pelo qual o psicólogo está ali (acompanha todos os pacientes da enfermaria);
- Saber qual o nível de conhecimento que a paciente tem sobre o papel do psicólogo.

Após esse breve início, o psicólogo pode conduzir sua entrevista e avaliação, formalizando o vínculo com o paciente e traçando um plano de atendimento:

Estabelecido o vínculo, o psicólogo passará a atender esse paciente no leito, ou seja, em um *setting* completamente diferente do consultório. Muitas vezes, será interrompido por outro profissional (e isso é bastante comum), não devendo levar essa questão para o lado pessoal. Deve compreender que a rotina do hospital é extremamente dinâmica e que adequações são necessárias. É necessário que seja flexível e ter "jogo de cintura" para lidar com as situações corriqueiras no hospital.

5.5.2 Interconsulta

A interconsulta é um importante instrumento metodológico utilizado pela Psiquiatria e Psicologia no atendimento a pacientes hospitalizados. Há diferentes conceituações sobre as atividades em interconsulta e, para Nogueira – Martins e Botega (1998) pode ser definida da seguinte forma:



O objetivo principal da interconsulta é melhorar a qualidade da atenção ao paciente, auxiliando na provisão de cuidados a todos os aspectos envolvidos na situação de estar doente e hospitalizado. Dessa forma, o trabalho em interconsulta psiquiátrica e psicológica no hospital geral se transforma em benefícios para os pacientes, para o próprio hospital e também para a comunidade, uma vez que há a diminuição do tempo de hospitalização, redução do uso de serviços médicos e consequentemente, queda dos custos hospitalares.

A maior parte das interconsultas realizadas por psiquiatras e psicólogos é solicitada pelas especialidades da clínica médica. Na maioria das vezes, o profissional é chamado nos seguintes casos:

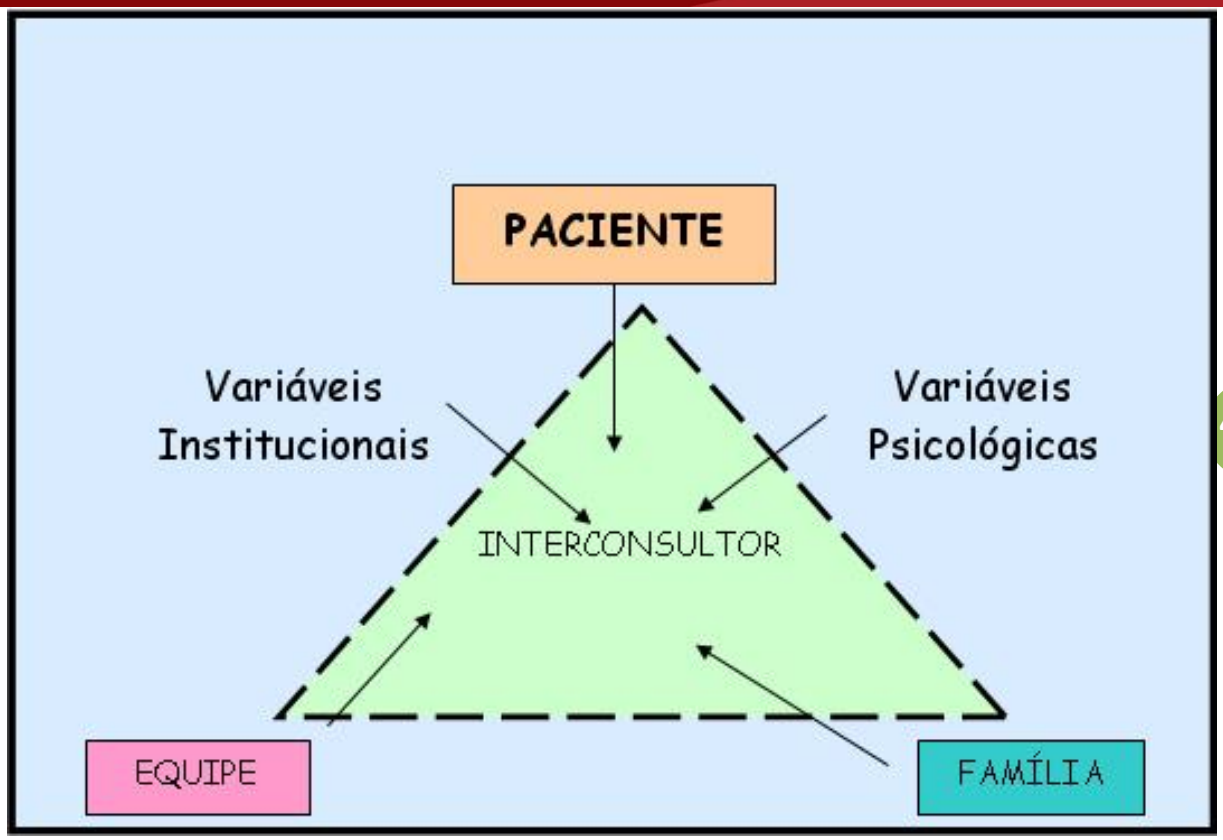
- Para avaliar o quadro mental do paciente;

- Colaborar no diagnóstico diferencial, ou seja, distinguir entre causa orgânica ou psíquica;
- Atender a casos de tentativas de suicídio;
- Oferecer apoio psicológico para a equipe;
- Oferecer apoio psicológico aos pacientes submetidos a procedimentos traumatizantes (amputações ou grandes cirurgias);
- Inadequação do paciente ao tratamento;
- Avaliação da capacidade do paciente recusar os procedimentos;
- Comunicações dolorosas;
- História pregressa de transtorno mental.

Dessa maneira, o profissional de saúde mental deve estar apto a atender às demandas do hospital geral, de forma que possa prestar assistência ao paciente, à sua família e à equipe médica.

5.5.2.1 Técnicas de Interconsulta

A interconsulta é um instrumento fundamental no atendimento aos pacientes hospitalizados. Uma de suas principais características é a natureza aguda e dinâmica dos problemas encontrados no hospital geral. Além dos aspectos relacionados ao doente, o psiquiatra ou psicólogo acaba lidando com as variáveis psicológicas e institucionais que modulam a relação entre os membros da equipe médica, bem como dessa relação com o paciente e seus familiares.



É de fundamental importância que o interconsultor se atente para os seguintes pontos:

- Doença orgânica do paciente e seu tratamento;
- Técnicas de atendimento;
- Comunicação com a equipe assistencial.

Uma interconsulta não produz bons resultados se não forem levados em consideração os aspectos citados. O profissional deve conhecer a doença do paciente, os tratamentos utilizados, deve também utilizar técnicas de atendimento apropriadas para a situação de hospitalização, além de estabelecer a melhor comunicação possível com a equipe médica, a fim de coletar as informações necessárias e estabelecer o planejamento terapêutico.

5.5.2.2 Etapas da Interconsulta

1º O PEDIDO DE INTERCONSULTA

A solicitação de atendimento psicológico ou psiquiátrico normalmente tem, como principal característica, a urgência de quem solicita. O médico que encaminha um paciente para avaliação da Psiquiatra ou Psicologia espera que esse profissional apresente um parecer sobre o doente, orientando os assistentes na tomada de decisões acerca do caso em questão.

Por isso, é muito importante para o bom desenvolvimento dos trabalhos em equipe, além do melhor atendimento ao paciente, que os pedidos de interconsulta sejam atendidos com a maior brevidade possível.

O texto escrito pelo médico solicitando um parecer deve ser lido atentamente, pois a partir dele já se podem observar aspectos relacionados ao caso, como a ansiedade do médico, possíveis dificuldades do paciente em relação à equipe, problemas familiares, etc.

A forma como o pedido de interconsulta vem redigido fornece as primeiras pressuposições sobre a situação clínica, a qual será objeto de avaliação.

2º A ENTREVISTA AMPLIADA

Após a primeira leitura e avaliação do pedido de interconsulta, o próximo passo é realizar a Entrevista, que será chamada aqui de ENTREVISTA AMPLIADA, pois, além do contato com o paciente, envolve fundamentalmente uma conversa com o médico que solicitou atendimento. Nesse primeiro contato com o médico podem-se esclarecer possíveis dúvidas que tenham surgido na compreensão do pedido redigido, por exemplo, o que ele quis dizer com o termo “ideias delirantes” ou “alucinações”. Deve-se observar também o distanciamento afetivo que o médico mantém em relação ao seu paciente, as preocupações, sentimentos e reações da equipe que possam interferir na tarefa de cuidar do doente, analisar que tipo de relação se estabelece entre a equipe, o doente e seus familiares e, por fim, observar como está o ambiente da enfermaria. Duas perguntas são peças chaves nesse processo:

POR QUE A INTERCONSULTA FOI SOLICITADA?

O QUE SE ESPERA DE MIM?

> “Tanto o médico quanto o paciente terão maior chance de serem atendidos em suas necessidades se o interconsultor puder precisar o tipo de ajuda que cada um espera receber” (Botega 2002, p. 98)

As respostas podem ser obtidas antes de ver o doente, outras acabarão se agregando com o desenrolar do atendimento, possibilitando assim a formulação de um diagnóstico situacional. Deve-se questionar com o médico se o paciente deverá ser visto por um psicólogo ou Psiquiatra, e caso não tenha sido informado, é importante explicar que o paciente tem a chance de conversar com seu médico sobre o motivo pelo qual ele acha necessária a intervenção de um profissional de saúde mental.

Na entrevista ampliada, é importante ouvir os outros membros da equipe médica e, se necessário, os pacientes do leito ao lado. Esses podem, sem dúvida, fornecer importantes informações sobre o comportamento do doente.

A equipe de enfermagem deve SEMPRE ser ouvida, pois convivem mais com o paciente, têm uma visão mais ampla sobre a problemática e podem fornecer informações valiosas para o interconsultor.

O prontuário médico deve ser lido atentamente, observando as anotações dos médicos e da equipe de enfermagem, bem como de outros profissionais que estão acompanhando o paciente. Esse trabalho com o prontuário deve ser feito com a máxima atenção possível. Além de rever a história da doença, evolução do tratamento, resultado de exames, internações anteriores, podem ser encontradas anotações sobre o humor do doente, se recebeu visitas, alimentou-se ou se recusou alguma medicação, etc. Se o interconsultor julgar necessário, deve-se convocar a família para obter mais detalhes sobre a história pessoal do paciente ou qualquer outra informação que puder contribuir.

É exatamente essa a função do interconsultor: coletar informações de fontes variadas, com o objetivo de estabelecer um diagnóstico e a melhor conduta possível para cada caso.

IMPORTANTE: não se deve nunca descartar a possibilidade do paciente apresentar algum distúrbio orgânico que não foi diagnosticado, interferindo assim no quadro sintomatológico do paciente. Se essa suspeita for levantada, deve-se discutir com o médico sobre a questão.

3º A AVALIAÇÃO DO PACIENTE

Após o primeiro contato com o médico assistente, a leitura do prontuário e diálogo com a equipe que cuida do paciente, passa-se então à avaliação do mesmo, que deve ser a mais completa possível, levando em consideração o ambiente em que a relação se desenvolve.

É importante lembrar que o interconsultor deve sim buscar informações sobre a história de vida do doente, porém não deve se esquecer de que alguns aspectos mais profundos e íntimos da vida do paciente só serão relatados em algumas situações, principalmente se houver continuidade na relação terapêutica. O próximo capítulo tratará exclusivamente da avaliação do doente internado, discutindo as técnicas de entrevista e avaliação, além do exame psíquico.

4º DIANGÓSTICO

A partir das informações obtidas, o interconsultor deve formular um diagnóstico situacional, considerando todos os elementos da tríade médico – psicólogo – paciente.

Conforme Botega (2002), o diagnóstico deve abranger as seguintes dimensões:

- MOTIVO DA INTERCONSULTA (situação do paciente, relação médico – paciente, conflitos na equipe, relacionamento com a família, problemas situacionais);
- CONDIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE (motivo e tempo de internação, tratamento, resposta ao tratamento);
- RELAÇÃO MÉDICO – PACIENTE (empatia, distanciamento afetivo, comunicação, confiança, colaboração recíproca);
- IMPACTO DA DOENÇA E DA HOSPITALIZAÇÃO (atividades cotidianas, vida pessoal, social, profissional, aspectos da personalidade, mecanismos de defesa, mecanismos de enfrentamento, atitudes e expectativas, adesão ao tratamento);
- SISTEMA DE APOIO SOCIAL (família, amigos, condições de moradia, trabalho, plano de saúde, condições econômicas, etc.);
- ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS (ambiente social, amizades, vida íntima, família, moradia, finanças, trabalho, problemas com a justiça, etc.);
- Todos esses aspectos devem ser analisados e, a partir disso, o interconsultor deve formular um diagnóstico psicológico (psiquiátrico) e a formulação psicodinâmica.

O diagnóstico situacional deve ser capaz de ampliar a visão do interconsultor (e também da equipe) sobre a situação de vida do paciente, da forma como ele lida com a doença e o momento de hospitalização, de como se encontram as relações estabelecidas entre o paciente e as pessoas que com ele convivem. O interconsultor deve levar em consideração a capacidade e disponibilidade da equipe de prover alguma forma de intervenção psicoterapêutica, pois muitas vezes há dificuldades em se lidar com um paciente que apresenta transtorno mental.

5º DEVOLUÇÃO DA INFORMAÇÃO

Após ter avaliado o paciente, o interconsultor deve informar ao médico sobre sua impressão diagnóstica e, se necessário, os outros membros da equipe também. A formulação diagnóstica e o plano de tratamento precisam ficar muito claros para o médico e a equipe.

O paciente também deve ser comunicado e antes de lhe transmitir o resultado da avaliação psicológica, é necessário conversar com o médico, com o objetivo de chegarem a um consenso e não confundirem o paciente e sua família com opiniões e posturas diferentes.

6º REGISTRO EM PRONTUÁRIO

O psicólogo, após ter chegado a um diagnóstico do caso, traçado um planejamento terapêutico e conversado sobre suas percepções com o médico assistente, deverá registrar o atendimento no prontuário do paciente. Essas anotações devem ser claras, concisas e coerentes, evitando jargões, lembrando sempre que o prontuário tem importância legal e, além do registro pessoal de cada profissional que atende o paciente, deve ser tomado como um documento que poderá ser analisado por terceiros.

No registro em prontuário, deve constar:

- Razão específica pela qual o médico assistente solicitou o atendimento;
- História pregressa da moléstia atual;
- Antecedentes psiquiátricos;
- Manifestações psiquiátricas atual;
- Exame do estado mental;
- Recomendações para casos específicos (como em casos de suicídio ou conduta agressiva);
- Orientações de como proceder com situações críticas, caso necessário.

