



PSICOLOGIA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS
NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Mirian Batista Gonçalves

CAXIAS DO SUL

2021

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA

PSICOLOGIA HOSPITALAR: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS
NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Trabalho apresentado como requisito parcial para a aprovação na disciplina PSI0519AC – Trabalho de Conclusão de Curso II, sob a orientação da Profa. Dra. Rossane Frizzo de Godoy (CRP 07/04147)

Mirian Batista Gonçalves

CAXIAS DO SUL

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço, acima de tudo, ao meu Deus e Criador. Antes de todos, acreditou em mim, me deu oportunidade, força e coragem.

Aos meus pais, irrepreensíveis em moral e fé sempre estiveram ao meu lado encorajando-me a prosseguir.

Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, pela constante demonstração de orgulho e carinho.

À José e Silvia Bassoto, mais que empregadores foram amigos. Sempre flexíveis e tolerantes a minhas necessidades acadêmicas. Sem tal apoio o caminho teria sido, indiscutivelmente, muito difícil.

Aos orientadores, professores e colegas que me ajudaram a crescer em teoria e prática, em experiência de vida e caráter. Agradeço o compartilhar de suas vivências e conhecimentos científicos.

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO	8
OBJETIVO GERAL	10
OBJETIVO ESPECÍFICO	10
REVISÃO DE LITERATURA	11
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	11
Aspectos psicológicos frente ao adoecimento	13
Psicologia Hospitalar	20
MÉTODO	31
Delineamento	31
Fontes	31
Instrumentos	32
Procedimentos	32
Referencial de Análise	33
SÍNTESE INTEGRADORA	34
CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXO.....	51

ANEXO

Anexo (A): Ficha de Apontamento.....51

RESUMO

O significativo crescimento nos casos de doenças crônicas no Brasil e no mundo tornaram a categoria motivo de preocupação global devido ao seu impacto na morbimortalidade e nos custos decorrentes de assistência médica. As doenças crônicas são responsáveis por cerca de 71% de todas as mortes no mundo, estima-se 41 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 15 milhões em pessoas entre 30 e 69 anos de idade. Em abrangência nacional estas doenças não representam apenas a primeira causa de mortalidade, mas, também, de hospitalização. Todo o processo de adoecimento pode ser extremamente mobilizador e somado a condição de internação hospitalar, o paciente pode facilmente desencadear reações psíquicas e comportamentais específicas em sua subjetividade, proveniente da relação que este estabelece com a doença/tratamento/hospitalização. Nos últimos anos o trabalho do psicólogo tem recebido importante reconhecimento na promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas vinculadas a instituições hospitalares, na qual envolve ações de prevenções, ações educativas e a própria intervenção. É neste sentido que o objetivo geral deste trabalho busca identificar os desafios e possíveis contribuições da Psicologia Hospitalar no tratamento de pacientes com doenças crônicas. Enquanto por objetivos específicos: caracterizar doenças crônicas; caracterizar aspectos psicológicos de pessoas vivendo com doenças crônicas em situação de hospitalização; apresentar um panorama histórico da Psicologia Hospitalar e; identificar atribuições do psicólogo no contexto hospitalar. A pesquisa apresenta um delineamento qualitativo caracterizado em natureza exploratório-descritivo. Os materiais utilizados como fontes foram livros encontrados na biblioteca da Universidade de Caxias do sul – BICE, e no acervo pessoal do pesquisador, entre o período de 1996 a 2019. Também foram utilizados artigos científicos, resgatados das bases de dados: Google Acadêmico, SciELO (Scientific Electronic Library On-line), PePSIC, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Bireme, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH). Bem como a análise de documentos do CRP e CFP. O período de busca para as fontes citadas foi de 2005 a 2019. Os descritores utilizados como critérios para a pesquisa incluíram combinações entre psicologia hospitalar, psicólogo, equipe multiprofissional e doenças crônicas. Para análise detalhada e delimitação do material coletado no processo de levantamento bibliográfica, como instrumento, propôs-se a coleta e tabulação dos apontamentos seguindo o modelo de “ficha de apontamentos”. Foi realizada com base na síntese integradora. A análise dos dados indicou a relevância do papel humanizador do psicólogo no contexto hospitalar cujas contribuições na assistência ao paciente crônico pode alcançar as diversas áreas do hospital.

Tais contribuições compreendem aspectos de cuidado ao paciente desde o momento diagnóstico, interventivo, até em estágio de alta hospitalar ou mesmo envolvido em equipes de cuidados paliativos, sua atuação abrange não só o paciente, mas também familiares e equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar, Doenças Crônicas, Psicólogo hospitalar, Doença Crônica não transmissíveis.

INTRODUÇÃO

A necessidade por maior conhecimento em Psicologia Hospitalar surgiu como resultado de minha trajetória acadêmica, ao participar de eventos que promoveram discussões relacionadas a área, assim como em sala de aula e no compartilhar de vivências com colegas do curso. No primeiro momento destaco a experiência tida na XII Semana Acadêmica de Psicologia – 40 anos, 2019, que, como parte da programação ofertara a palestra: “Do curar ao cuidar: intervenção psicológica em cuidados paliativos no contexto hospitalar”. Outro momento surgiu como consequência da cadeira de Psicologia e Psicoterapia Humanista e Existencial, onde foi realizado um estudo de caso que teve como artefato uma equipe de profissionais da saúde no contexto hospitalar e sua interação com o meio. Tais ocasiões, entre outras, provocaram-me acerca das múltiplas formas de atuação do profissional da psicologia em ambiente hospitalar e suas possíveis contribuições para o bem-estar e a qualidade de vida dos envolvidos neste contexto.

A escolha por associá-la com doenças crônicas ocorreu após explorar o assunto e constatar os altos índices de morbimortalidade e internações associadas a categoria. No qual quase $\frac{3}{4}$ (três quartos) das mortes ocorridas no mundo decorrem de doenças crônica, de forma que este número continua a aumentar. Mesmo com quadros potencialmente modificáveis, os fatores de risco são elevados pelas ausências e excessos no estilo de vida da população (dieta saudável, sedentarismo, uso de cigarro etc.), relações que explicam a maior parte destas mortes e enfermidades (*World Health Organization - WHO*, 2018). Ao refletir nesta parcela da população, no acervo de aspectos psicológicos e alterações psíquicas mobilizadoras que envolve o adoecimento e o quanto a cronicidade pode mudar todo o roteiro de uma vida e das vidas que a cercam, sobretudo em estágio de internação, tornou-se inviável conceber o funcionamento de qualquer equipe multiprofissional de assistência a tais enfermos sem a presença da psicologia.

Como objetivo principal a psicologia hospitalar busca pela minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (Camon, 1997). No caso de o sujeito hospitalizado possuir diagnóstico crônico, este profissional atua junto ao enfermo no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela ocorrência do fenômeno da doença. Com capacidade de se tornar um estado duradouro, a enfermidade, pode acarretar consequências modeladoras da vida psicológica-existencial do sujeito (Santos & Sebastiani, 1996) que, para além da doença, precisa lidar com o processo de hospitalização e potencial despersonalização gerada pelo contexto. Neste ambiente são muitas as demandas pertinentes

a especialidade do psicólogo que atua com foco na promoção de saúde, prevenção e enfrentamento de doenças que por vezes estão longe da cura.

Cada vez mais se tem reconhecido que a falta de humanização do ambiente físico hospitalar pode acarretar a piora do quadro clínico do paciente crônico (Santos & Sebastiani, 1996; Mota, Martins & Vêras, 2006; Alexandre, Vasconcelos, Santos & Monteiro, 2019) de modo que o sofrimento provocado pela hospitalização abrange não apenas a hospitalização em si, mas, principalmente, as sequelas emocionais que podem surgir em decorrência desta (Nunes & Zanetti, 2015; Camon, 1997). Quadro que evidencia a importância da presença do psicólogo hospitalar no utilizar de estratégias que auxiliie paciente, familiares e equipe multiprofissional a lidar com os fatores presentes neste processo. Atualmente como um dos pilares no campo da saúde está o movimento de humanização do atendimento, o qual fundamenta a necessária adoção de um processo de acolhimento configurado na confirmação e alteridade do outro (Alexandre et al., 2019). À vista disto que a pesquisa nesta área se faz progressivamente necessária, a considerar o gradual adoecimento crônico da população, uma vez que se tem reconhecido a importância de melhores práticas de tratamento com foco no paciente crônico e seu funcionamento emocional.

Além de promover a humanização no atendimento hospitalar e a compreensão do sujeito como um todo diante do adoecimento o trabalho do psicólogo, também, diz respeito a cada vez mais ocupar seu lugar nos setores da Saúde. Com o propósito de presar pela saúde e qualidade de vida dos usuários, a Psicologia Hospitalar se encontra fundamentada no saber biopsicossocial que pressupõe uma atuação interdisciplinar em resposta a tendência integrativa da saúde. Integração que nem sempre é fácil para o psicólogo (Chiattonne, 2000) que precisa trabalhar de modo a deixar sempre muito claro e caracterizado seu campo de atuação e seu papel neste local, para que assim possa se tornar uma parte ativa da equipe de saúde e sua função não perca a funcionalidade terapêutica necessária para atender as demandas provenientes do contexto hospitalar. Neste sentido, o aprofundar de conceitos que contemplem a caracterização da psicologia hospitalar e, estructure definições do objetivo e campo de atuação do psicólogo em instituição hospitalar pode se apresentar de grande valia ao acadêmico com tendência a migrar para este campo de atuação e ao psicólogo hospitalar que busca amparo teórico, sobretudo em relação a possibilidades de atuação no tratamento de paciente com doença crônica, a considerar que estes ocupam a maior parte do leitos nos hospitais.

Diante do exposto este trabalho procurará responder ao seguinte problema de pesquisa: Quais as possíveis contribuições e desafios da Psicologia Hospitalar no tratamento de pessoas com doenças crônicas?

OBJETIVO GERAL

Identificar possíveis contribuições e desafios da Psicologia Hospitalar no tratamento de pessoas com doenças crônicas.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar doenças crônicas.

Caracterizar aspectos psicológicos de pessoas com doenças crônicas em situação de hospitalização.

Identificar atribuições do psicólogo no contexto hospitalar.

REVISÃO DE LITERATURA

Doenças Crônicas

São consideradas crônicas as doenças que compõem condições crônicas ou que concerne ao tempo. De modo geral, se apresentam por múltiplas causas, caracterizadas por início gradual e de prognóstico usualmente de longa ou indefinida duração. O curso clínico destas doenças muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, que podem gerar incapacidades. A necessidade de cuidados contínuos requer intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, mas, que nem sempre resultam na cura (Ministério da Saúde, 2013).

Dentre as doenças crônicas, pode se identificar as Doenças Crônicas infecciosas (transmissíveis) e as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT). As Doenças Crônicas infecciosas possuem padrões de transmissão complexos relacionados a determinantes ambientais, sociais, econômicos ou a fatores desconhecidos; são, às vezes, transmitidas por insetos, vetores de difícil controle; de perfis epidemiológicos e; em sua maioria, são doenças crônicas com longos períodos de infecção e que requerem tratamentos prolongados, como exemplo do HIV, tuberculose, lepra e leishmaniose visceral (Barreto et al, 2011).