NÃO DEVE CONSTAR NO PRONTUÁRIO:

- Anotações sobre revelações íntimas do paciente ou de sua família;

- Formulações psicodinâmicas detalhadas. É recomendado que se escreva determinada verbalização do paciente e seu comportamento com o mínimo de interpretação possível.

5.5.3 Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva – UTI é considerado um dos locais mais temidos pelos pacientes e, ao mesmo tempo, representa um grande avanço tecnológico para a Medicina. Os doentes internados na UTI contam com um tipo de atendimento técnico e aprimorado capaz de impedir a morte dos doentes e manter a sobrevivência nos casos em que isso seria impossível alguns anos atrás.

A UTI é dirigida aos pacientes que apresentam uma ampla variedade de patologias, com comprometimento sistêmico do organismo, colocando em risco a vida do doente. Sendo assim, o ambiente da UTI é bastante complexo, os serviços constantes e ininterruptos na UTI são relatados como estressantes e causadores de alterações psicopatológicas para a equipe de saúde, o paciente e sua família.

Os principais fatores geradores de impacto estão relacionados às constantes privações pelas quais passa o paciente internado na UTI, bem como ao ambiente complexo e cheio de maquinários estranhos ao paciente:

- Superestimulação sensorial (luzes acesas constantemente, ruídos da equipe assistencial 24 horas por dia, etc.);
- Sede;
- Abstinência de alimentos “comuns”;
- Dores;
- Alimentação por endovenosa (pelas veias) ou nasoenteral (pelas narinas),
- Respiração artificial;
- Monitores cardíacos e suas sinalizações;
- Cateteres;

- Superlotação de equipamentos;
- Procedimentos invasivos;
- Imobilização do paciente ao leito.

Somado a essas questões, a internação em uma UTI causa no paciente uma perda de conexão com o mundo externo, concretizando a gravidade de sua doença e o aproximando da morte. Tudo isso pode gerar momentos de muita angústia no paciente e em sua família.

Todos esses aspectos por si só justificam a presença do psicólogo na UTI.

O paciente internado nesta unidade apresenta um quadro clínico especialmente grave e, além disso, está submetido a ansiedades relacionadas à dor, sofrimento, medo de solidão e medo de morrer.

Sendo assim, a UTI pode ser considerada um fator precipitante de problemas psicológicos e psiquiátricos. Dessa maneira, é fundamental que o psicólogo atue de forma a minimizar a probabilidade de que um quadro psicopatológico se instale no paciente.

É comum que quadros como depressão, ansiedade, estresse e delírio surjam nos pacientes internados na UTI, pelo próprio ambiente físico em que se encontram.

O paciente é mantido em estado de sedação e quando está no período de recuperação da consciência, muitas vezes, não encontra referências externas que possam localizá-lo em relação ao tempo e espaço. Isso gera ansiedade no paciente e na família que, se não orientada, pode criar fantasias sobre o estado do doente, acreditando que este está “louco”, “desorientado”, sendo que tudo isso pode ter sido causado pelas fortes medicações utilizadas na UTI e também pela ausência dessas referências mencionadas.

A atuação do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva pode ser pensada a partir dos principais quadros psicopatológicos que geralmente surgem nesse contexto, ou seja, o profissional atuará no sentido de diminuir os níveis de ansiedade e estresse do paciente e sua família, prevenir quadros de depressão, identificar fatores estressantes ou geradores de ansiedade, além de prestar suporte à equipe em relação aos aspectos psicológicos do doente.

5.5.4 Atendimento à família

Paralelamente ao suporte prestado ao paciente hospitalizado, o psicólogo deve acompanhar a família do mesmo durante o período de internação. A família desempenha papel fundamental no processo de reabilitação dos pacientes, incentivando-os a prosseguir sua trajetória na busca de recursos específicos para sua recuperação. A assistência da família ao paciente cronicamente doente deve ser entendida como parte do seu processo de reabilitação. Estudos têm demonstrado que a participação da família no cuidado ao paciente hospitalizado pode trazer benefícios para ambos no que se refere aos diversos campos de atenção.

Oliveira, Santos e Silva (2003) realizaram um estudo sobre a percepção do paciente em relação à permanência do acompanhante na Unidade de Cuidado Intensivo. Os pacientes expressaram a importância da família no processo de assistência e seus sentimentos de pesar pela sua ausência, devido à rotina que restringe a presença no ambiente, afirmando que a família constitui uma fonte de apoio para a sua recuperação. Assim, pode-se perceber a importância que a família tem nesse processo. É de suma importância que o psicólogo escute a família do doente, identificando possíveis questões que possam interferir no processo de recuperação do paciente, auxiliando na compreensão dos aspectos relacionados à internação, fornecendo informações, esclarecendo possíveis dúvidas quanto ao processo e estimulando a melhor comunicação possível entre o médico, o paciente e a família.

5.5.5 Atendimento em Ambulatório

O atendimento psicológico ambulatorial é realizado pelo psicólogo naqueles casos em que o paciente teve indicação de acompanhamento após o período de hospitalização. Alguns pacientes podem apresentar dificuldades em lidar com a descoberta de uma nova patologia, ou de certos procedimentos invasivos a que foram submetidos (por exemplo, a amputação de um membro). A situação de hospitalização pode desencadear transtornos psicológicos, sendo necessário o acompanhamento ambulatorial nesses casos.

Nessa modalidade de atendimento, geralmente o psicólogo usa uma forma de orientação teórica que possibilite trabalhar o foco atual, ou seja, abordando questões específicas à situação de doença, com sessões aproximadamente preestabelecidas devido à grande demanda do hospital geral.

6 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DO PACIENTE HOSPITALIZADO

A avaliação psicológica do paciente hospitalizado apresenta características bastante peculiares e diferenciadas da avaliação em consultório. Tais diferenças se referem, principalmente, aos fatores ambientais que determinam todo o processo e ao momento de vida pelo qual o doente está passando.

Os fatores ambientais têm papel fundamental durante a avaliação do paciente, pois além do tempo ser menor, o ambiente hospitalar não propicia privacidade e o paciente sente-se inibido para relatar aspectos mais íntimos e confidenciais.

Assim, uma boa avaliação psicológica não deve ser rigidamente estruturada nos moldes clínicos, pelo contrário, deve ser flexível para que os fatores relacionados à equipe médica e instituição hospitalar possam ser considerados colaboradores nesse processo de avaliação.

6.1 A ENTREVISTA

A entrevista sem dúvida nenhuma é o principal instrumento de trabalho dos profissionais de saúde mental. No ambiente hospitalar, não deve adquirir um caráter rígido e mecânico, ou seja, não se deve apenas fazer perguntas e anotar as respostas. Deve propiciar ao paciente um espaço de acolhimento, em que se sinta à vontade para expressar seus sentimentos e angústias.

É importante que o paciente saiba que será visto por um profissional de saúde mental. O fato do médico não ter comunicado ao paciente a necessidade de uma avaliação psicológica permite ao psicólogo levantar hipóteses sobre possíveis dificuldades na relação estabelecida entre o médico e seu paciente. O próximo passo é iniciar a entrevista de fato.

É fundamental que o psicólogo se apresente e pergunte ao paciente se sabe por que está sendo visto por ele. Mesmo que o profissional tenha lido o prontuário médico, deve inteirar-se da história da doença com o próprio paciente, observando atentamente a maneira com que ele faz o seu relato.

Esse primeiro contato com o doente é fundamental para que se estabeleça uma relação de confiança entre os dois. Assim, é imprescindível que o sigilo profissional e respeito pelo paciente sejam premissas básicas para todo atendimento.

A entrevista pode ser dividida em duas partes. Na primeira, o psicólogo realiza a anamnese, deixa que o paciente fale livremente sobre as perguntas feitas. Na segunda parte, devem-se esclarecer as dúvidas que o relato do paciente tenha deixado. É importante que essa segunda parte seja mais estruturada, a fim de que o profissional preencha as lacunas que surgiram. Mesmo que o psicólogo realize entrevistas abertas, é necessário que ele tenha estruturado em sua mente a forma de conduzir a entrevista, para que não deixe de abordar assuntos importantes nem permita que a entrevista seja desviada do seu foco principal.

É importante enfatizar que, no hospital geral, o paciente está completamente voltado para sua doença, preocupado com resultados de exames, com os diagnósticos, tratamentos e com o impacto disso em sua visa. Desviar a entrevista dessa temática é desaconselhável, pois se corre o risco de desconsiderar a principal fonte de estresse do paciente.

6.2 A ANAMNESE

A anamnese psicológica no hospital geral deve ser feita levando-se em consideração alguns aspectos que têm especial importância nesse contexto:

Identificação do Paciente

- Situação conjugal do paciente;
- Grau de escolaridade;
- Com quem reside e onde reside;
- Nível socioeconômico;
- Profissão e ocupação.

Motivo da Internação e História da Moléstia Atual

- Diagnóstico;
- Sintomas;
- Limitações;
- Complicações;
- Tratamento atual;
- Repercussões da doença no estado físico.

Antecedentes Mórbidos Pessoais

- Doenças anteriores, que necessitaram várias consultas;
- Acidentes;
- Tentativas de suicídio;
- História de tratamento para depressão, ansiedade, ou outros transtornos psiquiátricos;
- Doenças crônicas;
- Tratamentos importantes pelos quais passou o paciente;
- Internações;
- Cirurgias.

Hábitos e Estilos de Vida

- Uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Tratamentos para tal uso/abuso;
- Hábitos e tarefas diárias;

- Vida social;
- Vida familiar;
- Religiosidade;
- *Hobbies;*
- Atividades de lazer.

Antecedentes Familiares

- Doenças crônicas na família;
- Internações psiquiátricas;
- Dependências químicas;
- Casos de suicídio.

História de Vida

- Dados relevantes da vida do paciente: gestação, parto, infância, adolescência, idade adulta, velhice.

Aspectos Psicossociais Especiais

- Acontecimentos Relevantes: na moradia, no trabalho, nas condições financeiras, na vida amorosa, na vida familiar, acidentes, doenças, internações, falecimentos, perdas, aumento de responsabilidades e de pressões sociais, preocupações recentes e atuais.

- Relacionados à doença: informações e crenças sobre a doença, complicações, impacto da doença em sua vida, limitações impostas pela doença, como o doente a enfrenta *(coping),* mecanismos de defesa, como reagiu em situações semelhantes no passado.

- Relacionados à internação: aceitação, impacto, como lida com as limitações, adequação à rotina hospitalar, relacionamento com outros pacientes e com a equipe médica, se recebe visitas, grau de satisfação com o atendimento.

- Relacionadas ao tratamento e à recuperação: Informações e crenças, motivação, adesão ao tratamento, temores em relação à incapacitação, dor, mutilação, morte, planos para o futuro.

- Rede de apoio social: se tem amigos, vida social, religião, com quem pode contar dentro e fora da família, etc.

6.3 EXAME PSÍQUICO

O exame do estado mental é um dos instrumentos de avaliação mais importantes para o psicólogo e psiquiatra, pois é por meio dele que o profissional saberá se há alguma disfunção no funcionamento psíquico do paciente.

O exame psíquico deve ser realizado e descrito seguindo a ordem abaixo:

Aspectos Gerais

Verificar os aspectos do paciente relacionados aos cuidados pessoais, higiene, trajes, cuidado com a aparência, gestos, comunicação não verbal, postura durante a entrevista.

Um paciente cabisbaixo, que não mantém o olhar no entrevistador, que apresenta de forma indiferente, abatido, demonstrando pouco interesse com as vestes ou a aparência pode ser indicativo de certo grau de depressão, por exemplo. É importantíssimo que o psicólogo esteja atento a esses detalhes.

Nível de Consciência

Avaliar o nível de consciência do paciente se permanece acordado e atento, se está vigilante ou em coma, etc.

Orientação

Verificar atentamente a Orientação Alopsíquica (em relação ao tempo e espaço) e a Orientação Autopsíquica (em relação a si mesmo). O quadro de desorientação geralmente está associado à diminuição do nível de consciência, quadros de intensa apatia, quadros demenciais ou desorganização mental grave.

Atenção

Analisar a capacidade que o paciente tem de manter sua atenção e concentração em determinada coisa ou assunto, e sua capacidade de mudar de forma flexível sua atenção de objeto a objeto. Verificar se o paciente apresenta-se distraído, como se não estivesse entendendo o que lhe perguntam, ou até mesmo os casos em que o doente é questionado em relação a um assunto e oferece uma resposta completamente fora do contexto.

Memória

Verificar: memória imediata, recente, remota e a de fixação. Pacientes com quadros demenciais devem sempre apresentar algum grau de dificuldade nessa área.

Sensopercepção

As ilusões e alucinações visuais são mais frequentemente causadas por patologias orgânicas, enquanto as auditivas estão mais associadas às psicoses.

Pensamento

Avaliar o curso do pensamento (velocidade e modo de fluir), a forma (estrutura do pensamento e o conteúdo), verificar se há lentidão no pensamento, ou aceleração, ou se está desorganizado, incoerente ou de difícil compreensão.

Linguagem

Verificar se há alguma dificuldade na linguagem, ou diminuição da fluência verbal, fala incompreensível, mutismo, aumento do fluxo da fala, etc. Qualquer tipo de alteração deverá ser analisado e suas causas, identificadas.

Juízo de Realidade

Nesse item, deve-se diferenciar se o juízo falso da realidade é um erro simples, uma questão cultural ou um delírio. Em casos de delírio, verificar o grau de convicção do paciente, qual a extensão do delírio e a resposta afetiva do paciente em relação ao seu delírio.

Vida Afetiva

Observar o estado de humor basal do paciente, emoções e sentimentos predominantes. Descrever o humor (depressivo, irritado, etc.), a labilidade afetiva (que pode estar relacionada à presença de quadros orgânicos). Averiguar se o paciente tem fobias ou crises de pânico.

Volição

Verificar se o paciente apresenta atos volitivos normais ou age por impulso. Analisar se há diminuição da vontade, auto ou heteroagressividade. Ideias suicidas, atos suicidas, compulsões, etc.

Psicomotricidade

Avaliar se há lentidão, aceleração, estereotipias motoras, quadros de agitação ou quadros de estupor.

Inteligência

Verificar se a inteligência do paciente é normal ou apresenta déficits.

Personalidade

Descrever os principais traços que caracterizam o perfil de personalidade do paciente ao longo de sua vida.

Sentimentos Contratransferenciais

Deve-se descrever a capacidade crítica do paciente em relação aos seus sintomas, bem como seu desejo de ser ajudado pelo profissional. É importante verificar também quais sentimentos surgem no paciente em relação ao profissional de saúde mental.

Súmula do Exame

O resumo do exame deve ser redigido com uma linguagem simples, precisa e coerente.

Em 1975, Folstein e seus colaboradores elaboraram o MINIMENTAL, que consiste em uma série de testes simples e fácil de serem aplicados. Esses testes exploram a orientação, memória, atenção, cálculo e linguagem, incluindo praxia e habilidade construtiva. O Minimental não é capaz de avaliar alguns aspectos da cognição normalmente afetados em pacientes psiquiátricos, mas oferece uma ferramenta importante para a avaliação psicológica do paciente hospitalizado. Segue abaixo o Minimental:

Miniexame do Estado Mental (Minimental)			
Nome do Paciente: **Data:** **Idade:** **Anos de escolaridade com sucesso:**		**Máximo**	**Pontuação**
Anos sem sucesso:			
Orientação: Em que ano, mês, dia do mês, dia da semana e hora aproximadamente estamos?		5	
Onde estamos: Estado, cidade, bairro, hospital e andar?		5	
Atenção e Registro: Nomeie 3 objetos. "Eu o ajudo a dizer cada um". Então pergunte ao paciente todos os 3 após tê-los nomeado. Conte 1 ponto para cada resposta correta. Repita-os até que ele tenha aprendido os 3.		3	
Atenção e Cálculo: Subtraia a partir de 100 de 7 em 7. Dê um ponto para cada subtração correta. Pare após 5 respostas. Alternativamente peça para soletrar a palavra mundo de trás para frente. (Para pacientes com nível de escolaridade inferior a 4 anos do 1º grau, peça para subtrair de 3 em 3 a partir de 20).		5	
Lembrança (memória imediata): Pergunte os três objetos repetidos acima. Dê um ponto para cada objeto correto.		3	
Linguagem: Mostre ao paciente uma caneta e um relógio e peça para que ele os nomeie.		2	
Peça para o paciente que repita: nem aqui, nem ali, nem lá.		1	
Linguagem e Praxia: Peça ao paciente para que siga um comando de três estágios: "Pegue este papel com a sua mão direita, dobre-o ao meio (pode usar as duas mãos) e coloque-o no chão".		3	

Leia e obedeça ao seguinte: Escreva em uma folha a frase "Feche os olhos", mostre ao paciente e verifique se ele lê e realiza a ordem contida na frase.	1	
Peça ao paciente para que escreva uma frase completa (a frase será considerada correta se contiver pelo menos três elementos sintáticos, isto é, sujeito, verbo e complemento) (por exemplo, "Ele comprou um livro" = correto; mas "liberdade, paz" = errado).	1	
Copie um desenho (desenhe para o paciente dois pentágonos com pelo menos um ângulo entrecruzado entre eles)	1	
Pontuação Total	**30**	
Resultados **abaixo de 24**, em indivíduos alfabetizados e não idosos, indicam déficit cognitivo que pode ser devido à demência ou *delirium*. Um resultado igual ou superior a 28 indica um estado cognitivo provavelmente normal (pontuações de 24 a 27 são de difícil interpretação). Em indivíduos analfabetos o ponto de corte é 13 e em indivíduos com escolaridade inferior à 8ª série o ponto de corte é 18. Relativize o valor do exame segundo os itens abaixo (nível de consciência, motivação e concentração, depressão e ansiedade, além da idade e escolaridade do paciente).		

7 ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM DOENÇAS CRÔNICAS

7.1 CÂNCER

Dentre todas as patologias conhecidas, o câncer é a que possui maior impacto psicológico na população, devido, sobretudo, à percepção da incurabilidade da doença, assim como a morte lenta e dolorosa ocasionada pela mesma (SHERMAN 1999).

> "Câncer é o termo geral frequentemente usado para indicar qualquer dos vários tipos de neoplasias malignas, a maioria invadindo os tecidos circundantes, podendo enviar metástases a vários pontos ou tendendo a recorrer após tentativa de remoção ou a causar a morte do

> paciente, a menos que seja adequadamente tratado" (SHERMAN, 1979 p. 212).

Esse conceito define com exatidão a maneira como o câncer era encarado há mais de 20 anos, em que as possibilidades terapêuticas eram infinitamente mais restritas que atualmente. Porém, apesar dos avanços no tratamento oncológico, muitas dessas ideias de fatalidade e irreversibilidade ainda vigoram na cultura mundial, gerando sentimentos diversos no indivíduo que recebe o diagnóstico de câncer, como **medo, ansiedade, negação, raiva, insegurança**, dentre outros.

> "Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (**maligno**) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (**metástase**) para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou **neoplasias malignas**." (INCA 2005)

FIGURA 6



FONTE: Disponível em: <http://www.gettyimages.cn/newsr.php?from=big >. Acesso em: 30/05/2012.

No entanto, a Oncologia ainda é uma área da Medicina cercada de muitos mitos e preconceitos. Trabalhando diariamente na guerra contra o câncer, os profissionais médicos da especialidade enfrentam pressões emocionais diversas, permeadas pelas inúmeras dúvidas dos

pacientes e seus familiares, envoltas em um manto de insegurança, desinformação, medo e preconceito.

Segundo dados do INCA (2000), o câncer é considerado a 2ª causa de morte por doença no Brasil, sendo responsável por quase 11% do total de óbitos em 1994, ou pouco mais de 95.000, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório.

> Os dados epidemiológicos disponíveis atualmente permitem configurar o câncer como um problema de saúde pública no Brasil.

Os principais métodos utilizados para o tratamento do câncer são:

- Cirurgia;
- Quimioterapia;
- Radioterapia;
- Transplante de Medula Óssea.
- Hormonioterapia e Imunoterapia.

7.1.2 O atendimento Psicológico aos Pacientes com Câncer

O psicólogo que atenderá pacientes portadores de uma doença como o câncer, precisa ter muito claro as formas de tratamento, as chances de cura, os efeitos colaterais, etc. O impacto do diagnóstico de câncer pode causar reações emocionais das mais variadas possíveis, dependendo de como o paciente se relaciona com a doença, suas experiências anteriores, a parte do corpo que está sendo atingida, das informações que recebeu sobre a doença.

Por isso, é praticamente impossível antecipar uma reação ao diagnóstico. Assim, não há possibilidade de estabelecer uma forma de atuação psicológica rígida e estruturada nesses casos, pois tudo irá depender única e exclusivamente do paciente.

De maneira geral, o psicólogo deve sempre trabalhar com o objetivo de minimizar o sofrimento do paciente portador de câncer, desmistificando seus preconceitos, esclarecendo as chances reais de cura, facilitando a comunicação entre ele e seu médico, pode atuar no sentido

de minimizar as reações negativas durante a quimioterapia, por exemplo, ou trabalhando questões voltadas ao medo do paciente de sofrer queimaduras com a radioterapia, o medo da própria máquina, as sequelas que surgirão após uma intervenção cirúrgica, etc.

7.1.2.1 Psico-Oncologia

A Psico-oncologia é a área de *interface* entre a Psicologia e a Oncologia, surgindo a partir da necessidade do acompanhamento psicológico ao paciente com câncer, sua família e a equipe que o acompanha. Sendo assim, é possível descrever a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer.

Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações que possam ser estressantes aos pacientes e familiares.

Segundo Costa Júnior (2001), observa-se que a psico-oncologia vem se constituindo, nos últimos anos, em ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer, facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, 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 do paciente (incluindo desmotivação e depressão) e os riscos de recidiva.

O acompanhamento psicológico do paciente e de seus familiares, em todas as etapas do tratamento do câncer constitui elemento indispensável da assistência prestada.

No caso da psico-oncologia, o atendimento profissional, independente da abordagem teórica do psicólogo, deve acompanhar o paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local) e incluindo a participação ativa de diferentes profissionais. Todos os profissionais que pretendem atuar no âmbito da psico-oncolgia devem estar atentos à prioridade da promoção de mudanças de comportamento relacionadas à saúde do indivíduo. Segundo Costa (2001), a experiência pela qual passam os pacientes em tratamento oncológico devem se constituir em

uma aprendizagem para cada um, ou seja, o psicólogo tem como função auxiliar o paciente a compreender seus comportamentos e utilizá-los nas situações de risco.

7.2 INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

O rim tem importância fundamental no funcionamento do organismo.

Conforme informações da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2008), *"O balanço sadio da química interna de nossos corpos se deve em grande parte ao trabalho dos rins. Embora sejam pequenos (cada rim tem o tamanho aproximado de 10 centímetros), a sobrevivência depende do funcionamento normal destes órgãos vitais".* Os rins são responsáveis por quatro funções no organismo:

- Eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração;
- Regulam a formação do sangue e a produção dos glóbulos vermelhos;
- Regulam a pressão sanguínea;
- Controle do balanço químico e de líquidos do organismo.

A não filtragem e consequente eliminação das substâncias tóxicas do corpo leva a um quadro patológico denominado uremia. Esse estado pode levar o indivíduo à extrema debilidade física e consequentemente à morte, constituindo assim a Insuficiência Renal Crônica.

A IRC pode ser conceituada como uma "*síndroma provocada por uma grande variedade de nefropatias, as quais devido à evolução progressiva determinam de modo gradativo e quase sempre inexorável uma redução global das múltiplas funções renais, isto é, glomerulares, tubulares e endócrinas. Os rins tornam-se paulatinamente incapazes de desempenhar suas múltiplas e essenciais atividades homeostáticas".* (Okay e Manissadjian, in Angerami 2002).

Quando a função renal está comprometida, alguns sintomas e sinais começam a aparecer, porém nem sempre causam incômodo ao paciente. Assim, anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e do aceito da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc.). Desse ponto até que os rins estejam funcionando somente 10-12% da função renal normal, podem-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo desses valores,

torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal: diálise ou transplante renal (Sociedade Brasileira de Nefrologia).

De maneira geral, o tratamento dos pacientes renais crônicos é bastante restritivo, levando a manifestações psíquicas e comportamentais de caráter negativo.

✓ Tratamento

As medidas terapêuticas normalmente utilizadas no tratamento da Insuficiência Renal Crônica incluem o tratamento medicamentoso, o dietético e o tratamento por métodos especiais (diálise) que é reservado para a fase de falência renal. A diálise pode ser de dois tipos (Maciel, 2002):

Peritonial: A diálise peritonial é chamada também de CAPD consiste na eliminação de substâncias tóxicas do organismo pela permuta entre o sangue e uma solução dialisadora por uma membrana semipermeável natural. Esse tipo de diálise não requer uso de sala nem de aparelhos especiais, podendo realizá-la em sua própria casa, desde que mantenha as condições de higiene para evitar processos infecciosos. A diálise peritoneal deve ser realizada de 3 a 4 vezes ao dia, em sessões que duram cerca de uma hora.

Hemodiálise extracorpórea: também chamada de "rim artificial". Nesse procedimento, há a necessidade do deslocamento do paciente para o local de tratamento, pois é necessária a utilização de aparelhos especiais. O indivíduo ficará exposto a um severo regime terapêutico. Normalmente deve ir à máquina de duas a três vezes na semana, ficando "ligado" a ela por um período de aproximadamente quatro horas. O paciente assiste seu sangue sair continuamente do corpo por um complicado sistema de tubos até a máquina e depois retornar ao seu corpo. Qualquer problema no sangue ou na máquina aciona o sistema de alarme, que assinalam as emergências. Uma simples desconexão dos tubos durante o processo de filtragem pode resultar em morte. Essas emergências são assistidas por todos os pacientes que estão na sala de hemodiálise, fazendo com que o clima de tensão e angústia prevaleça no ambiente. Tudo isso gera no paciente uma grande apreensão e sentimentos ambíguos em relação à máquina, pois ela é aquela que dá a vida, mas também a que tira a vida.

Transplante Renal: o transplante consiste no implante cirúrgico de um rim funcionante e saudável de uma pessoa doadora no corpo do paciente cujo rim parou de funcionar. O transplante geralmente é realizado entre familiares, devido à necessidade de compatibilidade entre os dois.

✓ **Atendimento psicológico**

Maciel (2002) relata que no atendimento ao paciente renal em hemodiálise, deve-se levar em consideração o fato de que este paciente passou por inúmeras perdas até chegar nessa fase. Dentre tantas outras, pode-se destacar as perdas das funções físicas e a resistência para atividades diárias. Há perda da independência e da liberdade em função do tratamento e das intercorrências que, muitas vezes, acabam prendendo o paciente em sua casa ou no hospital, limitando as atividades escolares, domésticas etc.

O psicólogo deverá atuar com o intuito de minimizar o impacto da doença no paciente e na sua família e, em algumas vezes, tentando garantir a direção do tratamento junto com a equipe multidisciplinar.

De maneira geral, os principais objetivos do psicólogo no trabalho com pacientes renais em hemodiálise deve se concentrar nos seguintes pontos:

- Atenuação ou supressão da ansiedade;
- Adaptação do paciente à doença e às novas limitações;
- Adaptação do paciente ao tratamento;
- Melhora na autoestima;
- Apoio e orientação à família;
- Trabalho em equipe.

7.3 AIDS

"Após 20 anos da descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) diversos avanços relativos ao tratamento, prevenção e políticas de saúde têm sido feitos. Apesar disso, o problema está longe de ser resolvido e a atuação de todos os profissionais de saúde nesse contexto é fundamental para que soluções mais efetivas sejam tomadas" (Castro e Remor, 2004)

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Essa sigla é proveniente do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*. Também do inglês deriva a sigla AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O vírus da imunodeficiência adquirida atua destruindo os linfócitos - células responsáveis pela defesa do organismo – fazendo com que a pessoa fique mais vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido. Anos atrás, receber o diagnóstico de infecção por HIV era como se fosse receber a própria sentença de morte. Atualmente, porém, a AIDS já pode ser considerada uma doença crônica. Isso significa que uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus, por um longo período, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal. Isso tem sido possível graças aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes. Deve-se, também, à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde. Todos esses fatores possibilitam aos portadores do vírus ter uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade. (Ministério da Saúde, 2008)

Os chamados “grupos de risco” não existem mais, e são mais bem definidos como “comportamentos de risco”, já que a infecção deixou de ser exclusiva de alguns grupos. Isso mostra a mudança do enfoque social e moral que a doença tem sofrido, ou seja, a AIDs é vista hoje como uma doença crônica controlável e passível de prevenção.

✓ O Estigma da AIDS

A AIDS provocou grandes transformações sociais e culturais na sociedade desde a sua descoberta. As relações profissionais e familiares foram profundamente alteradas, pois dependendo do comportamento que determinada pessoa apresentava, era discriminada. Por exemplo, os homossexuais, as prostitutas, os usuários de drogas. Todos eles foram rotulados de portadores do HIV, mesmo que tal situação não seja verdadeira.