Por estarem associadas à pobreza e marginalização (habitações em más condições, falta de água potável e saneamento básico) são consideradas as mais negligenciadas pelos governos, em extensão histórica. As quais, caso não sejam tratadas a tempo, acabam apresentando efeitos irreversíveis nas pessoas infectadas, podendo causar deficiências a longo prazo e/ou permanentes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

No início do século XX as doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito, cerca de 50%, enquanto no presente século, com as vagas melhorias de condições sócio-econômico-culturais, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas não transmissíveis (Organização Pan-Americana da Saúde, 2007). Embora as doenças infecciosas sejam, ainda, importantes e causem altos índices de mortalidade, o significativo crescimento nos casos de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e no mundo tornaram a categoria motivo de preocupação global devido ao seu impacto na morbimortalidade e nos custos decorrentes de assistência médica (Bielemann, Silva, Coll, Xavier, & Silva, 2015). São responsáveis por cerca de 71% de todas as mortes no mundo, estima-se 41 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 15 milhões ocorrem prematuramente (entre 30 e 69 anos de idade) e mais de 85% desses óbitos ocorrem em países de baixa e média renda (WHO, 2018). No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, tendo sido responsáveis em 2016, por 74% do total de mortes (Ministério da saúde, 2019), sendo que,

em 2013, mais de 45% da população adulta, em média 54 milhões de indivíduos, constataram possuir pelo menos uma DCNT (IBGE, 2014).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são consideradas silenciosas devido seu desenvolvimento ao longo da vida (Pirolo & Vivancos, 2019), além de responderem por um número elevado de mortes, também são responsáveis pela perda de qualidade de vida de uma grande parcela da população, incapacidades e alto grau de limitação em suas atividades de trabalho e de lazer (IBGE, 2014), além disso, este rápido aumento da morbimortalidade ocasiona impactos econômicos negativos na realidade das famílias, das comunidades e da sociedade em geral, o que resulta no agravamento de iniquidades sociais e a acentuação da pobreza (Malta et al., 2014) de milhões de pessoas no Brasil e no mundo (OPAS, 2007).

As DCNT tendem a ser de longa duração e são resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2018). Os fatores de risco determinantes das DCNT são categorizados em, fatores de risco biológicos modificáveis, como, o excesso de peso/obesidade, altos níveis de colesterol, hiperglicemia, hipertensão arterial; fatores de risco biológicos não modificáveis, que responde pela idade, sexo, genética e etnia; fatores de risco comportamentais, advindos do uso de tabaco, alimentação não saudável, inatividade física, consumo de álcool; fatores de risco ambientais, de condições sociais, econômicas e políticas, como renda, moradia e trabalho, infraestrutura física, meio ambiente, educação, acesso a serviços de saúde e medicamentos essenciais e; fatores de risco de influências globais, determinados pela globalização, urbanização, tecnologia e migração (OPAS, 2007). Entre os fatores de alta prevalência, destacam-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo (IBGE, 2014), que contribuem para fatores de risco metabólicos e aumentam o risco de DCNT, como, o aumento da pressão arterial, sobrepeso/obesidade, hiperglicemia (altos níveis de glicose no sangue) e hiperlipidemia (altos níveis de gordura no sangue) (WHO, 2018).

O uso do tabaco tem sido responsável por mais de 7,2 milhões de mortes a cada ano (fora os efeitos da exposição ao fumo de segunda mão), a estimativa é de que haja um aumento significativo nos próximos anos. Cerca de 4,1 milhões de mortes anuais são atribuídas ao consumo excessivo de sal/sódio e mais da metade das 3,3 milhões de mortes anuais atribuíveis ao uso de álcool são de DCNT, sem incluir o câncer. Mas, os fatores de riscos não são advindos apenas de excessos, mas também de faltas, como podemos perceber no 1,6 milhão de óbitos por ano que são atribuídos à insuficiência de atividade física (WHO, 2018). O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles

relacionados é de extrema importância para definição de políticas de saúde voltadas para prevenção destes agravos (IBGE, 2014).

Entre os principais tipos de DCNT estão as doenças cardiovasculares, responsáveis pela maioria das doenças ou 17,9 milhões/ano (como ataque cardíaco e derrame), seguidas por cânceres 9 milhões (particularmente o cérvico-uterino e o de mama em mulheres e de estômago e pulmão nos homens), doenças respiratórias com 3,9 milhões (como doença pulmonar obstrutiva crônica e asma) e diabetes com 1,6 milhão (WHO, 2018).

No Brasil, as DCNT não representam apenas a primeira causa de mortalidade, mas, também, de hospitalização. As doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas, são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade, funções neurológicas e perda significativa de qualidade de vida, devido o agravo das doenças (Ministério da Saúde, 2013). Por este motivo que, nas últimas décadas o Ministério da Saúde tem dirigido esforços a desenvolver um sistema de vigilância específico para as DCNT, de modo a se apropriar cada vez mais de sua magnitude e dos fatores de risco associados a estas, bem como acompanhar suas tendências socioespaciais ao longo do tempo (IBGE, 2014). Já em relação as doenças infecciosas, no Brasil, têm se buscado implementar estratégias que utilizam a identificação de doenças e administração em massa de medicamentos preventivos para doenças consideradas negligenciadas junto a população em situação de pobreza e vulnerabilidade social (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

Aspectos psicológicos frente ao adoecimento

Os aspectos psicológicos se configuram como sendo manifestações da subjetividade humana diante de determinada circunstância, neste caso, o adoecimento, tais como sentimentos, comportamentos, fantasias, crenças, conflitos e o próprio estilo de adoecer. O adoecimento ocorre quando cheio de sua subjetividade o sujeito inaugura uma realidade patológica que se instala em seu corpo. Este obstáculo finda por produzir uma diversidade de aspectos psicológicos que são evidenciados no próprio paciente, na família e, também na equipe profissional (Simonetti, 2016).

O adoecimento se destaca como potencial originador de fatores de risco psicossociais e biológicos no qual tende a tornar o indivíduo vulnerável a desequilíbrios emocionais e ao desencadeamento de sintomas psicopatológicos (Nunes, Rios, Magalhães & Costa, 2013). No caso de pacientes com doenças crônicas, tais vulnerabilidades se destacam ainda mais devido restrições advindas da doença, principalmente em períodos de baixa capacidade funcional, mental e social (Goulart, 2011).

Deve-se considerar que nem sempre pacientes com doenças crônicas são acometidos por uma só enfermidade, na realidade, a maior parte destes apresentam situações crônicas com algum tipo de comorbidade (Sousa, 2005). Muitas destas enfermidades não apresentam perspectiva de recuperação/remissão, restando a pessoa apenas o esforço para se adaptar a vida com a doença, para que assim possa viver, na medida do possível, com qualidade apesar das limitações e perdas impostas pela enfermidade. Não obstante, ser um doente crônico é lutar constantemente para se adaptar com as incapacidades que tendem a aumentar conforme as condições crônicas afetam o organismo. É neste sentido que o paciente crônico precisa fazer um esforço contínuo para aceitar o fato de que pode nunca se curar e que a tendência é o gradativo agravamento do seu quadro clínico. Diante disto, se faz necessário que o doente crônico lute constantemente no sentido de compreender e/ou aceitar a doença, para que desta forma, consiga conviver pacificamente com ela (Santos & Sebastiani 1996).

A doença pode ser sentida pelo indivíduo como uma agressão na qual abala de forma generalista sua condição do ser. Por conta do adoecimento o futuro se torna um caminho obscurecido e temeroso. Responsável, até mesmo, pelo afastamento do indivíduo doente do convívio familiar social e do seu trabalho, a enfermidade gera um isolamento quase que por completo do seu meio ambiente, capaz de bagunçar toda a dinâmica das relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com seu círculo social. Portanto, enquanto perdurar a enfermidade, a pessoa precisa assumir uma nova condição, o ser/estar doente. Determinante que pode alterar até mesmo a própria identidade do sujeito, devido mudanças e perdas advindas de sua nova realidade existencial (Santos & Sebastiani 1996).

Nesta situação de perdas, pela qual se define o adoecimento, perde-se não somente a saúde, mas também a autonomia, o tempo, o dinheiro etc. além da eminente possibilidade de se perder a própria vida. Em meio a tantas perdas, e em sua grande maioria reais, o sujeito experimenta uma série de impressões formadas por consequências subjetivas. Comumente o ser humano confere sentido a praticamente tudo o que ele vivência, e com o adoecimento não é diferente, pois, o conjunto de sentidos que o sujeito confere a sua doença constitui, como consequência, o seu próprio campo de aspectos psicológicos (Simonetti, 2016). Apesar de tantas perdas que envolve o contexto do enfermo, a depender de seus aspectos psicológicos, este, pode se utilizar de seu estado para captar ganhos secundários advindos da própria condição adoentada. Isso pode vir acontecer quando comparado a sua situação anterior, agora, o paciente ganha mais atenção e cuidado, ganha o direito de não ir ao trabalho, ganha, a quem cabe, a condição de autocomiseração e até a possibilidade de ser possuidor de desculpas genuínas que expliquem suas dificuldades existenciais, profissionais

e/ou amorosas (Simonetti, 2016). No entanto, na maioria das vezes este mecanismo traz problemas não só para o doente, mas também, para aqueles que convivem com ele (Ismael, 2010). Observa-se que este ser doente pode não querer ficar bom por desejar as atenções do tratamento que recebe de amigos, parentes etc., mecanismo que surge para compensar o desespero existente. Tais cuidados especiais ao ser doente é encarado como privilégios que alimentam a sensação de satisfação e o desejo de exploração de carinho, neste sentido, atuando como redutor de angústia. Quando as limitações do paciente crônico são vividamente reforçadas pela família, pode fazer com que o indivíduo venha mostrar-se ainda menos capaz e, ainda mais dependente e mais impotente (Santos & Sebastiani 1996). Tais ganhos secundários da doença demonstram como os aspectos psicológicos podem, também, atuar como fatores de manutenção do adoecimento (Simonetti, 2016).

Frequentemente a doença física está associada a questões emocionais e psicológicas que, quando não tratadas, muito contribuem para o agravamento da enfermidade e até mesmo para sua cronificação (Ismael, 2010). Em alguns casos, em termos de psicossomática, os aspectos psicológicos podem surgir como sendo a própria causa da doença, como seu principal desencadeador, como aspecto agravante do quadro clínico, como agente de manutenção do adoecimento, ou ainda pode ser a própria consequência dessa condição. Emoções, conflitos psíquicos, estresse etc., são apontados como influenciadores e de certa forma responsáveis diretos da etiopatogenia de diversas doenças como úlceras, hipertensão, artrite, colite, hipertireoidismo, asma etc. Contudo e, inclusive, vivências psicológicas podem nada ter a ver com o início da patologia, mas, indiscutivelmente, ajuda na piora de quadros clínicos já instalados, influenciando negativamente no seu tratamento e, agindo de diversas formas (Simonetti, 2016).