FIGURA 7



FONTE: Disponível em: <http://www.illustrationsource.com/stock/search/limb/ >. Acesso em: 30/05/2012

Com isso, o paciente soropositivo, que geralmente pertence a um grupo frequentemente discriminado, sofre ainda mais preconceito, agravando a sua situação e dificultando ainda mais a aderência ao tratamento. Há diferentes tipos de estigmas e quando o grupo é considerado portador de problemas que poderiam ser evitados, despertam ira e pouco desejo de ajuda na população.

Inicialmente, a AIDS foi relacionada ao homossexualismo e ao uso de drogas, sendo fortemente estigmatizadas e provocando reações de raiva, misturada a medo e desprezo. Aos poucos, foram aparecendo casos de doenças causadas pelas transfusões de sangue e transmissão de mãe para filho, o que foi modificando a visão popular do problema. Tem-se hoje um quadro de modificação que tende a levar a uma aceitação maior e compreensão da doença.

✓ **Sintomas**

Os sintomas da AIDS são classificados em quatro grupos, de acordo com a fase em que a doença se encontra:

GRUPO I	**Infecção Aguda ou Doença Aguda**
	Surgimento de gânglios, faringite, adenomegalia, convulsões e urticárias.

GRUPO II	**Infecção Assintomática**
	O indivíduo tem o teste de HIV positivo, mas não apresenta sintomas.
GRUPO III	**Infecção Sintomática**
	O indivíduo apresenta gânglios por mais de três meses (linfoadenopatia persistente e generalizada)
GRUPO IV	- Perda de mais de 10% do peso normal, diarreia há mais de um mês, febre persistente. - Distúrbios de comportamentos, meningites, mielopatias, demência, paraplegias por problemas de coluna. - Infecções Oportunistas (protozoários, fungod, tuberculose, pneumonia, etc.) - Sarcoma de Kaposi (tipo de neoplasia relacionado à infecção pelo HIV).

✓ **Abordagem psicológica dos pacientes soropositivos**

Entrar em contato com um diagnóstico de HIV positivo significa deparar-se com uma ameaça de morte, levando a implicações médicas, psicológicas e sociais significativas, impondo esforços adaptativos relevantes às pessoas soropositivas. Muito além do sofrimento físico, a AIDS impõe uma vivência de intensas perdas. Perde-se a identidade corporal, social, o trabalho, a autonomia e privacidade e ainda, as relações afetivas. O diagnóstico interrompe de forma abrupta todo o projeto de vida do indivíduo, gerando sentimentos e sensações de raiva, medo, angústia, revolta e desespero.

No hospital geral, encontram-se pacientes portadores do HIV em estado de agressividade, defendendo-se constantemente das repressões que possivelmente podem ser submetidos. Esses pacientes apresentam uma característica bastante peculiar que é a dificuldade no relacionamento com a equipe. Muitas vezes, essa dificuldade é gerada pela própria equipe, que não tem o preparo suficiente para lidar com os sentimentos e angústias do

paciente. Não se pode negar que o preconceito pessoal interfere sobremaneira no relacionamento entre o profissional e o paciente. Assim, o psicólogo tem uma tarefa bastante importante no atendimento aos pacientes portadores de HIV e também à equipe que o assiste.

O paciente soropositivo, ao ser admitido na enfermaria, pode apresentar comportamentos bastante variáveis. Muitas vezes, sentem vergonha frente ao profissional que o entrevista, relata somente aspectos negativos, omite dados importantes, não colabora com as respostas ou até mesmo nega a doença.

Geralmente o paciente descobre a doença na própria enfermaria, podendo ter uma reação explosiva, de completa negação ou jurar que cometerá um suicídio.

De qualquer forma, os pacientes são encontrados em extremo estado de angústia e ansiedade manifestadas por meio de agitação psicomotora ou outras sensações físicas. Demonstram medo, agressividade, revolta, pesadelos, insônia, etc., junto com o diagnóstico, vem a sensação de abandono, de rejeição e perda dos amigos e familiares.

Muitos pacientes evoluem com distúrbios neurológicos e psiquiátricos, geralmente são tomados por sentimentos persecutórios e reações paranoides. Às vezes é bastante difícil distinguir os aspectos psicológicos dos possíveis distúrbios orgânicos provocados por lesões ou infecções. Assim, é de fundamental importância que o psicólogo mantenha uma boa comunicação com o médico que assiste o doente, a fim de esclarecer possíveis dúvidas e facilitar o diagnóstico de transtornos psicológicos no paciente soropositivo.

Outra consequência bastante comum é o aparecimento de depressão, baixa autoestima e letargia nesses pacientes. Esses comportamentos estão relacionados à aceitação de sua doença e consciência da gravidade da mesma. Normalmente essa depressão não é verbalizada, demonstrando-se pelo silêncio do paciente, isolamento, aceitação passiva de qualquer cuidado que lhe é dispensado, falta de interesse no tratamento e muitas vezes não colaborando com o mesmo. Cabe ao psicólogo, nesses casos, estimular o paciente a falar sobre seus sentimentos e medos, movimentar-se, externalizar suas preocupações e discutir suas angústias, evitando assim que ele entre em um quadro de depressão mais grave.

Um comportamento observado nesses pacientes é a sensação de onipotência. Alguns pacientes negam a realidade, de forma onipotente, arrogante, com desprezo e indiferença em relação à doença e ao tratamento. Pode-se encarar esse comportamento como um mecanismo de defesa utilizado pelo paciente, a fim de evitar o reconhecimento de sua própria impotência.

O portador de AIDS é uma pessoa que exige muita dedicação e compreensão, não só pelo risco iminente que ocorre, mas também pela necessidade de conscientização do seu problema, com fins de diminuir a transmissão do vírus. É preciso lembrar que o paciente soropositivo é uma pessoa que merece ser respeitada e tratada com dignidade.

8 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO EM ONCOLOGIA

A comunicação em Oncologia é um tema que tem sido muito discutido no meio científico conforme aumentam os avanços tecnológicos dentro dessa especialidade. Uma das questões mais debatidas refere-se à comunicação do diagnóstico de câncer. No que diz respeito à posição dos médicos em relação a isso, ou de informar ao paciente o fracasso terapêutico, observa-se muitas vezes, posições antagônicas. Há aqueles que defendem a ideia de nunca dar o diagnóstico ao paciente e outros a de sempre informar o paciente sobre sua doença.

"No Brasil, diferentemente dos Estados Unidos e da Europa, existe muita dificuldade em se contar para o paciente que ele tem câncer", afirma YAMAGUCHI (2002 p. 31).

A maior parte da comunidade médica dos Estados Unidos afirma que os pacientes têm o direito de conhecer a verdade sobre sua doença (GIRGIS e SANSON – FISHER 1995). Entretanto, alguns médicos defendem a ideia de que o paciente tem realmente o direito de saber seu diagnóstico, desde que seja respeitado seu desejo de querer ou não saber determinados detalhes sobre a doença e tratamento (SCHOFIELD e cols. 2001).

Essa segunda ideia leva em consideração o fato de que cada paciente tem recursos psicológicos próprios e bastante peculiares para enfrentar a situação, fazendo-se necessários planos de comunicação individualizados para cada paciente oncológico, sem generalizações ou posturas radicais.

No entanto, receber um diagnóstico de câncer não é uma situação fácil para nenhum indivíduo, porém o significado atribuído à doença pode variar de paciente para paciente, dependendo de uma série de fatores. Segundo GARCIA e cols. (1996), os principais fatores que devem ser levados em consideração dizem respeito, ao momento de vida em que o paciente recebe o diagnóstico e as influências significativas de experiências passadas (sejam elas positivas ou negativas) com familiares ou pessoas próximas portadores de câncer.

Além disso, enfatizam a importância de se considerar os preconceitos culturais que ainda persistem ao se falar em câncer, pois *"a palavra câncer para muitos ainda 'significa morte' e tem um impacto no comportamento natural dos envolvidos"* (GARCIA e cols. 1996 p. 126).

É importante pensar também na maneira como os meios de comunicação transmitem as informações sobre a doença, interferindo inevitavelmente na forma como o paciente enfrentará a situação. Dessa forma, pode-se supor que a comunicação entre o médico e seu paciente também estará baseada nos fatores acima citados, o que irá influenciar significativamente na forma como o oncologista irá expor ao doente a descoberta do câncer, ou o fracasso da terapêutica oncológica. Como bem afirma CARVALHO (1996 p. 50):

> "Quando a escolha for dar a notícia de que o paciente é portador de uma doença que ameaça sua vida ou de que a doença está fora de controle, isso deve ser feito de forma que a esperança não seja totalmente suprimida. Uma notícia dessa importância nem sempre pode ser dada de uma única vez. Frequentemente, serão necessários alguns encontros para que seja possível a elaboração da informação".

De qualquer maneira, a questão mais importante não é contar ou omitir o diagnóstico, mas em **como dar a informação**. Se as informações são omitidas, como se pode justificar a necessidade de tratamentos agressivos para o câncer se o que foi dito ao paciente é que sua doença não é importante? Como esperar certa adesão por parte do doente se o mesmo não estiver bem informado para colaborar com o tratamento? VARELLA (2004 p. 116) afirma que "*esconder o diagnóstico dificulta sobremaneira o acompanhamento dos doentes com câncer, porque no futuro seremos forçados a mentir muitas vezes na tentativa de manter coerência com a versão inicial".*

Porém, ao mesmo tempo em que pesquisas sobre o assunto são realizadas, há uma dificuldade geral em estabelecer condutas e aplicar na prática clínica diária os novos conhecimentos adquiridos. Como bem afirmam GIRGIS e SANSON-FISHER (1995), a maioria dos estudos e pesquisas realizadas sobre comunicação em Oncologia mostra que existem deficiências importantes e totalmente comuns quando é necessário comunicar uma notícia ruim.

8.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO MÉDICO ONCOLOGISTA AO DAR O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Além dos próprios pacientes e seus familiares, os médicos oncologistas também podem ser incluídos neste rol de mitos e fantasias que inevitavelmente surgem quando se trata de câncer, pois também estão suscetíveis à doença assim como qualquer paciente a quem presta assistência.

Entretanto, existe um fator que o diferencia do doente: o fato de ser um especialista no assunto e conhecer profundamente os meios necessários para tratar a doença.

Muitos dos oncologistas sentem dificuldade em dar o diagnóstico ao paciente, pois estará lidando com seu próprio sofrimento, sua vulnerabilidade perante a vida, sua suscetibilidade a ter um câncer também e a impotência perante o outro (seu paciente) e perante a morte.

FIGURA 8



FONTE: FONTE: Disponível em: <http://www.bravibimbi.it/in-gravidanza/perdite-di-sangue-in-gravidanza/>. Acesso em: 30/05/2012

KOVÁCS (1996) diz que ***"o diagnóstico de uma doença com prognóstico reservado traz à tona a fragilidade do ser humano e o contato com a sua finitude, lembrando a morte mais próxima*** (p. 17). O diagnóstico das doenças consideradas 'terminais', como o câncer e a AIDS, trazem em si a ideia de uma morte enquanto perda ou diminuição das funções.

A maioria dos médicos utiliza mecanismos de defesa psicológicos para lidar com essa situação. Esses mecanismos são muito parecidos com aqueles preconizados por Kübler-Ross (1969) ao descrever os principais mecanismos de defesa utilizados para elaborar o recebimento do diagnóstico da doença e suas perdas. São eles: choque, negação, raiva, barganha, depressão e por fim, aceitação. Para o médico oncologista, lidar com a sensação de impotência surgida quando percebe que o tratamento oncológico cessou, é realmente muito difícil. Muitos profissionais utilizam o mecanismo de defesa mais comum entre os médicos, à sensação de onipotência. Isso ocorre porque sentem uma necessidade inconsciente de compensar a sensação de impotência diante da doença terminal. Outro recurso psicológico utilizado é evitar encontrar com o doente, demonstrando frieza diante de seu sofrimento do outro, para não entrar em contato com a própria morte e o próprio sofrimento.

Muitos desses fenômenos ocorrem em um nível inconsciente, impossibilitando que o profissional de saúde os maneje de forma adequada. No ambiente hospitalar, aspectos emocionais de pacientes e seus familiares estão presentes e são projetados, sobretudo, no médico responsável. Com isso, o médico acaba ficando com uma grande carga afetiva – emocional por parte do paciente e/ou familiares, o que para ele, muitas vezes, se torna algo difícil de ser vivenciado e manipulado já que as questões de vida, morte, perdas e afetos trazidos pelos pacientes são questões humanas e universais que inevitavelmente tocará o médico no seu âmago humano.

PITTA (1994) enumera os principais mecanismos de defesa utilizados pelos profissionais de saúde, como forma de lidar com as ansiedades que inevitavelmente surgem no cuidado ao paciente oncológico.

- Fragmentação da relação profissional – paciente;
- Despersonalização e negação da importância do indivíduo;
- Distanciamento e negação de sentimentos;
- Tentativa de eliminar decisões;
- Redução do peso da responsabilidade.

No primeiro destes mecanismos, a **fragmentação da relação com o paciente** pode se dar em função da angústia que surge no relacionamento do profissional com o paciente. Quanto mais íntimo for tal relacionamento, maior será a possibilidade de se estabelecer uma ruptura.

A **despersonalização e negação da importância do indivíduo** faz com que todos os pacientes sejam tratados sem qualquer discriminação no que diz respeito às suas

individualidades. Um exemplo citado por CARVALHO (1996) refere-se respeito ao fato dos pacientes serem vestidos com as roupas do hospital. *"Ao uniformizá-los, estamos, como o próprio nome sugere, transformando-o em algo uniforme, sem características pessoais"* (CARVALHO 1996 p. 69). Tal mecanismo favorece o não surgimento de sentimentos que poderiam ser desencadeados pelas características pessoais de cada paciente.

O **distanciamento e a negação de sentimentos** resultam dos dois primeiros mecanismos e é decorrente da necessidade de que se estabeleçam defesas em relação a sentimentos que possam emergir durante a relação do profissional com o paciente.

O quarto mecanismo, a **tentativa de eliminar decisões**, é feito por meio do estabelecimento de algumas rotinas de trabalho que têm como função não apenas a racionalização do trabalho médico, mas evitar a tomada de decisões que poderiam se tornar elementos de estresse.

O último dos mecanismos citados por PITTA (1994), a **redução do peso das responsabilidades** em função das pressões emocionais que a tomada de decisões pode acarretar, estabelece-se um sistema de checagem de ações, além de uma diluição da responsabilidade por muitos profissionais envolvidos nos cuidados com os doentes, de forma que nem sempre fica claro de quem é, em última instância, a responsabilidade por uma ação ou por um paciente.

Alguns mecanismos de defesa podem ser prejudiciais para a relação médico – paciente e em nada vão ajudar na conduta terapêutica, não contribuindo para o estabelecimento de confiança no médico. Distanciar-se emocionalmente do paciente, tentar tornar a notícia mais amena, encorajar um otimismo irreal ou até mesmo, no auge de sua sensação de onipotência, prometer a "cura" da doença, desfavorece a relação entre médico e paciente, e acaba resultando em uma comunicação velada e não esclarecedora.

Além de lidar com suas próprias crenças em relação à doença, sejam elas de cunho religioso, cultural ou social, os médicos precisam aprender a conviver também com as expectativas, crenças e esperanças do paciente que o procura, como afirma SHERMAN (1999 p. 598): *"uma variável crítica que influencia a evolução do paciente com câncer é a atitude do médico que o trata, especialmente do médico que o atende pela primeira vez".*

Os sentimentos negativos despertados no médico oncologista ao dar o diagnóstico de câncer a um paciente podem ser observados desde que essa especialidade da Medicina passou

a ser mais pesquisada e desenvolvida. Esses sentimentos acentuam-se quando o paciente já está em tratamento oncológico, ou seja, têm um vínculo emocional estabelecido com o médico, e que apesar da intensidade e agressividade da terapêutica, o paciente evolui mal, passando de paciente em tratamento oncológico a paciente fora de possibilidades terapêuticas.

Aqui se caminha para o campo da transferência e contratransferência que ocorre em toda relação humana, fenômeno tão estudado pelos pensadores da Psicologia, considerados a chave do processo psicoterapêutico. A transferência é tudo aquilo que o paciente projeta no seu médico e, contratransferência é tudo aquilo que o médico projeta no seu paciente. Cabe ressaltar ainda que a transferência que ocorre na relação médico paciente no nível institucional permeia a pessoa do médico, a instituição e a medicina.

ABDO (1988) descreveu o diálogo entre médico e paciente, em um trabalho publicado na década de 80, em que apresenta aspectos psicodinâmicos envolvidos na abordagem do paciente fora de possibilidades terapêuticas, enfocando as emoções que emergem do psiquismo do doente e do médico. Discute também as angústias que norteiam a vivência de morte e que precisam ser conhecidas pelo médico que assiste a esse paciente e sua família.

A autora afirma que "*preparar alguém para morrer é uma façanha. Consiste em preparar a nossa própria morte, porque, colocando-nos no lugar do moribundo, tentando adivinhar suas angústias, identificamo-nos com ele, mortais que somos"* (ABDO 1988, p. 130).

VARELLA (2004, p. 116) também discorre sobre o assunto quando coloca que "*lidar de perto com a perspectiva da morte alheia nos remete à constatação de nossa própria fragilidade*".

Cabe aqui ressaltar um assunto bastante discutido na comunidade científica atual: o papel do médico como curador da doença. Muitos deles ainda mantêm a postura de cuidar do doente até o momento em que podem oferecer um tratamento curativo para sua patologia. A partir do momento em que mais nada se pode fazer pelo doente em termos de cura, o médico sente-se totalmente impotente perante a doença e a vida e acaba se distanciando do doente, pois não consegue lidar com sua própria frustração e sentimento de inutilidade. SHERMAN (1999, p. 599) afirma que *"Alguns médicos sentem-se desconfortáveis ao terem de tratar pacientes 'incuráveis', para os quais pouco há o que oferecer. Podem estar ainda sob o domínio do conceito de que o único conceito de cuidado médico é curar".*

Pode-se notar que dar a notícia do fracasso terapêutico envolve não só os aspectos psicológicos do doente, mas também do médico que o assiste. Assim, percebe-se o grau de

complexidade envolvido na comunicação em Oncologia. O paciente sofre muito com o diagnóstico de câncer, porém o médico, que é porta-voz dessa "sentença de morte", acaba recebendo grande parte dessa carga de sentimentos e emoções surgidas.

A todo o momento, precisam dar respostas aos doentes, que se encontram desesperados pela cura, com raiva da doença, muitas vezes, desapontados com o tratamento, decepcionados com o sistema de saúde, e em alguns casos, incapazes de enfrentar a realidade da doença.

A família também se encontra confusa, com medo, insegura, duvidando e exigindo respostas certas do médico, que está constantemente se questionando e tentando lidar com seus próprios medos e dúvidas também, ansioso pela cura e deparando-se com seus limites profissionais, sua impotência diante da terminalidade da doença e fracasso terapêutico.

Por isso, a comunicação em Oncologia deve ser cada vez mais estudada, compreendida em seus aspectos psicodinâmicos e, sobretudo, pode ser aprendida, com o objetivo de diminuir o estresse do profissional e da equipe, além de causar um efeito bastante positivo sobre o doente e sua família.

Partindo do pressuposto de que a comunicação em Oncologia pode ser aprendida, é importante mencionar um estudo canadense publicado por GARG e cols (1997) que mostra o resultado de um programa realizado com estudantes de Medicina, em que os mesmos receberam treinamento para a comunicação de más notícias. Tal treinamento consistiu em vídeos instrutivos, períodos de discussão sobre os temas, exercícios em grupos e técnicas de encenação. O conteúdo do curso foi baseado em seis pontos principais. Esses principais pontos do protocolo são bastante parecidos em sua prática com o protocolo intitulado SPIKES (BAILE e cols. 2000), descrito posteriormente.

O objetivo principal de GARG e cols (1997) foi ensinar e treinar os estudantes de Medicina para a comunicação de más notícias aos pacientes e seus familiares de maneira empática e competente. Os resultados mostram que os estudantes obtiveram bastante proveito com o curso: 47% deles tinham alguma ideia sobre como abordar os assuntos que envolviam notícias desagradáveis. Esse número subiu para 75% após o curso. Apenas 39% deles sentiam-se competentes para dar más notícias enquanto que, após o curso, 69% relataram habilidades suficientes para a comunicação.

BAILE e cols. (2000) publicaram o resultado de uma pesquisa realizada durante o Encontro Anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) em 1998, onde aplicaram um protocolo sobre comunicação de más notícias em Oncologia. O protocolo nomeado SPIKES tem como objetivo principal capacitar o oncologista a aplicar na sua prática clínica, os quatro mais importantes aspectos de uma consulta que enfoque a informação de um mau prognóstico: reunir as informações que o paciente já possui, transmitir as novas informações necessárias, oferecer o suporte ao paciente e convidá-lo a colaborar com o tratamento paliativo, formulando uma estratégia terapêutica e traçando planos futuros.

Este protocolo SPIKES (BAILE e cols. 2000) é um bom exemplo da aplicação dessas técnicas; cada letra significa, na língua inglesa, uma etapa a ser cumprida:

***S**: **S**etting up*

***P**: **P**erception*

***I**: **I**nvitation*

***K**: **K**nowledge*

***E**: **E**motions*

***S**: **S**trategy e **S**ummary*

SETTING UP

Essa etapa refere-se ao local onde a notícia vai ser dada, incluindo a privacidade do atendimento, se outra pessoa da família será informada também, além do que é importante que o paciente sinta-se acolhido no ambiente, tenha uma boa relação com seu médico e que este tenha disponibilidade de tempo para essa situação, de preferência sem interrupções.

PERCEPTION

A Segunda etapa inclui, sobretudo, a importância de o médico estar atento à comunicação não verbal, ou seja, perceber os sinais corporais que o paciente dá enquanto está

frente a frente com ele. Além disso, esta etapa é de extrema importância para que as próximas sejam satisfatórias, pois antes do médico simplesmente dar a notícia, ele deve questionar o que o paciente já sabe sobre seu quadro clínico.

INVITATION

Após essas primeiras fases, passa-se então a fazer um convite (**Invitation**) para que ele mesmo possa falar sobre a doença e, a partir disso, perceber que o tratamento não está resultando em melhoras significativas. “Alguns exemplos de perguntas exploratórias podem ser citados: Como você está? Como tem se sentido ultimamente? Sentiu alguma melhora? Como acha que o tratamento deveria responder? O que acha que está acontecendo?”. Esses questionamentos possibilitam que o paciente vá percebendo seu próprio corpo e chegar ao ponto final da comunicação.

KNOWLEDGE

A quarta fase (**Knowledge**) dá ênfase à certeza do que o doente conseguiu absorver daquilo que foi dito, o que sabe da doença e checar se a informação transmitida foi realmente compreendida.

EMOTIONS

A quinta etapa (**Emotions**) investe mais nos sentimentos do paciente, explorando as emoções que surgiram e oferecer acolhimento, para então passar à sexta fase.

STRATEGY/SUMMARY

Essa fase propõe uma estratégia e programa-se o tratamento paliativo, pensando sempre na qualidade de vida do doente e bem-estar do mesmo.

Relativamente, pouco tem sido discutido sobre a percepção dos pacientes acerca do que lhes foi contado sobre sua doença e de que maneira eles respondem e enfrentam essas notícias. No caso do câncer avançado, há evidências de que muitos pacientes têm expectativas irreais sobre o tratamento, incluindo a falsa crença de que seu câncer é curável.

Uma delas se refere à questão de contar ou não contar ao paciente o seu diagnóstico de câncer. Como já foi citado por GIRGIS e SANSON – FISHER (1995), a maioria dos médicos dos Estados Unidos afirma que os pacientes têm o direito de saber a verdade sobre sua doença. Alguns médicos, porém, defendem a ideia de que o paciente tem o direito de saber, mas que seu desejo de conhecer certos detalhes seja sempre respeitado.

No entanto, como já foi dito, é importante que posições radicais não sejam tomadas e que generalizações sejam evitadas. Essa maleabilidade necessária para a boa comunicação em Oncologia deve-se ao fato de que o câncer ainda é considerado uma doença fatal, incurável, carregada de mitos e preconceitos dos tempos em que essa especialidade ainda não possuía os recursos terapêuticos advindos do avanço tecnológico da Medicina.

Esses dogmas culturais permeiam não só o imaginário da população leiga, mas também fazem parte dos mitos e fantasias enraizadas na mente de cada profissional que assiste o doente com câncer. Como bem afirmou GARCIA e cols. (1996 p. 126), *"a palavra câncer para muitos ainda 'significa morte' e tem um impacto no comportamento natural dos envolvidos".*

Naturalmente que, dentre esses envolvidos está o médico oncologista, e sua forma de lidar com essas situações geradoras de angústia irá influenciar profundamente na maneira de se relacionar com o paciente. Como consequência dessa relação influenciada pelos aspectos psicológicos do médico, estabelece-se um nível de comunicação, que pode ser bom ou ruim.

Voltando ao tema da comunicação do diagnóstico, o mais importante não é comunicar ou deixar de comunicar tal diagnóstico, mas em como essa notícia será transmitida. Logo, faz-se necessário uma reflexão sobre a preparação psicológica do porta-voz dessa notícia.

Cabe aqui questionar então: Até que ponto esses médicos têm a sensibilidade para perceber o momento certo de contar o diagnóstico e o que deve ser dito? Esses médicos têm o treinamento necessário para lidar com essas questões tão delicadas? E é sempre importante saber que na maioria das vezes, existe uma forte relação transferencial que está muito relacionada ao sucesso do tratamento e assim, o médico, ao dar uma má notícia ao paciente, pode ir da polaridade "herói" para a polaridade de "bandido".

É necessário perceber que os aspectos psicológicos do oncologista, bem como sua própria estrutura de personalidade e mecanismos de defesa são refletidos na relação que estabelece com o paciente.

Assim como o paciente utiliza mecanismos de defesa psicológicos peculiares para enfrentar a situação, o oncologista também lança mão de recursos internos próprios para conviver diariamente com a doença, o sofrimento humano, a terminalidade e demais situações angustiantes.

PITTA (1994) descreve esses mecanismos, conforme visto anteriormente (fragmentação da relação médico-paciente, despersonalização e negação da importância do indivíduo, distanciamento e negação de sentimentos, tentativa de eliminar decisões e redução das responsabilidades.

Alguns desses mecanismos realmente podem ser prejudiciais tanto para o paciente quanto para a relação que esse estabelece com seu médico. Mas, cabe então questionar: o que fazer para que esses mecanismos de defesa não sejam utilizados de forma negativa pelos profissionais que lidam constantemente com a doença e a morte? A resposta a esse questionamento não é tão difícil, partindo-se do princípio de que o ser humano é totalmente dinâmico e peculiar em sua essência. E justamente por ter essas características é que está a todo o momento mudando, agindo e atuando sobre seu ambiente, para criar as condições necessárias para seu pleno desenvolvimento, interagindo de diferentes formas com diferentes indivíduos e constantemente se autoconhecendo.

Mencionou-se também que cada paciente tem seus mecanismos psicológicos próprios para lidar com o diagnóstico de câncer e seu tratamento, porém é necessário que o profissional que assiste a esse paciente tenha certas habilidades para manejar essas situações complicadas.

É certo que a formação médica já é demasiadamente desgastante e que os médicos não têm as habilidades técnicas para lidar com aspectos psicológicos como o profissional da Psicologia os possui.

No entanto, os oncologistas precisam de certo conhecimento para perceber ao menos, quais pacientes estão emocionalmente estruturados diante o diagnóstico e tratamento. Vale lembrar que, no caso do câncer avançado, essa percepção e sensibilidade devem ser aumentadas na medida em que aumentam também as angústias do paciente frente sua terminalidade.

Para isso, é fundamental que o médico reconheça seus sentimentos e atitudes diante determinados pacientes que porventura possam despertar certos conteúdos psíquicos angustiantes. Se fosse possível que todos os oncologistas pudessem passar por algum tipo de

acompanhamento psicológico, com certeza o nível de ansiedade e sofrimento no momento da comunicação do mau prognóstico seria mais ameno. Esse autoconhecimento é de grande importância para a boa relação médico-paciente e consequentemente, uma boa comunicação.

Assim, o médico teria mais consciência de seus conflitos e consequentemente menor carga de projeção no seu paciente e, igualmente a relação médico paciente pode se tornar mais saudável. Certamente, que esse é um ideal um tanto quanto utópico para a atual situação de ensino em Medicina no Brasil. Porém, algumas estratégias podem ser utilizadas sem que mudanças radicais sejam necessárias.

Outro ponto importante refere-se à dificuldade que os médicos têm em aplicar na prática clínica o conhecimento aprendido sobre comunicação em Oncologia. Pode-se dizer que essa dificuldade deriva, sobretudo, da percepção de incurabilidade da doença, ideias de fatalidade, sofrimento, medo de passar por cirurgias mutiladoras, medo da dor severa, medo do tratamento e de seus efeitos colaterais, além dos inúmeros mitos e preconceitos que permeiam a sociedade quando se trata de uma doença como o câncer.