Todo o processo de adoecimento pode ser extremamente mobilizador para o sujeito, a considerar que, mesmo que num primeiro momento, o próprio diagnóstico acabe por desencadear reações psíquicas específicas no paciente, que passado pelo choque inicial da identificação da doença, é sensibilizado a experimentar estados como de medo, depressão, choro e desespero. As manifestações psíquicas e comportamentais também são encontradas em condições de hospitalização decorrentes da relação que o paciente estabelece com a doença/tratamento/hospitalização. De acordo com Santos e Sebastiani (1996), essas podem se manifestar através de:

Culpa – frequentemente associada a manifestações de autorreferência no processo de elaboração da doença;

Negação – considerada um mecanismo de defesa cuja característica está na não-inclusão de afetos ameaçadores, ou na incapacidade psíquica de administrá-los;

Raiva – manifestação auto protetora diante da situação ameaçadora;

Hostilidade – manifestação comportamental que pode indicar fragilidade, sendo uma forma de responder reativamente a situação ameaçadora;

Fantasia – apontam para o comprometimento do juízo de realidade;

Frustração – Reação normal do indivíduo frente alguma vivência decorrente de perdas ou privação de prazer. Muito comum diante de recidivas de doenças crônicas;

Impotência – geralmente acompanhada por autoestima rebaixada e sentimento de menos-valia;

Insegurança – fragilidade presente em estados ansiosos;

Fracasso – insatisfação apontada para o eu;

Regressão – maturidade emocional regredida;

Dependência – manifestação psíquica que indica a busca pelo fortalecimento egóico através da identificação com outro considerado mais forte;

Conformismo – comportamento passivo, podendo acompanhar um estado depressivo e aparentar uma falsa aceitação;

Projeção – mecanismo de defesa que revela a fragilidade da estrutura egóica podendo estar associada com o comprometimento da personalidade;

Isolamento – forma de retirada do sujeito quanto ao convívio social, se tornando desprovido da troca de afeto social (devido hospitalização);

Desamparo – manifestação que surge devido a perda de referenciais decorrente da nova rotina organizacional. (hospitalização);

Pânico – prevalência de respostas impulsivas diante de situações de ameaçadoras, chegando a respostas comportamentais de fuga.

Despersonalização – decorrente da hospitalização implicada de perda de referências subjetivas existenciais. Deixando de ser singular passa a responder como um n° de prontuário sem direito de decisão sobre seus objetivos e necessidades pessoais básicas. Levando ao rebaixamento da autoestima, ansiedade, adaptação exagerado do ambiente, insegurança etc.;

Esperança – manifestação que demonstra permanência de projetos de vida e expectativas diante dela. Podendo estar ligada a dados de realidade ou suplantada a fim de promover alívio.

Ambiguidade – caracterizada pelo duplo sentido ou pelo conflito de opções, havendo presença de dúvida, incerteza e angústia.

Hospitalismo Positivo – Manifestação tida como positiva quando ocorre adaptação à internação e rotina hospitalares devidos carências socioeconômicas e afetivas anterior a hospitalização, levando o paciente a preferir ficar hospitalizado (ganho secundário).

Hospitalismo Negativo – neste surge questões de desamparo atingindo de forma aguda a estrutura de personalidade do sujeito, podendo este chegar a estados depressivos;

Estresse – comumente identificado após alguma exigência física e/ou psíquica do sujeito;

Agitação Psicomotora – Surgimento de movimentos involuntários, resultante de alterações orgânicas e/ou psicológicas;

Agressividade Autodirigida – podendo ser comportamental ou verbal, com autorreferência e autodepreciação;

Agressividade Alo-dirigida – dirigida ao meio ambiente pode estar presente a agressividade física e verbal;

Medo Real ou Fantasmático – o medo real se caracteriza por emoções ligadas a eventos internos que afete a autoestima e/ou o mundo externo que esteja ligada a realidade. Já o medo fantasmático faz relação a emoções ligadas ao mundo interno ou externo que não esteja sujeita ao Juízo de Realidade;

Comportamento Fóbico – Franca fuga de situação, objeto ou ser. Desencadeador de ansiedade descontrolada e temor intenso;

Sensação de punição – prevalência de sentimentos de autorreferência;

Sensação de Abandono – caracterizado pelo desamparo, podendo ser real devido a institucionalização que acaba gerando distanciamento familiar e afetivo social;

Limitação de atividades – ocasionada pela própria doença ou tratamento, obrigando estado passivo frente a hospitalização e a vida;

Conflitos quanto a Privacidade e Privação da Liberdade – decorrente a despersonalização gerada pela internação acompanha a sensação de invasão;

Esquema corporal modificado – quando ocorre alguma alteração concreta no corpo do sujeito em que está implicada a consciência corporal e a representação psíquica dele;

Conflitos na Área da Sexualidade – Observa-se as conflitivas causadas pela doença nesta área da vida do sujeito.

O que se tem notado é a existência de uma série de sentimentos confusos e dolorosos que acompanham o indivíduo desde o aparecimento da doença e que podem vir a ser agravados com o processo de internação hospitalar (Santos & Sebastiani 1996). Neste contexto, se torna inevitável que o paciente perca sua individualidade devido a brusca ruptura

com seu cotidiano, frequentemente a própria rotina hospitalar agride o sujeito neste sentido (Ismael 2010).

O hospital é uma instituição marcada pela luta entre a vida e a morte. Quando internado o sujeito sofre em sua história pessoal uma cisão que modifica todo seu cotidiano, que impacta sua autonomia e o transcurso, outrora tido como normal, de sua vida. É neste contexto que muitos fatores emergem de modo a contribuir para que o paciente se sinta descontente, desgostoso, diante da sensação de abandono, medo do desconhecido etc. A própria situação de internação e institucionalização é totalmente nova e desconhecida para o indivíduo que, involuntariamente, acaba por sofrer com fantasias e temores acerca de sua nova, incerta e vulnerável situação. Considera-se a condição institucionalizada do adoecido um evento marcado pela invasão e privação do espaço vital do sujeito, pois neste nível lhe é derrubada de forma abrupta as barreiras invisíveis e semipermeável que a pessoa levou uma vida para construir ao seu redor (Santos & Sebastiani 1996).

Neste ambiente, o tratamento nem sempre é visto pelo paciente como uma experiência benéfica e desejável. Quando se refere a tratar uma doença, esta condição está implicada em uma série de ameaças, seja à integridade física, à autoimagem (cirurgias, principalmente as mutiladoras), ao equilíbrio emocional e ao necessário ajustamento do sujeito a um novo meio físico e social. O ambiente hospitalar, o tratamento e o ser manipulado por pessoas desconhecidas em condições desconhecidas, inevitavelmente, o vulnerabilizam tanto física quanto emocionalmente (Ismael, 2010).

A internação frequentemente reforça a condição de dependência na qual pode ser sentida pelo paciente, como já citado, uma forma de agressão, pelo simples fato de se encontrar sobre o domínio de uma estrutura hospitalar que desproposita, mas necessária ao seu modo de organização, tende a tirar o sentido de autonomia e a capacidade de decisão do paciente sobre si mesmo (Santos & Sebastiani 1996). A simples condição hospitalizada faz com que a pessoa adquira signos que irão enquadrá-la numa nova performance existencial. Seu espaço vital já não se move mais pelas suas próprias escolhas e seus hábitos quebrados pela hospitalização e por todo processo de instalação da doença que devido sua cronicidade implica necessariamente em uma total reestruturação vital (Camon, Trucharte, Knijnik & Sebastiani, 2009).

Todo este contexto em torno do paciente hospitalizado representa um evento extremamente estressor. Condição complexa em que o sujeito além de lidar com todo um processo de adoecimento, ainda precisa enfrentar fantasias sobre a morte (Duarte & Wanderley 2011), e não só ele, mas também seus familiares e, por vezes, a própria equipe

de saúde, por estarem cientes de que sua luta está sendo contra uma doença de difícil chance de se alcançar a cura (Santos & Sebastiani 1996).

Desde o diagnóstico, passando por todo processo de adoecimento até o instante da morte, o paciente passa por inúmeros sofrimentos, mas é diante de um prognóstico crônico grave que o surgimento de angústia da morte é despertado (Melo, Zeni, Costa & Fava, 2013). Em momentos de sofrimento se torna inevitável para o ser humano traçar um paralelismo entre sua condição de dor e sua finitude, pois querendo ou não este fenômeno é um fator real e inevitável de sua existência (Camon et al, 2000). O ser doente, especial o doente crônico, vive mais intensamente a questão de estar sendo apontado, direcionado para a morte ao passo que o tempo e seu quadro clínico avança e a morte se torna mais real que suas perspectivas de cura (Santos & Sebastiani 1996).

As perspectivas de morte variam de sujeito para sujeito, a depender de seus aspectos psicológicos firmados por sua trajetória de vida, suas crenças, valores e cultura. O processo de luto é vivenciado por um conjunto de reações que se tem diante da eminente perda da vida, é o romper de vínculos e, de si mesmo. Por assim dizer o luto de um paciente crônico terminal é o viver da morte em vida (Porto & Lustosa, 2010). É neste sentido que estudos apontam pelo menos cinco estágios emocionais em que tanto o paciente quanto os familiares enlutados passam a partir do instante em que se é tomado por conhecida a gravidade da enfermidade (Kübler-Ross, 1996).

O primeiro estágio é a negação e isolamento, podendo ocorrer de forma total ou parcial. A negação é um mecanismo de defesa temporário que emerge diante da eminente morte. “Não, eu não, não pode ser verdade”, neste estágio é comum a procura por pareceres de outros profissionais. Neste processo os familiares buscam não falar sobre a doença com o doente estabelecendo entre si uma postura de defensiva, tal postura pode não contribuir para o estado psíquico do paciente. Em alguns casos a negação ocorre de forma parcial, onde o paciente se refere a doença como algo que encontra fora de si, como se pertencesse a outro. No entanto este período não dura muito tempo e logo é substituído pelo próximo estágio emocional, a raiva (Kübler-Ross, 1996);

Neste segundo estágio, está presente o sentimento de raiva, revolta, inveja, ressentimento e o questionamento “Por que eu?”. Tal frustração torna o modo de se relacionar hostil devido a tomada de consciência da aproximação da morte. Tal angústia se transforma em raiva por sentir sua vida interrompida, também considerada como válvula de escape emocional no qual pode produzir sensações de alívio para o sujeito. Esta fase pode ser muito difícil para a família e equipe de saúde, pois o paciente pode utilizá-los como alvo de suas projeções. Esta situação pode gerar o afastamento dos familiares e envolvidos,

fazendo aumentar sentimentos de angústias e a própria raiva no adoentado (Kübler-Ross, 1996);

No terceiro estágio entra a barganha, geralmente de curta duração, muitas vezes pode ficar oculta por ser feita a Deus e a familiares próximos. Pode estar associada a culpa e a temores, utilizada para adiar “consequências” de erros cometidos. Mas em outros casos, também, muitos pacientes se utilizam de medicinas alternativas como forma de barganha. Nesta fase o sujeito se mantém reflexivo e pouco agressivo (Kübler-Ross, 1996);

A depressão, como 4º estágio, toma forma quando o paciente se torna consciente de sua condição terminal. Sentimento de perda, dor, tristeza, sensação de impotência começam a caracterizar o quadro clínico do paciente (Kübler-Ross, 1996);

Como 5º estágio, a aceitação. Nesta fase o paciente se sentirá fraco e bastante cansado, querendo dormir com mais frequência, quase que como uma fuga, na busca pela estabilidade emocional. O desejo de ficar só, paz e dignidade se tornam prioridade (Kübler-Ross, 1996);

Nem sempre os estágios ocorrem nesta ordem, muitas destas fases vão e voltam conforme a evolução e a elaboração da doença e, principalmente, irá variar de sujeito para sujeito (Kübler-Ross 1996).

Apesar das circunstâncias de dependência e vulnerabilidade do paciente, importa que, mesmo fora das possibilidades terapêuticas curativas este tenha a disposição cuidados que não ignore sua dignidade de ser humano. O paciente quando hospitalizado necessita receber cuidados que, ainda que não visem a cura, possam proporcionar manutenção em sua qualidade de vida e dignidade, mesmo que em estágio terminal. Diante desta perspectiva é que a proposta de implementação de cuidados paliativos se apresenta como grande expectativa da efetivação de cuidados dignos a pessoas em estágio avançado de doenças crônicas e em fases terminais. Tal medida não tem por objetivo salvar vidas, mas viabilizar a humanização da morte. Considera-se a psicologia como indispensável neste processo, por se acreditar que para além dos sintomas físicos estão os sintomas psicológicos que se manifestam ao passo que a perspectiva de morte se aproxima (Porto & Lustosa, 2010).

Psicologia Hospitalar

Em meados dos anos 70, época de grandes mudanças políticas, sociais, econômicas, e culturais, emerge a Psicologia da Saúde (PS), voltada para as doenças físicas e para o campo da saúde entra em contraste com a Psicologia Clínica na qual centralizava-se na saúde mental e nas doenças mentais. Deste período em diante a PS se desenvolveu e rapidamente

ganhou reconhecimento não só nos Estados Unidos da América e na Europa, mas por todo o mundo (Ribeiro, 2011).

De atuação ampla e autônoma, a Psicologia da Saúde sedimenta os processos de saúde-doença em contexto biopsicossocial, além de evidenciar as possibilidades de trabalho do psicólogo na promoção de saúde e, também, na prevenção de enfermidades. No que tange a sua amplitude, se dá pelo agregar das diversas aplicações da psicologia nos múltiplos contextos de saúde. E autonomia, por compor-se de corpo teórico, firmes objetivos, objeto de estudo e práticas declaradas. Sua atuação abraça o nível primário (promoção de saúde), secundário (assistência e tratamentos) e terciário (assistência complexa) da saúde com capacidade de intervir tanto no sistema público como em outros sistemas sociais em que tenha espaço para a assistência do psicólogo da saúde (Alves, Ferreira, Costa, & Costa, 2017).

A Psicologia da Saúde como subcampo da Psicologia tem por área de interesse condições sociais, fatores biológicos e até mesmo traços de personalidade. Trabalha na aplicação de princípios e no desenvolver de pesquisas psicológicas que visem a qualidade de tratamentos e prevenção de doenças. É considerada uma ciência que procura responder questões sobre a forma como o bem-estar do sujeito é afetado por aquilo que pensa, sente e faz. Considerando a saúde como um estado de equilíbrio entre o que é de ordem física, mental e social a PS se envolve com os aspectos psicológicos da saúde do indivíduo presente em todas as fases de sua vida (Straub, 2005).

O aperfeiçoar da saúde assim como a prevenção e o tratamento de doenças compõe o objetivo geral da PS. Mas para que este seja possível ser alcançado a categoria possui pelo menos quatro objetivos específicos, no qual Straub (2005) pontua como sendo:

Identificar fatores sociais, comportamentais e psicológicos que influenciam determinada doença. Na busca pela origem das doenças e os motivos que levam as pessoas adquirirem comportamentos de risco a saúde;

Promover e manter a saúde. Através da pesquisa e intervenção estimula mudanças cognitivas e comportamentais relacionadas ao estilo de vida dos sujeitos;

Prevenir e tratar doenças. No projetar de programas que promovam a mudança de hábitos prejudiciais e, também, ao ajudar na adaptação do paciente adoentado a sua nova condição etc.

Formular políticas e serviços de saúde. Através do aprimoramento do sistema de saúde pública a PS se torna extremamente ativa nos meios políticos, com intenção de tonar os serviços de saúde uma realidade a todo cidadão, independente da classe social.

A Psicologia da Saúde destaca as atividades desenvolvidas pelo psicólogo nos diversos contextos da área da saúde, neste caso, tem-se a atuação da Psicologia no hospital como uma subespecialidade da Psicologia da Saúde (Ribeiro, 2011).

Apesar de internacionalmente ser um termo consolidado, a Psicologia da Saúde, no Brasil, como peculiaridade desenvolveu quase que exclusivamente um ramo específico do ambiente hospitalar, a Psicologia Hospitalar (Lazzaretti et al 2007). Que surge como representante de uma especificidade da Psicologia da Saúde no setor Secundário e Terciário. Teve seu início na década de 1950 com poucos profissionais em atuação na área. Neste período, a hospitalização infantil representou uma temática relevante para o trabalho de iniciação da psicologia hospitalar, o que contribuiu para o desenvolvimento de estudos científicos e para a entrada de outros profissionais da psicologia nos ambientes hospitalares. As primeiras atividades na área foram realizadas por Matilde Néder em 1954, na clínica ortopédica e traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (HC-FMUSP). Considerada a pioneira da área (Azevêdo & Crepaldi, 2016), sua atividade consistia no preparo psicológico pré e pós-cirúrgico dos pacientes submetidos a cirurgias de coluna. Trabalho que favoreceu e atraiu outros profissionais da psicologia para a atividade que, estava para além dos psicodiagnósticos (Lazzaretti et al, 2007).

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar se apresentou como primordial na atenção à saúde. Tanto que, se estabeleceu como local de realização de intervenções psicológicas antes mesmo de a Psicologia ser regulamentada como profissão no Brasil, ocorrido apenas em 1962 por meio da lei número 4.19 de 27/08/1962. No qual conferiu um caráter pioneiro ao referido contexto de atuação da psicologia na área de saúde (Elias, Perez, Moretto, & Barbosa, 2015).

Por volta de 1974, em São Paulo, a psicóloga Belkiss Romano Lamosa, convidada a organizar o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP desenvolveu um trabalho no hospital no qual possibilitou que se tornasse a primeira psicóloga a levar o tema “Psicologia no Hospital” como produto de dissertação de mestrado e, posteriormente, doutorado e livre docência. Desta forma, por Lei ou por iniciativa própria, alguns profissionais da Psicologia começaram trabalhar nos hospitais, o que resultou na expansão da categoria para outros estados do Brasil (Lazzaretti et al, 2007).

Ainda nos anos de 1980 pouco se falava ou se sabia a respeito do trabalho de psicólogos em hospitais. Por ainda serem poucos, era difícil encontrar uma instituição de saúde que aceitasse psicólogos em seu quadro de funcionários, uma vez que o hospital não

sabia ao certo sobre a atuação daquele profissional. Mas, o psicólogo se inseriu gradativamente, alguns para atender uma demanda específica e outros ligados a equipes de atendimento (Elias et al., 2015). A iniciativa de profissionais da área promoveu avanços significativos que marcaram o crescimento da Psicologia no hospital (Lazzaretti et al, 2007).

A busca por delimitar as práticas psicológicas de atuação do psicólogo nos ambientes de saúde, suscitou inúmeros questionamentos acerca das tarefas desse profissional, as quais precisavam ser definidas com clareza para a orientação das práticas (Lazzaretti et al., 2007). Como fragilidade inicial de atuação do psicólogo neste campo, emergiu a ausência de um *background* científico que embasasse sua prática, disponível apenas, naquele momento, a possibilidade de transpor o referencial teórico adquirido na universidade (Elias et al., 2015). Naquele momento, não havia uma prática delimitada da Psicologia Hospitalar, mas, uma especificidade da Psicologia Clínica no hospital. Neste sentido utilizavam-se recursos técnicos e metodológicos de outras áreas da Psicologia e, muitas vezes, se tentava simplesmente transpor o modelo da clínica para o hospital. Contudo, a partir da diversidade evidenciada no exercício diário da função, se iniciou a produção do conhecimento e o fortalecimento da identidade profissional nessa área, que impulsionou o avanço na teoria e na prática (CRP, 2016).

Em seu processo de construção a psicologia hospitalar, então, passou a ser regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia através da resolução de número 014/00 20/12/2000, e instituído o título profissional de Especialista em Psicologia Hospitalar. Especialidade que permaneceu em constante desenvolvimento, de forma a considerar a escuta terapêutica com usuários e familiares imprescindível frente ao processo de adoecimento e hospitalização (Elias et al, 2015).

Nos últimos anos o trabalho do psicólogo tem recebido importante reconhecimento na promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas vinculadas a instituições hospitalares, na qual envolve ações de prevenções, ações educativas e a própria intervenção (Elias et al., 2015). O reconhecimento da Psicologia Hospitalar contribuiu para edificar a inserção da Psicologia no setor da saúde. Tanto que, nos anos 2000, verificou-se o surgimento das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, por meio da Lei nº 11.129 de 2005, na qual a Psicologia foi anexada por ser considerada uma profissão da área da saúde (Lazzaretti et al., 2007). A partir disso, o Conselho Federal de Psicologia começou apresentar normas para o credenciamento de Programas de Residência em Psicologia na área da saúde (Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 15/2007).

Enquanto prática clínica a psicologia hospitalar fundou-se nas instituições e teve forte influência do modelo médico, no entanto, para o reconhecimento da Psicologia Hospitalar

como especialidade, fez-se necessário o esforço dos profissionais em relação à sistematização do trabalho e descrição de protocolos, a garantir a diferenciação entre a prática médica e a prática psicológica (CRP, 2016).

Em 2007 o Conselho Federal de Psicologia nº 013/2007 instituiu a consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia, que dispõe sobre as normas e procedimentos para seu registro, os seguintes itens: atuar em instituições de saúde, em participação da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde; Atuar também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, o qual visa o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, inclusive pós graduação lato e *stricto sensu*; Atender aos pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente, membros da comunidade dentro de sua área de atuação, membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, para promover o bem estar físico e emocional do paciente, alunos e pesquisadores, quando estes estiverem vinculados a pesquisa e assistência; Oferecer e desenvolver atividades em diferentes níveis de tratamento. Ter como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando a promoção e recuperação da saúde física e mental; Promover intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, paciente/paciente e do paciente frente ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais; Dirigir acompanhamentos a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas; Desenvolver diferentes modalidades de intervenção, de acordo com a demanda e formação do profissional, como, o atendimento psicoterapêutico, grupos psicoterapêuticos, grupos de psicoprofilaxia, atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva, pronto atendimento, enfermarias em geral, psicomotricidade no contexto hospitalar, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsultoria; Trabalhar com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, com o objetivo de promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

Ou seja, a psicologia hospitalar é a categoria que representa a atuação do psicólogo nos hospitais, no atendimento de pacientes que vivenciam situações de adoecimento e hospitalização (Azevêdo & Crepaldi, 2016), seja qual for a faixa etária, bem como suas famílias em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos (Lazzaretti et al, 2007). A atuação do Psicólogo Hospitalar abrange o âmbito assistencial, a

pesquisa, o ensino e a gestão dos serviços de Psicologia (Conselho Regional de Psicologia, 2016). Tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (Camon et al., 2009), que não é uma realidade apenas do paciente e da família, mas, também, dos profissionais da saúde envolvidos. Desta forma, sua função é a de promover o enfrentamento da doença por todos esses personagens (CRP, 2016).

Um dos primeiros desafios que o psicólogo enfrenta em sua prática ao adentrar no contexto hospitalar, se trata justamente de sua inserção na realidade institucional. Realidade que apresenta celeumas e condições que exigem do psicólogo algo além da discussão meramente teórico-acadêmica. A atuação deste profissional, no hospital, está diretamente determinada por limites institucionais, ambiente caracterizado por regras, rotinas, condutas específicas, dinâmicas que devem ser respeitadas, aspectos que limitam as possibilidades de atuação do profissional. Neste local de atuação, o psicólogo, deve então, redefinir seus limites no próprio espaço institucional juntamente com os outros profissionais (Chiattonne, 2000). Valores éticos e ideológicos surgirão ao longo do caminho e exigirão performances sequer imaginadas antes de sua ocorrência. Este terá de ter muito clara sua atuação neste ambiente (Camon et al., 2009).