Contudo, além dos treinamentos em comunicação em oncologia que a literatura propõe, seria de grande valia grupos psicoterapêuticos fechados para os oncologistas, a fim de abordar questões da morte, da terminalidade, das perdas, enfim, questões inerentes ao diagnóstico de câncer.

9 O DOENTE TERMINAL E OS CUIDADOS PALIATIVOS

A expressão “doente/paciente terminal” é utilizada nos casos em que não há mais procedimentos terapêuticos que possam ser usados para a cura da doença do indivíduo. Essa questão é bastante contraditória e gera muita ansiedade nos profissionais de saúde, pois um paciente em estado terminal de sua doença é um paciente próximo da morte. E estar frente a frente com a terminalidade do ser humano, com sua finitude e sua morte geram desconforto emocional, angústias, medo e ansiedade tanto no paciente, quanto nos familiares e na equipe que o assiste.

Tudo isso se dá pelo fato da sociedade tratar a morte como um problema que deve ser enfrentado. Há alguns séculos, os homens lidavam com a morte de maneira bastante natural. A morte acontecia nos campos de batalha, na casa dos doentes graves, presenciada pelos

familiares e amigos que lá estavam, ou seja, havia a oportunidade de um contato com aquele que estava morrendo. A morte não era um acontecimento estranho. Fazia parte da vida.

Falar sobre a morte constitui permanente desafio para o homem desde as mais remotas civilizações. A Medicina, mais do que qualquer outra ciência, coloca diretamente a problemática da morte diante do profissional. O médico responde a esse desafio muitas vezes com ansiedade, medo e até como ameaça à sua própria vida.

Hoje, pode-se perceber um comportamento completamente diferente em relação à morte. Evita-se falar sobre o assunto e evitando falar, faz-se todo o possível para que essa situação não aconteça. Lança-se mão de todos os recursos técnicos possíveis para manter vivo um paciente, mesmo quando isso já não faz mais sentido. A morte não acontece na casa do doente, mas nos hospitais, de forma impessoal, distante do aconchego familiar e conforto emocional. A morte passa longe das vistas dos familiares, o paciente morre sozinho, no leito de um hospital, muitas vezes, sem que tenha dito ou feito o que tinha vontade nos "momentos finais". Um corpo morto é algo que causa grande incômodo, pois traz à consciência a ideia da própria finitude. O homem ocidental não está preparado para sua temporalidade e finitude. Sua cultura se baseia na aposta da multiplicidade e no desejo de maiores conquistas, poderes e satisfações. E, ainda, parecendo ignorar a relação entre Ser e Tempo, traçando suas metas e valores como se fosse viver para sempre.

Atualmente, o termo "*paciente terminal*" pode ser substituído pelo termo ***"fora de possibilidades terapêuticas"***, uma vez que a terminalidade de um paciente não pode ser objetivamente descrita e prevista. O termo "fora de possibilidades terapêuticas" é mais adequado, pois traduz uma ausência de condutas terapêuticas que possam levar a cura ao doente, o que não significa que o mesmo encontra-se em fase considerada terminal ou que sua morte está próxima.

Dependendo da gravidade do seu estado clínico o paciente sofre profundas agressões psicológicas causadas pelo definhamento corpóreo gerado pela doença. Sofre inúmeras limitações, fica dependente de aparelhos para respirar, se alimentar, não faz nada sozinho, depende da equipe médica para tudo. O paciente perde sua identidade, suas vontades, seus desejos são abandonados e ele passa a "viver" em função da doença, da vontade da equipe e da família. Muitas vezes não conseguem falar, por causa dos aparelhos utilizados para respirar, abrindo mão de toda e qualquer possibilidade de manifestar seus pensamentos e desejos.

Um paciente fora de possibilidades terapêuticas é um ser humano em pleno sofrimento, diante do que já foi exposto sobre seu estado físico e emocional.

Em alguns casos, o paciente tem suas funções orgânicas preservadas até certo ponto, conseguindo assim "levar uma vida normal", porém a sombra do medo da morte o acompanhará sempre, até que esta realmente se faça presente.

a. Sobre a Morte e o Morrer

Lidar com a questão da morte é muito difícil tanto para o paciente quanto para seus familiares e também para a equipe que está assistindo ao doente. Kübler-Ross foi pioneira nos estudos sobre a morte e o processo de morrer. Ela identificou a existência de padrões de fantasias, comportamentos, ansiedades e defesas que auxiliam o profissional de saúde a perceber os mecanismos utilizados pelos pacientes, diante a ameaça de morte. Ela os agrupou em cinco estágios, pelos quais esses pacientes passam desde que o mau prognóstico é firmado.

- ✓ Negação
- ✓ Raiva
- ✓ Negociação
- ✓ Depressão
- ✓ Aceitação

Esses mecanismos de defesa não podem ser padronizados a todos os pacientes, pois em vários casos, a sequência pode não ser essa, os estágios podem se misturar podendo alguns pacientes passar por certas fases e por outras não.

NEGAÇÃO

O primeiro mecanismo de defesa utilizado pelos pacientes quando recebem a notícia sobre sua doença ou mau prognóstico é a negação. Nessa fase, o paciente recusa o contato como fato que poderia causar turbulências e muito sofrimento emocional, ou seja, o fato é tratado como se não existisse ou não fizesse parte de sua vida. Muitas vezes, esse mecanismo é necessário para que não haja uma completa desestruturação mental. O termo negação implica em um conjunto de mecanismos mentais, estudados profundamente pela Psicanálise. Para o psicólogo que atua em hospitais, é importante identificar esse mecanismo e auxiliar os outros profissionais a lidarem com esse paciente.

RAIVA

Esse mecanismo é utilizado quando o paciente não pode mais negar sua situação ou até mesmo quando o impacto sentido foi tão grande que a negação se tornou impossível, passando o paciente a sentir ódio e raiva, demonstrando inconformismo por meio de condutas agressivas. Pode recusar os procedimentos médicos e acabar tornando-se um grande problema para a equipe de cuidadores e também para a família.



Em termos psicanalíticos, pode-se dizer que o paciente utiliza mecanismos primitivos, "jogando" seus conteúdos nas pessoas mais próximas (identificação projetiva). Essas pessoas são encaradas pelo paciente como responsáveis pelo seu sofrimento e por isso as agressões são voltadas para elas. A agressividade é o resultado da tomada de consciência da realidade e as fantasias inconscientes são frutos da necessidade de encontrar responsáveis pelo estado em que se encontra.

NEGOCIAÇÃO

Nessa fase o paciente aceita a realidade, de certa forma, mas tenta efetuar "barganhas", acordos, negociações que lhe possibilitem manter uma visão real dos fatos ou então para aproveitar o tempo que lhe resta. É o momento de fazer promessas a entidades religiosas, mudanças de vida a fim de conseguir o adiamento da morte ou a cura da doença. Pode-se perceber que nessa etapa, ocorrem processos criativos: as pessoas reavaliam suas vidas, preparam-se para uma reconciliação com o mundo, fazem as pazes com a família, conseguindo o tempo necessário para realizarem algo que desejaram muito.

DEPRESSÃO

Esse é o estágio em que o paciente elabora lutos, mostrando-se introspectivo, retraído, triste, com muito sofrimento, evitando o contato com pessoas que não compreendem seu momento. Porém, necessita de muita companhia e atenção. É importante diferenciar esse estágio da fase de raiva, na qual o paciente apresenta depressão persecutória, mas mostra-se rancoroso e triste, porém não elabora lutos nem trabalha as perdas com o objetivo de aceitar a realidade.

ACEITAÇÃO

Chegam a esse estágio os pacientes que passaram pelos anteriores e os superaram, e a chance de que isso aconteça é maior se o paciente puder contar com a ajuda dos profissionais que o assistem e de sua família durante todo o processo. Tendo se realizado a despedida das experiências e dos entes queridos, pode manifestar-se uma grande sensação de paz e tranquilidade. O paciente mostra-se desligado, indiferente, dorme bastante, como se estivesse repousando de um grande esforço. É essa tranquilidade que diferencia a fase de aceitação da anterior, a depressão, em que se percebe que ainda existe um grande sofrimento psíquico. Nem todos os pacientes chegam nesse estágio e muitos não precisam passar pelos anteriores para chegar nesse. O importante é que a instituição e os profissionais permitam que o paciente participe da sua própria morte, escolhendo sua forma e lugar.

É importante dizer que nem todos os pacientes passam por todos os estágios, podendo o paciente passar de um estágio a outro, retornando ao anterior, ou estar fixado em dois estágios ao mesmo tempo, por exemplo. Verificou-se que por essas etapas passam também os pacientes que não se apresentam em risco de vida imediato, tais como os pacientes crônicos e aqueles que perderam órgãos ou funções do corpo. Havia grandes semelhanças com os mecanismos utilizados frente a qualquer perda, dada a necessidade de elaborar o luto envolvido. Os estágios apresentados podem acontecer com os médicos e demais membros da equipe, e também com os familiares do paciente. Nesses casos, o profissional de saúde é fundamental para assessorar a equipe assistencial.

b. O profissional de saúde mental frente à morte

O profissional de saúde mental muitas vezes é chamado para oferecer suporte à equipe mediante o caso de doença em sua fase terminal. Esse fato decorre das dificuldades no lidar com o paciente, no sentido da relação humana, incluindo aqui as reações contratransferenciais do próprio médico ou outro profissional que assiste o doente. A observação minuciosa constatará que, quase sempre, todos os participantes do processo estão envolvidos, ainda que em graus diferentes.

Como já foi visto o profissional de saúde mental lidará com pacientes, familiares, colegas de trabalho e com a própria instituição. Sendo assim, é importante uma explanação sobre essa atuação em cada situação.

- ✓ **Lidando com o paciente**

O profissional de saúde mental deverá promover um espaço de continência para o paciente que está morrendo. Ser continente significa ouvir, mesmo que o paciente não fale. Significa estar ao lado e aqui entra em jogo a intuição empática, que possibilita ao profissional saber o momento certo de falar ou de se calar. A intuição empática decorre de uma identificação profunda com o ser humano, com seu sofrimento é desenvolvida com a experiência, com o convívio com colegas experientes, com treinamentos específicos.

Conversar com um paciente fora de possibilidades terapêuticas não envolve sempre falar sobre a morte. Quem dá a direção para a entrevista é o próprio doente, que escolherá os assuntos no momento em que se sentir capaz e preparado. O profissional deverá ficar junto, ouvir, compreender. O doente, mesmo que silencioso, sente falta do contato com o profissional, mesmo que não verbalize isso. É importante reconhecer por qual das fases citadas anteriormente o paciente está passando, pois isso ajuda muito no contato com o doente. Deve-se respeitar o estágio da negação, mas o profissional deve estar junto para que o paciente possa abandonar essa defesa, sabendo que existe alguém próximo que o auxiliará no enfrentamento da realidade, tornando seu sofrimento mais suportável.

Normalmente, o médico encontra-se obcecado em falar toda a verdade para o paciente, sem que esse seja avaliado em suas condições naquele momento. Quando o profissional faz um bom vínculo com o paciente, esse lhe dará as dicas de que quer saber mais sobre seu estado e de que forma prefere saber a verdade. De maneira geral, o paciente deve ser informado daquilo que quer saber no momento em que ele preferir. Não se deve eleger o momento mais adequado para o profissional ou sua família. É sempre necessário esperar que o doente manifeste sua vontade de saber a verdade. No entanto, é imprescindível que não minta

para o doente, pois ele perceberá, consciente ou inconscientemente, e a relação poderá se comprometer.

✓ **Lidando com a equipe**

Muitas vezes, o impacto do mau prognóstico e futura morte de um paciente é tão grande e intenso para o profissional que, mesmo inconscientemente, acaba por abandoná-lo. Os doentes percebem essa ausência e, além de se sentirem rejeitados, sofrem muito pela frustração que causaram aos outros. A equipe busca intervenções muitas vezes desnecessárias, na tentativa de evitar uma morte que ela mesma sabe que é inevitável. Essas intervenções podem gerar sofrimento ao doente, além de não terem utilidade. Obviamente, sempre há de se usar todos os procedimentos médicos necessários, mas é importante se questionar sobre o real resultado da intervenção: se irá promover uma melhora na qualidade de vida do paciente ou aliviar a angústia da equipe ou da família.

O profissional de saúde mental deve acolher essa angústia da equipe, ao mesmo tempo em que proporciona condições para que o paciente em estado avançado de sua doença possa ter a melhor qualidade de vida possível naquele momento.

✓ **Lidando com os Familiares**

A família do paciente geralmente está despreparada para lidar com a morte e o morrer de um ente querido. Normalmente, esperam que o médico e a instituição de saúde cuidem do doente e promovam a cura. Dessa forma, os familiares criam uma idealização em relação ao médico e o hospital, que pode ser desfeita nesses casos. As consequências são as mais variadas e o mais comum é que os familiares projetem toda sua impotência, desespero e sentimento de culpa nos profissionais, que são responsabilizados e agredidos. Não se pode esquecer também que, muitas vezes, o próprio profissional estimulou essa idealização, evitando conversar abertamente sobre o prognóstico do paciente ou se negando a abordar de forma verdadeira as reais limitações da medicina.

O familiar passa pelos mesmos estágios descritos por Kübler-Ross. A negação poderá fazer com que ele não tome as providências necessárias, levando-o posteriormente a sentimentos de culpa. A raiva pode ser projetada na equipe de saúde, ou no próprio paciente, que é maltratado como se fosse o responsável por sua doença.

Não é rara a família de o paciente desagregar-se, gerando inimizades e acusações entre seus membros. Nesses momentos, o profissional de saúde mental e a equipe de saúde devem trabalhar com a família, poupando o paciente e facilitando uma reconciliação.

É importante estar bastante atento, pois o profissional estará lidando com sentimentos basicamente relacionados à culpa, que invadem os participantes da família. Esses sentimentos podem ter sido decorridos de fatos anteriores, ou seja, de fantasias conscientes e inconscientes, relacionados à ambivalência amor – ódio. Todas as pessoas apresentam esse sentimento contraditório em relação aos familiares, e se o indivíduo não souber lidar com eles adequadamente, o sentimento de culpa será predominante. Nesse caso, a ajuda do profissional de saúde mental será fundamental.

Outras reações dos familiares podem abranger sentimentos de desprezo e abandono do paciente, incompreensão em relação às necessidades do doente. É necessário identificar as motivações inconscientes dessas condutas e para isso, a família precisa ter um espaço acolhedor, para que possam externalizar suas angústias, medos e ansiedades. Esse espaço poderá ser proporcionado pelo profissional de saúde mental ou até mesmo pela equipe assistencial, visando sempre uma possível reaproximação dos familiares e a resolução das pendências entre os membros e o paciente.