Cada hospital possui características específicas que demandam do profissional o pensar e o fazer da Psicologia. Desta forma, um dos primeiros passos para a estruturação e organização do serviço de Psicologia, no ambiente hospitalar, engloba a necessidade de um diagnóstico institucional. Diagnóstico que envolve responder algumas questões que podem nortear as possibilidades de atuação do profissional na instituição, a qual proporciona um mapeamento institucional e, com isso, estruturar seu trabalho a fim de sistematizar o serviço de Psicologia. Como resultado da percepção acerca da instituição, é possível pensar quais serão as prioridades de atuação, onde intervir e o que precisará para intervir. Esse panorama possibilita embasamento para discutir com os gestores quais as possibilidades de ação e inserção da Psicologia no hospital (CRP, 2016).

A área exige do profissional da psicologia uma visão ampla do sujeito a ser atendido. Seu olhar clínico precisa, se estender da instituição à equipe, a fim de atender e dar o devido lugar as demandas vindas, desde aí para além, do sujeito que inicialmente estaria necessitando de atendimento. Neste ambiente os processos saúde-doença precisam ser olhados não a partir do modelo biomédico, mas ampliados para uma perspectiva maior, cujo olhar deve levar em conta os aspectos sociais, econômicos, culturais, espirituais, emocionais e éticos de cada sujeito e para o macro de todos os envolvidos. (CRP, 2016).

A partir disso, o profissional precisa ter um olhar criterioso para a clientela dessa instituição, visto que nem todos os indivíduos hospitalizados necessitarão de atendimento

psicológico. A população atendida e o contexto em que se dão os atendimentos são muito diversificados, o que exige do profissional da Psicologia Hospitalar uma disposição ao debruçar específico da vivência humana, em suas diferentes formas de apresentação seja ela criança, adolescente, adulto, idoso, paciente crônico, psiquiátrico, vítima de violência, cirúrgico, oncológico, e assim por diante (CRP, 2016). Cabe ressaltar que o foco e o objetivo da Psicologia Hospitalar não se aplicam apenas ao paciente internado, mas se estendem aos seus cuidadores/familiares e à equipe do hospital, ao se tornar um elo capaz de gerar um fluxo comunicacional entre estas instâncias (Vieira & Waischunng, 2018).

As atividades da Psicologia hospitalar se apresentam com o propósito de identificar as repercussões psicológicas decorrentes do processo de adoecimento e consequente hospitalização, que buscam estratégias para minimizar as alterações psíquicas e compreender a experiência da pessoa doente (Azevêdo & Crepaldi, 2016). Campo de atuação que busca promover e/ou recuperar a saúde física e mental daquele que recebe assistência (Gazotti & Cury, 2019), no período de adoecimento e hospitalização. Situação que representa um fenômeno complexo no qual necessita do entendimento de vários profissionais, inclusive a do psicólogo (Azevêdo & Crepaldi, 2016). Consequentemente trabalhar no hospital é trabalhar em equipe e isso requer aprender a trabalhar em rede, o que exige habilidade de escuta e comunicação. Ponte necessária para a circulação do psíquico em um ambiente tão permeado pelo saber da medicina (CRP, 2016).

Uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar tem por finalidade integrar, falar uma mesma linguagem, compartilhar conhecimentos e agir como um time que mantém o foco centrado no paciente (Elias et al., 2015). Os participantes desta, devem priorizar a construção de uma relação junto à equipe, em vista de, primordialmente, desenvolver um vínculo de confiança entre si, seja quanto pessoas ou especialistas (Gazotti & Cury, 2019). Por um lado, é vantagem para o psicólogo fazer parte de uma equipe multidisciplinar, pois desta forma pode apresentar a especificidade do trabalho psicológico, ao considerar os múltiplos enfoques demandados pela equipe (Lazaretti et al, 2007). Por outro, desafiador, pois, para que possa exercer seu trabalho é fundamental que os demais profissionais compreendam o seu papel, e desta forma consiga exercer um trabalho eficaz (Gazotti & Cury, 2019).

No hospital o trabalho do psicólogo junto à equipe não se limita a apenas fazer parte dela a fim de caracterizá-la enquanto multidisciplinar, mas também, oferecer suporte e auxílio psicológico para as dificuldades práticas e subjetivas dos profissionais diante da sua prática cotidiana (Gazotti & Cury, 2019). Medida que ambiciona favorecer uma visão integral dos usuários dos serviços de saúde (Elias et al., 2015). Deve, portanto, inserir-se nas

equipes de saúde não em um movimento de simplesmente incluir a si, mas de fixar-se, confirmar-se, interagir (Chiattonne, 2000).

Embora ainda haja prevalência das decisões médicas e técnicas no ambiente hospitalar, a importância do psicólogo neste contexto está em lançar para os membros das equipes de saúde um olhar voltado a subjetividade do paciente e sua família com vistas a atendê-los em suas necessidades individuais (CRP, 2016). É evidente que em um grupo onde seus integrantes denotem conhecimentos e qualificações distintas, surjam o fazer diferenciado. Se por um lado a integração pode resultar em relação tensa, por conta de suas distintas práticas de ações da saúde. Por outro lado, o saber médico e o saber psicológico podem e devem ser complementares dentro do modelo biopsicossocial. (Chiattonne, 2000).

No hospital, a área de ação do psicólogo é extensa e, muitas vezes, os conhecimentos aprendidos durante sua formação não são suficientes, o que evidencia a necessidade de uma constante capacitação. O alcance, as limitações ou tipo de atendimento realizado permanecem intimamente ligados a situação em si, ao contexto, as necessidades do paciente assistido ou a população alvo. Neste sentido, é preciso atuar com flexibilidade, pois a atuação profissional necessita ser objetiva e simétrica com os outros integrantes da equipe de saúde. (Chiattonne, 2000).

São inúmeras as solicitações em que os profissionais da área da saúde mental estão expostos no hospital (Chiattonne, 2000). Algumas destas são encaminhadas através de interconsultas, do qual o médico faz um pedido de atendimento ao psicólogo, ou por parte da equipe de saúde, ou do psicólogo, ou ainda há casos em que o próprio paciente ou familiar solicita a avaliação e acompanhamento psicológico (Oliveira & Rodrigues, 2017).

Comumente, o serviço de psicologia é solicitado para avaliação psicológica, principalmente quando a equipe precisa verificar se o paciente está com suas funções psíquicas preservadas, bem orientado, com uma adequada compreensão de seu quadro clínico e possíveis mudanças de conduta propostas pela equipe, ou mesmo se a pessoa está em condições afetivas e cognitivas para receber notícias difíceis em relação ao seu prognóstico e tratamento (Oliveira & Rodrigues, 2017). Neste campo, a avaliação está focada em questões que permeiam a doença e a hospitalização. Busca ampliar o olhar frente ao sujeito, ao procurar compreender quem é ele e como vem encarando todo o processo de hospitalização e doença, quais são suas perspectivas, mecanismos de defesa, se possui ou não uma rede de apoio etc. (CRP, 2016). A avaliação pode ocorrer em pelo menos 3 etapas: Diagnóstico, Intervenção e Devolução. Na primeira, é feito um diagnóstico da situação do paciente, que inclui sua relação com a doença, família, instituição e equipe. Baseia-se nas informações trazidas pelo próprio paciente e, observa-se sua orientação no tempo e espaço,

percepção e atenção, e ainda, deve-se identificar sua aptidão emocional e cognitivamente. A segunda etapa, diz respeito a intervenção terapêutica, com objetivo de auxiliar paciente, familiares e equipe a atravessar o momento de dificuldade. Porém, é preciso intervir ao passo que se procura auxiliar o paciente a lidar com sua enfermidade e dificuldades na internação que pode ser seguida por eventos ansiogênicos como procedimento cirúrgico, exame ou alta hospitalar. Desta forma, a intervenção deve ser a mais precisa possível, na busca por identificar os principais focos de sofrimento psíquico e atuar diretamente sobre eles. Já o terceiro momento da intervenção com o paciente hospitalizado é a devolução. Esta pode ser feita tanto ao paciente quanto a quem fez o pedido (Oliveira & Rodrigues, 2017).

Entre os primeiros passos para sistematizar um serviço de Psicologia no hospital, está a exigência de um olhar detalhado para instituição, bem como a existência de processos de avaliação bem definidos. Desse modo, o profissional pode estabelecer com mais clareza seu lugar na instituição e o trabalho a ser desenvolvido dentro dela (CRP, 2016).

O entendimento deste serviço quanto ao processo de hospitalização do sujeito, deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas, principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo, assim como, suas implicações na vida do paciente (Lazaretti et al., 2007). São elevados os casos abordados pelo psicólogo hospitalar, que exigem, após o processo de hospitalização, encaminhamentos específicos para processos de psicoterapia, devido à complexidade e o emaranhado de sequelas e comprometimento emocionais que emergem desta causa (Camon et al., 2009).

A Psicologia Hospitalar, assim como a Psicoterapia, tem seu instrumental teórico de atuação calcado na área clínica. Apesar dessa convergência, existem pontos de divergência que mostram os limites de atuação do psicólogo no contexto hospitalar, assim como questões que tornam totalmente inadequada definir a prática hospitalar como psicoterápica nos moldes clínicos, ainda que realizada no contexto institucional (Lazaretti et al, 2007). Neste meio, o psicólogo deve transpor os limites de seu consultório ao passo que mantém contato obrigatório com outras profissões e suas funções, o que determina a multiplicidade do enfoque ao mesmo problema, que, em consequência, resultam em ações diversas (Chiattonne, 2000).

Os pontos que diferenciam a prática hospitalar da clínica são diversos, no entanto, alguns destes se sobressaem. Como exemplo: no contexto hospitalar, o psicólogo é quem vai até o paciente que está acamado (Lazaretti et al, 2007), o que leva o profissional a realizar seus atendimentos entre marcas no pronto socorro ou no centro cirúrgico, ao lado de leitos dos outros pacientes, nas enfermarias e, muitas vezes, conjuntamente com procedimentos terapêuticos e rotinas hospitalares (Chiattonne, 2000). No entanto, o profissional, não impõe

seu trabalho, pelo contrário, o paciente possui autonomia para aceitar ou não o atendimento, mesmo que tenha sido encaminhado pela equipe de saúde; A aplicação da Psicoterapia breve, que embora não seja uma prática exclusiva de hospital, é preconizada como a única forma de se trabalhar com o paciente, devido à alta rotatividade da instituição. Nesta, não existe a garantia de que o paciente estará disponível na próxima consulta, o que faz com que o trabalho a cada sessão tenha um início, meio e fim; as demandas familiares, decorrentes do contexto, o psicólogo não necessariamente deva ser um especialista em famílias, mas é provável que, no hospital, o psicólogo seja frequentemente demandado pela família, pois o adoecimento de um de seus membros exerce efeitos desorganizadores sobre os demais familiares. Aparentemente, são demandas simples, no qual cabe ao psicólogo orientá-los sobre como lidar com esta situação, mas parece que, estes também podem vir a solicitar intervenção ao se depararem com angústias despertadas (Lazaretti et al, 2007).