Dessa forma, evitam-se lutos patológicos, identificações com o morto, quadros melancólicos, somatizações, autopunições inconscientes que podem durar pelo resto da vida.

✓ **Lidando com a Instituição**

A instituição de saúde não está preparada para lidar com os pacientes “fora de possibilidades terapêuticas”. Geralmente, o paciente é abandonado pela equipe e em casos que envolvem culpas, onipotência da equipe ou ganhos financeiros, prolonga-se desnecessariamente a vida do doente.

Claro que os procedimentos médicos devem ser feitos conforme a necessidade de cuidados do doente, mas situações invasivas que em nada irão ajudar no tratamento ou melhoria da qualidade de vida do doente devem ser evitadas.

Cabe aqui ressaltar a importância de ouvir o paciente e compreender suas decisões. Quando este tem algum poder sobre sua vida e sua forma de morrer, ele mesmo dará os sinais sobre como deseja morrer. Recuperado esse direito, os pacientes geralmente desejarão estar próximos de sua família, em casa, acolhidos e amparados pelo aconchego familiar.

Geralmente, os pacientes fora de possibilidades terapêuticas acabam ficando dias na UTI e é evidente que esse recurso não é necessário para pacientes sem nenhuma chance de sobrevida, pois a UTI é um ambiente extremamente impessoal e invasivo.

O paciente que está morrendo no hospital deve ser assistido por uma equipe multidisciplinar capacitada e treinada, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida daquele doente. Aqui começam os chamados "Cuidados Paliativos", que não visam à cura da doença, mas a promoção de conforto e bem-estar ao doente.

c. Cuidados Paliativos

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Isso significa a identificação precoce e o tratamento da dor e outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Cuidado paliativo é uma combinação de ações terapêuticas e medidas para confortar e apoiar indivíduos e famílias que convivem com doenças graves, cujo tratamento curativo não teve resultados. Durante os períodos de doença e privação, o atendimento paliativo procura satisfazer as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, da mesma forma que acolha para os valores pessoais, culturais, religiosos, crenças e hábitos.

A equipe de cuidados paliativos deve ser multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, podendo ter nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psiquiatra, dentre outros. Deve-se enfatizar a vida, encorajar a esperança, e ajudar as pessoas a aproveitarem o melhor de cada dia. Os responsáveis pelo atendimento paliativo devem tratar os pacientes com respeito, devem aceitá-lo, reconhecer seu direito à privacidade e confidencialidade, e devem responder às suas necessidades individuais, de forma atenciosa.

Os Cuidados Paliativos postulam uma nova forma de assistência ao período final de vida de doentes diagnosticados como "fora de possibilidades terapêuticas" e fundam uma nova especialidade médica voltada especificamente para essa categoria de pacientes. As equipes de unidades de Cuidados Paliativos propõem-se a atender à "totalidade biopsicossocial-espiritual" do doente e seus familiares, minimizando a dor e dando suporte emocional e espiritual a todos

os envolvidos no processo do morrer. Esse acompanhamento busca produzir uma “boa morte”, segundo modelo preconizado.

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Aumentar a autoridade e a qualidade de vida do paciente e sua família;
- Providenciar suporte e orientação prática, para os pacientes e seus familiares;
- Providenciar alívio adequado para a dor e sintomas;
- Manter o conforto e a dignidade do indivíduo;
- Providenciar apoio espiritual e emocional para os pacientes e familiares;
- Preparar os pacientes, suas famílias e prestadores de serviço para a morte;
- Proporcionar apoio à família nos momentos de privação após a morte.

10 HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

A humanização hospitalar é um assunto que tem sido muito discutido a partir do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde. Frequentemente, a dignidade do ser humano parece estar em segundo plano e a doença passou a ser o objeto de estudo reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga. Os profissionais de saúde demonstram desumanizar-se gradativamente, favorecendo a desumanização de sua prática.

O processo de humanização, então, requer profunda reflexão acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado –, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

Nessa perspectiva, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estarem cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão

humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana.

O termo humanização tem sido utilizado constantemente no âmbito da saúde, sendo à base de um amplo conjunto de iniciativas para oferecer uma assistência que valorize a qualidade **do cuidado ao doente, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade**. Esse conceito pode ser considerado norteador de uma nova prática no atendimento em saúde.

O processo de humanização nos hospitais deve ser compreendido como uma atitude que envolve toda a equipe da instituição e que se não estiverem todos envolvidos nessa atuação, o objetivo principal não será atingido.

10.1 COMO HUMANIZAR?

Devido ao grande desenvolvimento tecnológico da Medicina, alguns aspectos mais sublimes do paciente, tais como suas emoções, suas crenças e valores, ficaram em segundo ou terceiro planos. Apenas sua doença, objeto do saber cientificamente reconhecido, passou a monopolizar a atenção do ato médico, portanto, com esse enfoque eminentemente técnico a medicina se desumanizou.

FIGURA 9



FONTE: Disponível em: <http://www.inetgiant.com.ar/addetails/junior-en-informatica/3189861 >. Acesso em: 30/05/2012.

Dentre as práticas para a humanização nos hospitais é importante lembrar que humanizar o atendimento não é apenas chamar a paciente pelo nome, nem manter constantemente um sorriso no rosto, mas, além disso, compreender seus medos, angústias, incertezas dando-lhe apoio e atenção permanente. Humanizar também é, além do atendimento fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os conhecimentos, é valorizar, no sentido antropológico e emocional, todos os elementos implicados no evento assistencial.

A Humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relação entre pessoas em geral.

Entre os tópicos importantes na humanização do atendimento em saúde, é importante ressaltar alguns mais relevantes:

- Interesse e Competência na profissão;
- Diálogo entre o profissional e o paciente/família;
- Favorecimento de facilidades para que a vida do paciente seja melhor;
- Evitar aborrecimentos e constrangimentos;
- Respeito aos horários de atendimento.

Segundo Ballone (2005), algumas atitudes são diretamente relacionadas ao que se pretende com a Humanização do atendimento:

✓ **Aprimorar o conhecimento científico é uma consequência do interesse e competência**

Entretanto, o conhecimento continuamente adquirido deve ser o mais global possível, objetivando sempre atender as necessidades gerais dos pacientes, ao invés de se limitar exclusivamente à questão física ou específica da especialidade.

Na Oncologia, por exemplo, entre outras especialidades, a abordagem da dor e do conforto do paciente deve acontecer paralelamente à utilização dos mais recentes avanços terapêuticos. Devem-se atender também outros aspectos da qualidade de vida, como por exemplo, os efeitos colaterais do tratamento oncológico, a qualidade do sono do paciente, seu estado afetivo, sua sexualidade, apetite, estética, etc. Não se pretende, com isso, que o oncologista tenha todos esses conhecimentos, mas que seja sensível a ponto de facilitar para que o paciente conte com todos esses recursos.

- ✓ **Aliviar, controlar a dor e atender as queixas físicas e emocionais**

A atenção emocional diz respeito à compreensão sensível das queixas do paciente, mesmo que essas não tenham base fisiopatológica ou anatômica.

O que está em questão não são os limites dos livros de fisiopatologia, mas sim, a representação da realidade pelo paciente, suas vivências e seu estado existencial atual.

O alívio global do paciente nem sempre se proporciona exclusivamente com analgésicos ou outras intervenções técnicas. Para o conforto global é imprescindível o bem-estar afetivo, o qual pode envolver a companhia constante de familiares, à atuação de terapeutas, uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos e outros recursos psicoterápicos e ocupacionais necessários.

- ✓ **Oferecer informações sobre a doença, prognóstico e tratamento**

Os profissionais da saúde não devem economizar palavras ou qualquer outra forma de comunicação. O silêncio do profissional é uma das mais importantes queixas dos pacientes e familiares em relação ao mau atendimento.

Diante de um profissional calado e silencioso o paciente pode fantasiar para pior o seu estado de saúde, agravando assim seu estado emocional e, consequentemente, orgânico. As dúvidas e a carência de informações são as principais causas de não aderência ao tratamento e de procedimentos incorretos por parte dos pacientes, familiares e/ou cuidadores. A falta de diálogo com o profissional da saúde pode ser iatrogênico.

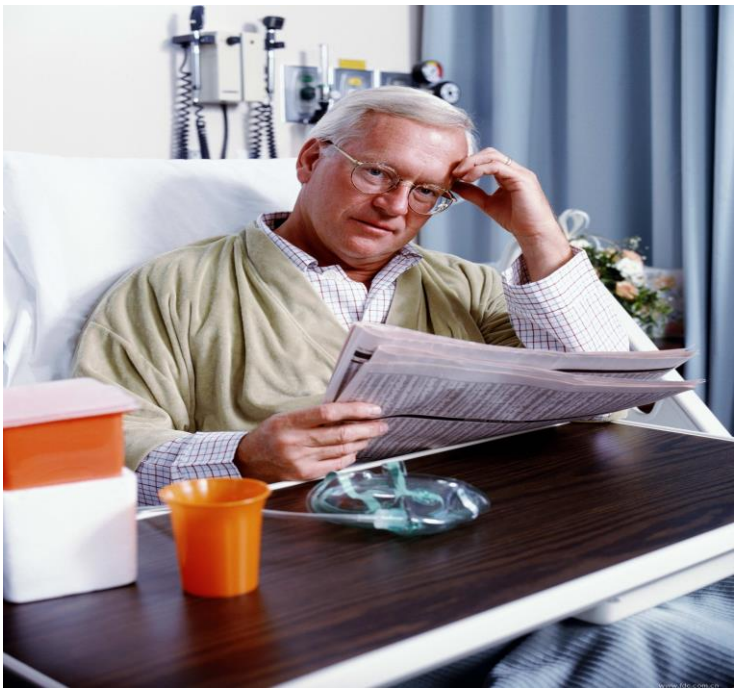
Não raras vezes ouvimos de pacientes que o simples contato com o médico (ou outro profissional da saúde) foi suficiente para que começasse a melhorar. Essa melhora deve-se ao diálogo, à empatia e à comunicação lenitiva do profissional da saúde.

- ✓ **Respeitar o modo e a qualidade de vida do paciente**

O tratamento médico deve, prioritariamente, ser uma atitude que visa melhorar a qualidade de vida do paciente, portanto, qualquer limitação ao seu estilo de vida imposta pelo tratamento deve ser evitada (desde que o estilo de vida em questão não seja o objeto do tratamento, como por exemplo, alcoolismo).

Alguns profissionais costumam ser insensíveis a esses valores, priorizando seus tratamentos em detrimento da qualidade de vida do paciente. Eles exigem que o paciente seja adequado ao tratamento e não ao contrário, o que seria desejável. O paciente não tem problemas que contraindiquem o uso social de uma taça de vinho. Então, o médico deve procurar preferir os medicamentos que não comprometam esse hábito.

FIGURA 10



FONTE: Disponível em: <http://food.fdc.com.cn/msjk/234058.htm >. Acesso em: 30/05/2012.

✓ **Respeitar a privacidade e dignidade do paciente**

Têm sido tênues os limites entre tudo o que o paciente deve se submeter para melhorar e facilitar o trabalho do médico ou profissional de saúde e aquilo que o profissional quer que o paciente faça apenas para seu conforto e comodidade.

Há em determinados hospitais algumas roupas padronizadas para pacientes que aniquilam totalmente sua dignidade, deixando à mostra sua intimidade para pessoas que nem

estão envolvidas na questão do diagnóstico e tratamento. Existem privações, proibições e restrições hospitalares que não resistem ao mínimo questionamento de um simples “porque não posso?”

Algumas atendentes de laboratório mandam o paciente voltar no dia seguinte porque não obedeceram ao jejum e, portanto, não podem retirar o sangue para o exame. E adotam esse procedimento para qualquer exame, mesmo que a alimentação não interfira neste determinado exame. Um pouco de disposição e boa vontade evitaria que o paciente perdesse a viagem, evitaria que ele voltasse mais uma vez para atendimento.

✓ **Compreender a importância de se oferecer ao paciente um suporte emocional adequado**

É alta a porcentagem de pessoas que pioram o quadro e as queixas depois de conversarem com profissionais da saúde, quando a conversa é destituída da sensibilidade necessária ao bem-estar emocional e afetivo do paciente. Essa frigidez emocional, comum em ambientes que deveriam confortar, pode resultar em agravamento dos sintomas, desenvolvimento de depressão e ansiedade que comprometem enormemente a recuperação.

Ficar lembrando que tal procedimento costuma ser muito doloroso, que tudo depende da biópsia, que isso não costuma ter cura, que as sequelas são terríveis, e coisas do gênero não contribui em nada, muito pelo contrário. Não é necessário mentir para que o paciente se sinta bem, mas escolher as palavras para transmitir a verdade é uma questão de vocação, sensibilidade e bom-senso. O segredo para um bom diálogo é imaginar como você gostaria que um profissional em seu lugar dissesse para um ente querido.

Para o suporte emocional é importante favorecer algumas preferências do paciente que não comprometem em nada o andamento do tratamento, como por exemplo, em relação aos acompanhantes, às visitas e outros hábitos costumeiros. Isso tudo, ou seja, a introdução de recursos mais próximos do cotidiano das pessoas, tais como músicas, vídeos, filmes, apresentações, atividades artísticas, lazer, etc., suaviza a característica fria da atenção à saúde e melhora o estado emocional. São mundialmente reconhecidos os benefícios dos “hospitalhaços” e afins na convalescença dos pacientes internados.

✓ **A instituição deve oferecer condições de trabalho adequadas ao profissional de saúde**

O grau de ansiedade, frustração e descontentamento do profissional (em qualquer área) tende a repercutir em seu trabalho. Há instituições de atendimento já consideradas humanizadas, porém, algumas vezes essa humanização diz respeito exclusivamente às melhorias da estrutura física dos prédios. Evidentemente que a estrutura física dos imóveis é bastante relevante, mas a humanização da instituição vai, além disso.

Quando a instituição não oferece condições satisfatórias para seus profissionais, há um risco bastante aumentado do atendimento não se processar satisfatoriamente. Também todo o sistema está envolvido. O sistema deve atender a instituição em suas necessidades básicas administrativas, físicas e humanas.

As atuais condições do exercício da medicina não têm contribuído para a melhoria do relacionamento entre médicos e pacientes, nem para o atendimento humanizado e de boa qualidade. E esse quadro atual se estende também a outros profissionais da área de saúde.

As dificuldades de humanização começam pelo lado do paciente. É fundamental considerar, para a humanização do atendimento, se o **paciente está inserido** em um contexto pessoal, familiar e social satisfatório. Esse contexto é indispensável até para a adesão ao tratamento, para a procura do serviço de saúde, para acompanhamento do tratamento.