Outro aspecto relevante sobre o posicionamento do psicólogo no contexto hospitalar diz respeito às questões psicológicas subjacente às doenças orgânicas que se configuram como fatores desencadeados antes ou que se apresentam como consequência do próprio tratamento, internação ou da doença em si (Chiattonne, 2000). Esse aspecto, inerente à institucionalização do paciente enfeixa um dimensionamento que abrange a intervenção do psicólogo rumo à humanização do hospital em seus aspectos mais profundos e verdadeiros (Camon et al., 2009). Como um dos pilares atuais no campo da saúde, a humanização do atendimento, fundamenta a adoção de um processo de acolhimento em que a confirmação do outro na sua alteridade é uma constante a ser construída no embate diário do cotidiano hospitalar, sob a luz do vínculo e da ética (Alexandre et al., 2019).

Ao ser um agente de humanização no hospital, o psicólogo hospitalar, amplia seu modelo assistencial do paciente para os familiares, da equipe de saúde para a própria instituição. Essa humanização pressupõe, sempre em primeira instância, o bem-estar biopsicossocial do paciente (Chiattonne, 2000). Desta forma, o psicólogo hospitalar precisa lidar com o sofrimento físico que se encontra sobreposto ao sofrimento psíquico, onde sua tarefa é definida pela sobreposição entre o sofrimento físico e o conflito em si (Lazaretti et al., 2007). Quando o profissional consegue reconhecer o caráter subjetivo de seu trabalho, ele tem a oportunidade de se compreender enquanto sujeito agente da subjetividade, o que lhe permite transformar seu trabalho de acordo com as demandas e processos com os quais ele se depara em seu cotidiano, à medida que se afasta da tentação de reproduzir práticas protocolares que desumanizam o atendimento do paciente (Alexandre et al., 2019).

Neste cenário, a humanização é entendida como uma espécie de estratégia que interfere no processo de produção de saúde, pois, este leva em conta que os sujeitos sociais,

quando mobilizados, podem ser capazes de alterar realidades, transformando a si próprios neste mesmo processo. A doença muitas vezes provoca reações psicológicas graves, como, ansiedade, medo, insegurança, depressão etc., aspectos solucionáveis mediante a ação desses profissionais que possuem por trabalho o lidar com sentimentos, pois, o indivíduo, ao sair do contexto familiar, passa a assumir a condição de paciente, perde sua autonomia e independência (Mota, Martins & Vêras, 2006). Cujas internações significam sempre um momento de fragilidade, sentimento que é agravado pelo distanciamento do ambiente da casa, espaço de segurança e identidade (Vieira & Waischunng, 2018). O que leva a humanização do contexto hospitalar se voltar para intervenções que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável para o paciente, mas também para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, a favorecer a equipe de saúde e, orientar adequadamente os familiares que acompanham o paciente (Mota, Martins & Vêras 2006).

Neste contexto humanitário entra o trabalho do psicólogo junto a equipes de cuidados paliativos, na atenção a pacientes terminais e seus familiares, com finalidade não mais de promoção de qualidade de vida, mas, para o viabilizar da compreensão do paciente que se encontra em estado de sofrimento e, favorecer o conforto para angústias que se destacam mais e mais conforme o fim da vida se aproxima, assim como os conflitos resultantes desta vivência (Domingues et al., 2013). Como direito humano à saúde os cuidados paliativos devem estar disponíveis a todos através dos serviços de saúde e atender as necessidades específicas de cada indivíduos. Este processo inclui programas de prevenção, identificação precoce e tratamento de doenças crônicas e fatais. Seja no vigorar de políticas que integrem os cuidados paliativos a todos níveis de saúde, seja na especialização de profissionais da saúde em cuidados paliativos e, na disponibilidade de medicamentos essencialmente necessários para o manejo de sintomas e alívio da dor. Este serviço envolve uma cadeia de profissionais que precisam atuar conjuntamente, somado ao papel ativo da família do paciente (<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>).

O trabalho do psicólogo dentro do hospital, como incentivador da interdisciplinaridade, necessária à atenção integral à saúde do paciente e dos familiares, embora se apresente como um desafio à prática, entende que somente a partir de uma visão integradora é possível estabelecer uma abordagem humanista da pessoa. Onde paciente, familiares e equipe passam a ser vistos como um sistema, no qual o bem-estar de um depende do bem-estar de todos (Vieira & Waischunng, 2018). Contudo, o objetivo central do psicólogo hospitalar estará focado na melhor maneira de beneficiar a qualidade de vida do paciente (Ismael, 2010).

MÉTODO

Delineamento

Delimitado e caracterizado em natureza exploratório-descritivo, o presente estudo, pautado na abordagem de pesquisa qualitativa se propôs a descrever, caracterizar e investigar aspectos da Psicologia Hospitalar e as possíveis contribuições desta no tratamento de pacientes com doenças crônicas. Tal método responde a proposta de pesquisa e exploração bibliográfica pretendida.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. A considerar que o universo da produção humana que resumido no mundo das relações, das representações e das internacionalidades é objeto da pesquisa qualitativa (Minayo, 2009). A interpretação qualitativa conserva a forma literal dos dados coletados, prende-se aos elos lógicos que existem entre as categorias que as reúnem, ao considerar que a significação de um conteúdo reside na especificidade subjetiva de cada um de seus elementos e nas relações que existem entre eles. Nesta abordagem não há definição de regras formais, no entanto presa a objetividade e transparência do procedimento, no qual de ser explicitadas, explicadas e justificadas cada uma das etapas da pesquisa (Laville & Dionne, 1999).

As pesquisas descritivas surgem com o objetivo de identificar e estabelecer relações entre variáveis, ou descrever particularidades de um fenômeno, população ou grupo. É característica desta categoria utilizar técnicas de coletas de dados padronizados, como, observação sistemática. Já as pesquisas de área exploratória têm por objetivo determinar as condições em que ocorrem certos fenômenos ou a forma como são influenciados por estes e outros. Este modelo de pesquisa busca tornar o problema mais explícito ou constituir hipóteses acerca desse, tem por principal objetivo o aprimorar de ideias ou o desvendar de intuições. Em termos de planejamento este método de pesquisa se torna bastante flexível ao possibilitar uma diversidade de considerações advindas dos variados aspectos que circundam o tema que se tem estudado. A união da pesquisa descritiva com a exploratória é utilizada por pesquisadores sociais preocupados com a parte prática da atuação (Gil, 2010).

Fontes

Os materiais utilizados para coleta de dados foram livros encontrados na biblioteca da Universidade de Caxias do sul – BICE, e no acervo pessoal do pesquisador, devido a necessidade de utilizar livros de autores referência em Psicologia Hospitalar e adoecimento, o período de pesquisa foi estendido de 1997 a 2019. Também foram utilizados artigos

científicos, resgatados das bases de dados: Google Acadêmico, SciELO (Scientific Electronic Library On-line), PePSIC, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Bireme (Organização Pan-Americana da Saúde, OPAS/OMS), Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), Revistas Científicas como RPMGF (Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família), bem como a análise de documentos do CRP e CFP; com período de publicação entre 2005 e 2019.

Os descritores utilizados como critérios para a pesquisa incluíram combinações entre psicologia hospitalar, psicólogo, equipe multiprofissional e doenças crônicas.

Para a construção da síntese integradora foram utilizadas as seguintes referências: Almeida (2010), Alexandre et al. (2019), Azevêdo e Crepaldi (2016), Camon (2010), Camon et al. (2009), CRP (2016), CFP (2019), Elias et al. (2015), Ferreira, Lopes e Melo (2011), Ismael (2010), Langaro (2016), Lazaretti et al. (2007), Mota, Martins e Vêras (2006), Melo et al. (2013), Nunes e Zanetti (2015), Nóbrega e Marineuza, (2011), Oliveira e Rodrigues (2017), Porto e Lustosa (2010), Simonetti (2016), Vieira e Waischunng, (2018), Gazotti e Cury, (2019).

Instrumentos

A apresentação dos resultados da pesquisa, assim como, para análise detalhada e delimitação do material coletado no processo de levantamento bibliográfico, propôs-se a coleta e tabulação dos apontamentos (dados, informações e soluções), foram organizados e catalogados conforme a ficha de apontamentos (ver Anexo A) nos moldes de Salvador (1978).

Segundo o autor a técnica de confecção de ficha possui a função de organizar tanto referências bibliográficas quanto documentações envolvidas na pesquisa. A ficha pode ser de ordem bibliográfica ou de documentação/apontamento. Considerado que o objetivo do presente estudo expõe a intenção do recolher de ideias, hipóteses, dados etc., foi utilizado a ficha de apontamentos. Esta é composta por cabeçalho, indicação e corpo do texto. A primeira comporta o nome da ficha, o nome ou título específico e, o número de classificação da ficha. Na segunda, estão presentes os dados bibliográficos da obra utilizada. E por fim, no corpo do texto, estão os apontamentos, citações, dados e soluções separadas durante o levantamento bibliográfico. Foram colocadas uma após a outra, para a constituição de grupos onde questões semelhantes foram sendo aproximadas para a melhor visualização e análise.

Procedimentos

Investigação das soluções (consulta bibliográfica): Coleta/levantamento de fontes bibliográficas e; Coleta/levantamento de informações, soluções e dados integrados as literaturas separadas (tomada de apontamentos).

Confecção da ficha de apontamentos: Classificação e catalogação dos apontamentos: sistematização da ordem.

Análise explicativa das soluções: Distinguir dados, soluções e informações que ocorrem entres as respectivas fontes.

Síntese integradora segundo proposta de Salvador (1978): Foram reunidas e ordenadas as soluções presentes na ficha de apontamento de modo a formar a síntese teórica da pesquisa.

Referencial de análise.

A análise de conteúdo do presente estudo foi realizada com base na estratégia de síntese integradora que segundo Lima e Miotto (2007), é o produto do processo de investigação bibliográfica, resultado do que ocorre entre a análise e reflexão dos documentos. Salvador (1978) postula esta etapa como o processo de formulação da teoria que pretende responder as indagações propostas pelo problema de pesquisa. Esta deve capaz de atingir os mais altos níveis da abstração.

Como tarefa mais importante de um trabalho científico, a síntese integradora, tem como primícia o ordenar de soluções capazes de serem demonstradas através de um sistema orgânico. Como etapa final do processo de pesquisa este método objetiva integrar, ordenar, coordenar e subordinar todas as soluções encontradas no levantamento bibliográfico (Salvador, 1978). Por meio da conexão do material de estudo, tem-se por finalidade o mobilizar da reflexão e a proposição de soluções, alcançar as atividades relacionadas à apreensão do problema, o rigor investigativo, a visualização das soluções emergentes e a síntese. (Lima & Miotto, 2007).

SÍNTESE INTEGRADORA

Como foi visto, o trabalho do psicólogo no hospital consiste em lidar com aspectos psicológicos que envolvem o adoecimento físico (Mota, Martins & Véras 2006; Nunes & Zanetti, 2015; Lazaretti et al., 2007; Azevêdo & Crepaldi, 2016) e hospitalização, buscar por estratégias que atuem na minimização de alterações psíquicas e compreender a experiência da pessoa doente (Azevêdo & Crepaldi, 2016), cuja realidade patológica produz uma diversidade de aspectos psicológicos que são evidenciados no próprio paciente, na família e, também na equipe profissional (Simonetti, 2016). O psicólogo hospitalar surge como um elo entre paciente/família/equipe, capaz de gerar fluxo comunicacional no ambiente (Vieira & Waischung, 2018).

A internação significa sempre um momento de fragilidade, sentimento que é agravado pelo distanciamento do ambiente de casa, espaço de segurança e identidade (Vieira & Waischung, 2018; Camon et al., 2009). São elevados os casos de encaminhamentos abordados pelo psicólogo hospitalar, devido à complexidade e o emaranhado de sequelas e comprometimento emocionais que emergem no paciente decorrente do processo de hospitalização (Camon et al., 2009). Nem sempre, neste ambiente, o tratamento é vivenciado pelo paciente como uma experiência boa e agradável (Ismael 2010). Pelo contrário, muitas das situações de hospitalização são consideradas determinantemente invasivas e abusivas ao passo que os limites e imposições do paciente são desrespeitados. É devido a essa realidade que o psicólogo é desafiado a tomar cuidado e agir com respeito e atenção às deliberações do paciente, para que não seja ele um estímulo aversivo experienciado pelo usuário no contexto hospitalar (Camon, 2010). Se em algum momento a hospitalização e os procedimentos médicos acabam por esvaziar a pessoa de sua subjetividade, então, o psicólogo surge para o reestabelecimento desta (Simonetti, 2016).

No campo da saúde, a humanização do atendimento tem sido um dos pilares atuais (Alexandre et al., 2019), fundamento que representa um fenômeno complexo no qual necessita do entendimento de vários profissionais, inclusive a do psicólogo (Azevêdo & Crepaldi, 2016) que, como agente humanizador, deve agir em prol do paciente, a compreender que o tratamento humanizado se faz crucial para o processo terapêutico (Mota, Martins & Véras, 2006). No instante em que o psicólogo trabalha com a finalidade de estancar medidas de despersonalização, uma das maiores protagonistas da aniquilação existencial e subjetiva do paciente no ambiente hospitalar, este está contribuindo com o processo de humanização do local (Camon, 2010), principalmente quando atua de modo a auxiliar outros profissionais da saúde a tornar a assistência menos técnica e mais

humanizada. Questões que se bem abordadas podem melhorar a relação equipe/paciente/família, o que influencia e muito na eficácia do tratamento, além de fortalecer a segurança dada aos familiares e pacientes que conseqüentemente findam por aderir melhor ao tratamento (Ismael, 2010).

Como principais tarefas, o psicólogo hospitalar, tem a avaliação e acompanhamento de variações psíquicas de pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, no qual visa a promoção e recuperação da saúde física e mental destes (Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 013/2007). Comumente, o serviço de psicologia é solicitado para avaliação psicológica, principalmente quando a equipe precisa verificar se o paciente está com suas funções psíquicas preservadas, bem orientado, com uma adequada compreensão de seu quadro clínico e possíveis mudanças de conduta propostas pela equipe, ou mesmo se a pessoa está em condições afetivas e cognitivas para receber notícias difíceis em relação ao seu prognóstico e tratamento (Oliveira & Rodrigues, 2017). O manejo destas solicitações é um dos grandes desafios da atuação do psicólogo hospitalar, que deve se utilizar de uma avaliação focada em questões que permeiem a doença e a hospitalização. Buscar ampliar o olhar frente ao sujeito, ao procurar compreender quem é ele e como tem encarado todo o processo de hospitalização e doença, quais são suas perspectivas, mecanismos de defesa, se possui ou não uma rede de apoio etc. (CRP, 2016; Ismael, 2010). A avaliação pode ocorrer em pelo menos três (3) etapas: Diagnóstico, Intervenção e Devolução (Oliveira & Rodrigues, 2017) e ser aplicada, pelo psicólogo hospitalar, em várias unidades do nível secundário e terciário de atenção à saúde.

No contexto hospitalar, o diagnóstico realizado pelo psicólogo, além de analisar a situação do paciente, inclui a relação que este tem com a doença, família, instituição e equipe. Para isso, o profissional busca se basear nas informações fornecidas pelo paciente, observar sua orientação no tempo e espaço, percepção e atenção, e, identificar habilidades emocionais e cognitivas (Oliveira & Rodrigues, 2017). No período de internação, grande parte dos pacientes são acompanhado por algum familiar, ao ser consultado pela equipe médica, situação que pode oferecer uma oportunidade de coleta dados importantes junto a família, no qual auxiliará a equipe sobre a compreensão que o paciente possui a respeito da doença e do tratamento, quais suas expectativas etc. (Ismael, 2010). Na psicologia Hospitalar não se faz o diagnóstico de uma doença, mas as repercussões desta na vida da pessoa. A partir do diagnóstico, o psicólogo, levanta sua hipótese de trabalho, ele deve organizar todo este material de modo a construir o melhor caminho a se tomar no tratamento psicoterápico. O diagnóstico nunca será uma verdade absoluta, mas é tido pelo profissional como parte do tratamento em si, pois a partir deste momento o psicólogo já fornece ao paciente uma escuta

que já permite efeitos terapêuticos, devido a elaboração da doença que ocorre por meio da fala. Nenhum ato é exclusivamente diagnóstico sem ser também terapêutico (Simonetti, 2010).

No que diz respeito a intervenção terapêutica, é através dela que o psicólogo tem por objetivo auxiliar paciente, familiares e equipe a atravessar momentos de dificuldades (Oliveira & Rodrigues, 2017), realizar o trabalho de acompanhamento psicológico prolongado ao paciente com doença crônica e família, de maneira a seguir o curso natural da doença e as possibilidades que envolvem a situação de adoecimento (CFP, 2019). Este intervém ao auxiliar o paciente no período de internação que pode ser seguida por eventos ansiogênicos como procedimento cirúrgico, exame ou a própria alta hospitalar. A intervenção deve ser a mais precisa possível, na busca por identificar os principais focos de sofrimento psíquico e atuar diretamente sobre eles (Oliveira & Rodrigues, 2017). Neste ambiente o psicólogo precisa estar apto a desenvolver diferentes modalidades de intervenções, de acordo com a demanda e formação do profissional, como, o atendimento psicoterapêutico, grupos psicoterapêuticos e grupos de psicoprofilaxia (Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 013/2007) e, estar ciente dos desafios que enfrentará no processo de sistematizar e aplicar intervenções, devido as inúmeras variáveis envolvidas no contexto, tais como os próprios sintomas e sequelas da enfermidade e tratamento médico que podem dificultar o processo de intervenção psicoterápica (Oliveira & Rodrigues, 2017). O momento final da avaliação com o paciente hospitalizado é a devolução. Esta pode ser feita tanto ao paciente quanto a quem fez o pedido (Oliveira & Rodrigues, 2017), que pode ter finalidade de encaminhamento, alta ou de investigação.

O psicólogo hospitalar pode se utilizar dessas ferramentas para contribuir no tratamento de pessoas com doenças crônicas em diversos locais do hospital (Ismael, 2010), em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva, pronto atendimento, enfermarias em geral, consultoria e interconsultoria, dirigir acompanhamentos a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas (Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 013/2007).

Nos ambulatórios, caso identificado pelo médico algum problema emocional no paciente, ele é encaminhado para o psicólogo, principalmente ao receber um diagnóstico crônico. O processo de aceitação de uma doença crônica nem sempre é simples nesta fase, é comum identificar o surgimento de mecanismos de defesa. Neste momento o psicólogo hospitalar é desafiado a auxiliar o paciente não lutar contra a doença, ajudando-o na convivência com ela sem sofrimento adicional. O psicólogo deve ser continente às queixas

do paciente, procurar perceber a existência de outros problemas que não exatamente a doença física, mas que também necessite de cuidado, e trabalhar no sentido de fazer com que o paciente crônico desenvolva condições de se readaptar a sua nova situação e a chegar o mais próximo possível de uma vida normal e autônoma, pois a “cronificação”, psicologicamente falando, tende a trazer o paciente à regressão e à passividade. No contexto ambulatorial, o psicólogo deve também, se possível e necessário, acompanhar a família do paciente, no lidar com os problemas em torno da doença.

Outro local em que o psicólogo hospitalar pode atuar é junto a Unidades de internação (leito). Neste ambiente, ao trabalhar com o paciente, o profissional pode abordar aspectos de sua hospitalização, o que ela significa para ele e sua família, além de buscar conhecer um pouco da história de vida e adoecimento do paciente. Neste contexto é o psicólogo quem irá procurar o paciente, oferecer ajuda e ficar disponível para a família do enfermo (Ismael, 2010). Alguns dos pacientes desta unidade enfrentam períodos pré-operatórios e, é natural que este se encontre estressado, o que pode resultar em interferências somáticas capazes de prejudicar o processo cirúrgico. Neste momento o psicólogo surge com o papel de possibilitar a expressão da angústia, da ansiedade e sentimento que surgem em decorrência dos medos e fantasias relacionados a cirurgia que se aproxima, ao auxiliar na compreensão da situação (CFP, 2019).

Outro contexto de atuação do profissional da psicologia hospitalar, está a UTI. Local onde o psicólogo busca criar condições de comunicação paciente/equipe/família e, avaliar quadros psicopatológicos decorrentes de possíveis “síndromes da UTI” (Almeida, 2010). O trabalho do psicólogo na UTI é muito importante, principalmente no pós-operatório, onde a formação de vínculo é fundamental (Ismael, 2010). Neste momento se fala do resgate da identidade que foi abalada pela despersonalização do processo cirúrgico como um todo. Ambiente em que o psicólogo pode trabalhar no sentido de auxiliar na ressignificação dos valores da pessoa assistida em relação a sua própria história. Muitos desses pacientes podem estar perto do fim de suas vidas, mas servidos de um estado de lucidez que permite a intervenção psicológica, trabalho que envolve uma escuta acolhedora de lembranças e revalidações das experiências do paciente que busca um contato maior com suas reminiscências e emoções a fim de desviar da consciência a doença e até aspectos relacionados a sua finitude. Neste momento da vida do indivíduo, o acompanhamento psicológico contribui para que o paciente possa desenvolver recursos de enfrentamento para tal condição (Nóbrega & Marineuza, 2011). Também pode ajudar à família na identificação do membro mais apto emocionalmente a receber e transmitir informações aos demais familiares (Ismael, 2010).

Ao retornar à Unidade de internação ou leito, o paciente pode se mostrar inseguro, ansioso e vulnerável diante de sua nova condição. Cansado, indisposto e com dores incômodas, agora se depara com o convite à autonomia que procura o levar a recuperação e reabilitação. Neste processo o psicólogo pode auxiliar no sentido da recuperação e reinserção social. Como um espelho dar devolutivas dos recursos emocionais do paciente, ajudando-o a enxergar suas reais capacidades e no adquirir autoconfiança diante de sua nova condição (ex.: amputações, remoção de órgãos etc.). Diante da perspectiva de alta, o psicólogo pode sugerir ao paciente a possibilidade de que ele busque dar continuidade ao acompanhamento psicológico fora do hospital. Em virtude da vasta área de abrangência operacional do psicólogo dentro dos hospitais e as demandas subjetivas que permeiam o local, o modo em que os processos de avaliação ocorrem dependerá das diferentes formas de atuação do profissional, sua bagagem teórica, seu tempo destinado a cada assistência etc. (CFP, 2019).