Em segundo, a assistência à saúde deve **priorizar as necessidades pessoais e sociais do paciente**. Há um bom número de médicos que diagnosticam muito bem e prescrevem tratamentos primorosos, entretanto, não têm a mínima noção (e pior, a mínima preocupação) em saber se o paciente pode adquirir os medicamentos. Como costumam dizer, esse problema não é deles.

Ainda tem a questão primordial da **instituição**. Na instituição interatuam as necessidades de quem assiste e de quem é assistido e a satisfação de quem é atendido, infelizmente, depende, antes, da satisfação de quem atende.

Pode-se dizer que a rede de humanização em saúde é uma rede de construção permanente de laços de cidadania, em que há a valorização de todos os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, o fomento da autonomia e da corresponsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão, o

empenho na mudança dos modelos de atenção e gestão vigentes e o compromisso com o meio ambiente e com a melhora das condições de atendimento e de trabalho (Brasil, 2005).

De acordo com Lepargneur (2003), humanizar é saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo. Para Pessini (2002) é possível e adequado para a humanização se constituir, sobretudo, na presença solidária do profissional, refletida na compreensão e no olhar sensível, aquele olhar de cuidado que desperta no ser humano sentimento de confiança e solidariedade.

10.2 O PAPEL DO PSICÓLOGO NA HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Para que o psicólogo atue ativamente no processo de humanização dos hospitais, é importante que ele focalize seu trabalho no paciente, levando em consideração que esse saiu do seu contexto familiar e assumiu a condição de paciente, perdendo assim sua autonomia e independência. O serviço de Psicologia a serviço dos pacientes internados é de extrema importância para o tratamento e recuperação dos mesmos, pois a doença, muitas vezes, provoca reações psicológicas graves - como ansiedade, medo, insegurança, depressão, entre outras, apenas solucionáveis mediante ação desses profissionais.

A contribuição da Psicologia no contexto da saúde, notadamente no âmbito hospitalar, foi de extrema importância nestes últimos anos para resgatar o ser humano para além de sua dimensão físico-biológica e situá-lo em um contexto maior de sentido e significado nas suas dimensões psíquica, social e espiritual (Pessini & Bertachini, 2004).

Dessa forma, o psicólogo deve valorizar aspectos qualitativos dos fenômenos presentes na vida de cada paciente. Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui não somente atribuições técnicas do profissional, mas também capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida.

Sendo o ambiente hospitalar um local que gera insegurança e uma peculiar ansiedade, é natural que seja encarado como um lugar de sofrimento e dor, de espera e angústia, e muitas vezes de desesperança. Nem sempre os pacientes dos serviços de saúde participam das decisões sobre sua vida pessoal, tampouco das políticas de saúde desenvolvidas. Os

profissionais, na verdade, "não fazem questão" de abrir espaço e repartir com seus pacientes a responsabilidade de cuidar de sua vida e gerir seu destino.

Para Jeammet e Consoli (2000), a hospitalização apresenta por si mesma, condições suficientes para induzir um efeito de estresse e de desorganização do controle emocional do paciente. Por isso, no momento da internação o doente se encontra vulnerável, e não é difícil imaginar o que pode ser a angústia dele ao chegar à emergência de um hospital, passando por situações de inquietação sobre a natureza da afecção, de distanciamento da família e precipitação em um mundo desconhecido, sem falar das repercussões dos efeitos físicos da doença.

O papel do psicólogo hospitalar será desenvolvido a partir do encontro com o paciente, no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela doença e consequente internação. Fundamentada em uma visão humanística com especial atenção aos pacientes e familiares, a psicologia hospitalar considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanos definidos e respeitados (Angerami, 2001).

Com o passar do tempo os hospitais passaram a considerar importante e necessário o trabalho do psicólogo nas enfermarias e ambulatórios para atender de forma humanizada os pacientes e compreender a relação dos profissionais com o paciente e com os familiares, sabendo que na maioria das vezes a angústia ou a depressão do doente refere-se à fragilidade do corpo, sofrimento, invalidez e medo de internação, estabelecendo então dificuldade na relação entre médico e paciente.

De acordo com Angerami (2001), como profissional de saúde, o psicólogo deve observar e ouvir com paciência a linguagem verbal e não verbal dos pacientes, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase da hospitalização, buscando superar os momentos de crise.

A humanização do atendimento por parte dos psicólogos nos hospitais envolve observar todos os aspectos ligados ao adoecer, o respeito aos temores, crenças e fragilidades dos pacientes e de seus familiares. Aumentar a integração da equipe técnica com os usuários, promover uma diminuição na angústia e na tensão, constituem meios eficazes para se mudar a impressão prevalente da população sobre os hospitais, fazendo com que os usuários passem a

ver o hospital como um lugar que tenta oferecer condições para a manutenção de uma boa saúde ou a sua recuperação (Pessini & Bertachini, 2004).

O trabalho do psicólogo hospitalar está voltado também a favorecer um apoio à equipe de saúde e orientar adequadamente os familiares que acompanham o paciente.

Sebastiani e Chiatone (1991) afirmam que o psicólogo não está apenas atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim, à busca da visão ampla possível de quem é e como está o paciente perante seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento, tendo como o principal objetivo resgatar a visão do indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocioespiritual, que tem como princípio básico da própria existência o direito inalienável à dignidade e ao respeito. No hospital o psicólogo atua, quase sempre, também em situações de crise e emergência, considerando-se que a pessoa hospitalizada passa por novas situações de adaptação e mudança em seu dia a dia. Ao se instalarem, muitas vezes, regressões emocionais, negação da realidade, dependência, impotência, sentimentos que advêm da própria rotina de hospitalização do indivíduo. O psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia, para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente e ajudá-lo a enfrentar esse difícil processo, bem como dar à família e à equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do momento de vida da pessoa enferma. Como profissional de saúde, o psicólogo tem, portanto, que observar e ouvir pacientemente as palavras e silêncios, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase de sua doença, buscando superar os momentos de crise.

Pessini e Bertichini (2004) relatam que a humanização no atendimento exige dos profissionais da saúde, essencialmente, compartilhar com seu paciente experiências e vivências que resultem na ampliação do foco de suas ações, de regra restritas ao cuidar como sinônimo de ajuda às possibilidades da sobrevivência. Dessa forma, cada encontro entre o profissional deatendimento humanizado e o paciente reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, em um contexto relacional.

Há muito a fazer em termos de operacionalização de políticas públicas relacionadas com a saúde, bem como com a necessidade de intervir no aparelho formador de profissionais para criar uma nova cultura. Felizmente a reflexão avança, à medida que estimula os profissionais da saúde, juntamente com a sociedade, a debater este contexto.

Conclui-se que, para a construção de uma política de qualificação da saúde, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede de serviço hospitalar do Brasil.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. **Medicina Psicossomática:** princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ALVAREZ GALLEGO, E.; FERNÁNDEZ RIOS, L. (1991). **El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional.** Revisión de Estudios - Revista Assoc. Esp. Neuropsiquiatria, 11(39):257-265.

ANGERAMI, C. V. A. **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2001.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: _____ **Psicologia Hospitalar: Teoria e Técnica.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1995, p. 15-28.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. In: _____ **Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000. p. 7-21.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia Hospitalar:** a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. São Paulo: Traço Editora, 1984.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social.** São Paulo: Letras e Letras, 1991.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BALLONE, G. J - Humanização do Atendimento em Saúde - in. **PsiqWeb**, Disponível em: <www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 23 maio 2008.

BARLETTA, J. B. **O Psicólogo E Questões Éticas No Contexto Hospitalar.** Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte, Fev-Jul 2008, Ano 4, n.7. 5 Disponível em: <http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n7_5.pdf>. Acesso em: 23 maio 2008.

BESTEIRO, M. M. & BARRETO, M. P. **La Formación de los Profesionales de la Salud: la Contribución del Psicologo Hospitalario**. In REMOR, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). **El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario.** Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicologia, 2003.

BEZERRA, B. Prefácio. In: Campos, F.C.B. **Psicologia e Saúde.** Repensando Práticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BOTEGA, N.J. SMAIRA, S. I. **Prática psiquiátrica no hospital geral:** interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.

BRASIL. (2005). **Política nacional de humanização. Humaniza SUS**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/ area.cfm?id_area=389>. Acesso em: 20 maio 2008.

CAMPOS, F.C.B. **Psicologia e saúde - repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CASTRO, Déborah Azenha de. **Psicologia e ética em cuidados paliativos**. Psicologia Ciência e Profissão, 21 (4), 44- 51, 2001.

CASTRO, E. K. & BORNHOLDT, E**. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar:** definições e possibilidades de inserção profissional. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 24, p. 48-57, 2004. Disponível em: <http://www.pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php> Acesso em: 15 mar. 2008.

CASTRO, L. **Psicologia: 500 questões com gabarito comentado**. Rio de Janeiro: Impetus, 2004.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. São Paulo, Livraria Atheneu, 1984.

CHIATONE, H. B. C. (2000). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In ANGERAMI-CAMON (org). **Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica,** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000, p. 73-165.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In Angerami, V. A. (org.) **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica.** São Paulo: Pioneira, 2000, p. 73 – 158.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Código de ética profissional do psicólogo**. Agosto, 2005.

CREPALDI, Maria Aparecida. **Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização.** Paideia,... 1999. Disponível em: <http://www.labsfac.ufsc.br/documentos.bioética.pdf>. Acesso em: 24 maio 2008.

DELGADO et. al. **Revisión teórica del burnout – o desgaste profesional en trabajadores de la docencia.** Canoas, 1993 (2):47-65.

DIAS, N. M. e RADOMILE, M. E. S. **A implantação do serviço de Psicologia no hospital geral:** uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. São Paulo: Universidade de São Francisco, 2007.

EKSTERMAN, A. Psicossomática: o diálogo entre a Psicanálise e a Medicina. In J. Mello Filho (Org.) **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992, p. 77-88.

FENICHEL, O. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

FRANÇA, A. C. L.; Rodrigues, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática.** São Paulo: Atlas, 1997.

FREYRE, K. **Era uma vez: laboratório de sonhos**. Recife: Editora Universidade de Pernambuco – UPE, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

JEAMMET, P. R. M, & Consoli, S. **Psicologia Médica.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.

JÚNIOR, R. F. ALVES, T. C. T. F. **Depressão no Hospital Geral:** estudo de 136 casos. Rev Assoc Med Bras 2002; 48(3): 225-30.

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. e GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAUTERT, L. (1997). O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Rev. Gaúcha Enfermagem,** 18(2): 83-93.

LECLAINCHE X. **É preciso humanizar o hospital**. Rev Paul Hosp 1962 maio; 10(5):7-10.

LEPARGNEUR, H. **Princípios de autonomia.** Em C de A. Urbin (Org.), **Bioética clínica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

LIPOWSKI, Z. J. Delirium in older adults. **Advances in Psychosomatic Méd**, 19, p. 1-16.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTY, P. Concepções gerais. In: _____ **A psicossomática do adulto** (P. C. Ramos, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1993, p. 3 – 11. (Trabalho original publicado em 1990).

MASLACH C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach **Burnout inventory manual.** 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist' s Press; 1996.

MEDEIROS, Giane Amanda. **Por uma ética na saúde:** algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. Psicologia Ciência e Profissão, 22 (1), 30-37, 2002.

MELLO, F. J. Introdução. *In :* _____ **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

NOGUEIRA – MARTINS, L. A . Saúde mental dos profissionais da saúde. **Revista brasileira de medicina** (trad.). Belo horizonte. v. 1, nº1, p. 56 – 68, julho – setembro, 2003. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/downloads/revista/vol_01_01/rbmt08.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2008.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Os beneficiários da interconsulta psiquiátrica**. Boletim de Psiquiatria, 28 (1), p. 22-23. (1995).

NOGUEIRA-MARTINS, L. A., BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. **Revista ABP- APAL**, 20 (3), p. 105-111, 1998. Os beneficiários da interconsulta psiquiátrica. Boletim de Psiquiatria, 28 (1), p. 22-23. (1995).

OLIVEIRA, F. P. T. SANTOS, G. S., SILVA, L. S. **A Percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva.** Rev Nursing. 2003, 60 (6), p. 37-42.

OLIVEIRA, Maria de Fátima & CAMÕES, Cristina. **A ética na avaliação psicológica: uma perspectiva psicofilosófica**. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0003&area=d1>. Acesso em: 25 maio 2008.

PAIVA, Luiz Miller de, SILVA, Alina M. A. De Paiva Nogueira da. 3. ed., rev., aum e atual. **Medicina psicossomática**. São Paulo: Artes Médicas, 1994. 874p.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, L. (2002). **Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar.** Bioética, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 10(2). Disponível em: <http://www. cfm.org.br>. Acesso em 25 maio 2008.

PIVA, Jefferson Pedro & CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Considerações Éticas nos Cuidados médicos do paciente terminal.** Bioética: Revista do Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF, 1 (2), 129-138, 1993.

PROCESSO Consulta nº 1.401/02-Conselho Federal de Medicina (30/02), de 21 de junho de 2002.

RODRÍGUEZ-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.

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

Sebastiani, R. W. & Chiattone**,** H. B. C. **Curso de introdução em psicologia hospital.** São Paulo: Nêmeton, 1991.

SEBASTIANI, R. W. Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-americana. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (editor) **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: PioneiraThomson Learning, 2000. p. 201-222.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História.** 2003. Disponível em <http:www.nemeton.com.br>. Acesso em: 17 mar. 2008.

SEGRE, Marco. **Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia**. Em: COHEN, Cláudio & SEGRE, Marco. Bioética. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 2002, s.p. Disponível em: <http://www.ufpel.tche.br/medicina/bioetica/cap2.pdf>. Acesso em 25 maio 2008.

SILVA, R. C. A formação em Psicologia para o trabalho na saúde pública. In CAMPOS, F. C. B. (org). **Psicologia da Saúde: repensando práticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

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

SPINK, M. J. P. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In CAMPOS, F. C. B. (Org.) **Psicologia e saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992, p. 11-23.

SPINK, M.J. , Psicologia da Saúde: A Estruturação de um Novo Campo de Saber. In: CAMPOS, F.C.B. (Org.) **Psicologia e Saúde - Repensando Práticas.** São Paulo: Hucitec, 1992.

STRAUB R. O. **Psicologia da Saúde** (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2005. (Trabalho original publicado em 2002).

TORRES, Wilma da Costa. **A bioética e a psicologia da saúde: reflexões sobre questões de vida e morte**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 16(3), 475-482, 2003.

VOLICH, R. M. **Psicossomática.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

YAMAMOTO, O. H. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v. 11, p. 345-362, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 17 mar. 2008.