Outra atividade fundamental e desafiadora do psicólogo hospitalar está em participar de uma equipe de saúde, principalmente, como profissional a contribuir no tratamento da pessoa com doença crônica. De acordo com a Resolução nº 013/2007 do Conselho Federal de Psicologia o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar deve atender aos pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente, membros da comunidade dentro de sua área de atuação, membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, para promover o bem-estar físico e emocional do enfermo. Consequentemente trabalhar no hospital é trabalhar em equipe e isso requer aprender a trabalhar em rede, o que exige habilidade de escuta e comunicação (CRP, 2016). A dinâmica psicológica instituída entre a equipe de saúde e o paciente é um fator de significativa influência nas condições do tratamento do paciente crônico. Principalmente diante de um sujeito com comportamento de não cooperação e resistência ao tratamento. Na manifestação de sentimentos como de impotência, raiva e angústia que podem ser observados em pacientes com doenças crônicas, não é atípico que tais aspectos psicológicos venham provocar reações de contratransferência na própria equipe, que, independentemente da intensidade dessas reações deve receber suporte do psicólogo hospitalar que irá auxiliar a equipe no reconhecimento de fenômenos que emergem como parte do processo psíquico inerente ao adoecimento. É importante que a equipe receba suporte para estar preparada a lidar com tais situações sempre com uma atitude de escuta e orientação e nunca de confrontação (Ismael, 2010). O psicólogo não participa da equipe multiprofissional apenas como mais um integrante, mas também, a fim de oferecer suporte as dificuldades psicológicas e subjetivas dos profissionais diante da prática diária (Gazotti & Cury, 2019). Medida que ambiciona favorecer uma visão integral dos usuários dos serviços de saúde (Elias et al., 2015).

Devido a relevante influência que os aspectos emocionais e sociais possuem no adoecimento e seu papel desorganizador na vida dos pacientes e familiares, o psicólogo hospitalar pode proporcionar a equipe uma visão mais ampla e interrelacional de atitudes que precisam estar presentes no cuidado e modo de se relacionar com os pacientes (Gazotti & Cury, 2019). A atuação do psicólogo na equipe facilita a compreensão da singularidade de cada paciente/família com doença crônica e o modo em que este se relaciona e enfrenta a situação de adoecimento, além de contribuir com entendimentos que habilita a equipe no agir sem propor comportamentos inviáveis ao paciente mobilizado pelo adoecimento (CFP, 2019). O psicólogo hospitalar deve trabalhar com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participar de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, com o objetivo de promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe (Resolução Conselho Federal de Psicologia nº 013/2007).

Considerado as necessidades de adaptações rápidas sofridas pelas pessoas hospitalizadas, o psicólogo atua praticamente o tempo todo em condições de crise/emergência. E para que possa compreender o que se passa com o paciente, este profissional, deve entender os aspectos que estão envolvidos nas queixas, sintomas e patologias do paciente para que assim consiga ajudá-lo no enfrentamento da situação, bem como a dar suporte a familiares e equipe de saúde, para o alcance de uma visão melhor do momento de vida em que a pessoa enferma passa. Como profissional da saúde, o psicólogo hospitalar tem por demanda observar e ouvir prontamente tanto as palavras quanto o silêncio, pois é ele quem melhor está habilitado no campo da terapêutica humana, a qual possibilita o confronto do paciente com sua angústia e sofrimento, que tem por finalidade auxiliar o sujeito a superar tempos de crise (Mota, Martins & Véras, 2006).

Desde o diagnóstico, todo processo de adoecimento até o instante da morte, o paciente passa por inúmeros sofrimentos, mas é diante de um prognóstico crônico grave que o surgimento de angústia da morte é despertado (Melo et al., 2013). Neste contexto o trabalho do psicólogo precisa estar sustentado sob o código de respeito aos direitos humanos do paciente, medida que amplia a abordagem no cuidado da pessoa enferma, quebra a defesa racional e possibilita a vivência do conflito vida-morte. Não se trata de defender a entrega imediata e total ao sofrimento, mas sim em assumir o papel de mediador, no acompanhar a vida e a morte, na luta por ou apenas ao oferecer a compreensão. O sofrimento físico e o emocional devem ser entendidos como uma coisa só, pois um interfere sobre o outro, como

um círculo vicioso. Compreensão que o psicólogo precisa ter para que junto ao paciente possa resgatar uma saída para o sofrimento e assim quebrar esse círculo (Camon, 2010).

Se por um lado a medicina trabalha com o que pertence ao corpo físico, por outro o psicólogo trabalha com o corpo simbólico do paciente. E o que de fato importa ao psicólogo não é a doença em si, mas o modo como o sujeito constrói suas relações com os sintomas da enfermidade, e, para chegar a isso, psicólogo e paciente conversam. Tal conversa se torna um portal ao mundo de significados e sentidos do paciente. E é desta forma que o psicólogo trata os aspectos psicológicos que giram em torno do adoecimento, pela palavra. Ainda que haja impossibilidades no caso de o paciente estar inconsciente, sedado, com lesão na região oral, ou apenas resistente, a orientação de trabalho pela palavra é considerada, pois, existem diversos outros signos capazes de a substituir, como gestos, expressões, escritas e até mesmo o silêncio (Simonetti, 2016).

O adoecimento que muitas vezes provoca reações psicológicas graves nos pacientes, podem ser solucionáveis mediante ação do psicólogo que deve ir além da aparência, valorizar os aspectos qualitativos dos fenômenos presentes na vida de cada paciente (Porto & Lustosa, 2010; Mota, Martins & Vêras, 2006). Tais aspectos psicológicos não ocorrem isoladamente, mas estão ligados a uma variedade de questões culturais acerca do próprio adoecimento, tais como crenças, mitos, representações, condições socioeconômicas etc. Fator que cabe ao psicólogo hospitalar ter algum conhecimento, pois tal acervo enriquece seu arsenal terapêutico ao propor analogias, referências e ideias no momento da "conversar" com o paciente a respeito de sua doença (Camon, 2010). Outro fator que acrescenta na atuação prática, clínica e teórica do psicólogo hospitalar é seu conhecimento acerca dos medicamentos utilizados pelo seu paciente. Na prática, porque além de interessante é necessário que o psicólogo saiba conversar sobre estes, pois, quando este é capaz de dominar os termos farmacológicos básicos, tem diante de si uma eficiente maneira de inserção no universo hospitalar; na perspectiva clínica é de extrema importância que o psicólogo tenha entendimento sobre os sintomas decorrentes dos medicamentos, para o caso de se deparar com pacientes resistentes, este tipo de assuntos pode ser o carro chefe no atendimento psicológico, principalmente quanto ao paciente com doença crônica que geralmente adquire um significativo conhecimento dos medicamentos que utiliza; no âmbito teórico por ser demasiadamente produtivo pensar sobre o significado psicológico carregado pelos medicamentos, dada a sua supervalorização na modernidade, e para que o psicólogo não corra o risco de "psicologizar" sintomas advindos de alguma medicação. Vale ressaltar que para o caso de o paciente que estiver com dificuldade em aderir ao tratamento, é bem provável que como forma de protesto faça menção dos remédios e seus efeitos colaterais. É

aí que mais uma vez o psicólogo se destaca dos outros profissionais da equipe de saúde, pois todos os outros profissionais envolvidos no tratamento atuam para que o paciente apenas adira ao tratamento, não para ouvir o que o paciente tem a dizer sobre efeitos colaterais. Porém, o psicólogo quer, e é isso que ele faz, e quando faz, faz toda diferença (Simonetti, 2016).

Mais um aspecto a ser mencionado e que não deve ser negligenciado, pelo psicólogo, consiste na perspectiva espiritual. Pois, a fé de um paciente pode tanto ser um recurso no processo terapêutico, como um tropeço no manejo da doença. O psicólogo hospitalar também deve levar em conta esta dimensão, principalmente em se tratar de uma condição de adoecimento (Camon, 2010), até mesmo porque, no que se refere ao tema escolhido para “conversar” não parte do psicólogo, mas do paciente. Neste campo não existe um assunto proibido e nem obrigatório. Em situação crônica e ou terminal é comum o emergir de questões religiosas. Visto que pessoas que exercitam uma fé religiosa de forma consistente e verdadeiramente interiorizada acabam por dispor de recursos valiosos para o enfrentamento de doenças, principalmente em estado terminal. Geralmente estes pacientes, por fazerem parte de alguma comunidade, acabam por se cercar de pessoas interessadas em proporcionar apoio, atenção e generosidade. Neste caso pode ser interessante que o psicólogo apoie o contato delas com o paciente. Contudo, no caso de o paciente não for uma pessoa religiosa, é relevante que o psicólogo pesquise sobre suas convicções em relação a vida, que geralmente embasadas em alguma crença filosófica com o papel de ocupar o espaço da religião no psiquismo do sujeito. Se torna obrigatório que para a eficácia de sua estratégia de atendimento, o psicólogo hospitalar considere tais aspectos, sejam eles filosóficos, religiosos (Gazotti & Cury, 2019), culturais e bioquímica (relativo a reações medicamentosas) (Camon, 2010; Simonetti, 2016).

As perspectivas de morte variam de sujeito para sujeito, a depender de seus aspectos psicológicos firmados por sua trajetória de vida, suas crenças, valores e cultura. O processo de luto é vivenciado por um conjunto de reações que se tem diante da eminente perda da vida, é o romper de vínculos e, de si mesmo. Por assim dizer o luto de um paciente crônico terminal é o viver da morte em vida (Porto & Lustosa, 2010). O paciente que foi desenganado, que se encontra fora das possibilidades terapêuticas curativas e se aproxima da fase terminal da doença, tanto para ele quanto para família e médicos este é um momento temível, mas não é o fim para a psicólogo hospitalar. Primeiro porque o psicólogo não trabalha com veredicto, pois este não trabalha com a cura, mas com o desejo de vida do paciente e não as possibilidades de vida dele. Na medida que a doença progride e o momento

da morte se aproxima a medicina paliativa vem em auxílio do paciente (Gazotti & Cury, 2019).

No ambiente hospitalar o psicólogo não está implicado apenas com o sofrimento, mas também com a evolução do quadro clínico do paciente desde a internação até a fase final, luto e óbito. As defesas psíquicas e experiências prévias chegam no hospital junto com o paciente crônico que irá se relacionar com os procedimentos do tratamento, seja se defendendo, seja enfrentando, mas isso de acordo com sua história de vida, traumas, lutos e símbolos de doença. Assim é importante que o psicólogo conheça quem é o paciente, sua patologia, sequelas, tratamento, relação familiar e evolução da doença e, principalmente, se indicado para cuidados paliativos (CFP, 2019). Aliás, há muito que se fazer pelo paciente inserido na medicina paliativa, e este campo reconhece muito bem a importância do trabalho psicológico, familiar e espiritual no tratamento do paciente terminal (Gazotti & Cury, 2019).

Junto a equipe de cuidados paliativos, atenção a pacientes terminais e seus familiares, o psicólogo tem por finalidade não mais a promoção de qualidade de vida, mas, de viabilizar da compreensão do paciente que se encontra em estado de sofrimento e, favorecer o conforto para angústias que se destacam mais e mais conforme o fim da vida se aproxima, assim como os conflitos resultantes desta vivência (CFP, 2019). Seu trabalho se desenrola em dois aspectos, um que tange a convicção profunda da não abreviação da vida, e outro, na visão de não prolongar a agonia, o sofrimento e o processo de morrer. Entre estes dois recursos está situado o cuidar (Porto & Lustosa, 2010).

Em cuidados paliativos, o psicólogo, primariamente, opera no tornar o trabalho individualizado, que pode ser feito apenas se o profissional conhecer o paciente, se entende suas necessidades, interesses e, se está sensível ao ritmo do mesmo. Tudo isso é necessário para o moldar do atendimento psicológico (Gazotti & Cury, 2019) que irá viabilizar a dignidade e qualidade do sujeito diante da morte (CFP 2019; Gazotti & Cury 2019) pois ainda que o paciente tenha pouco tempo de vida pela frente a vida dele deve ser mantida na melhor qualidade possível. Seja no propiciar do conforto físico, respiratório e minimizar a dor durante as diferentes fases do tratamento (CFP 2019), a considerar que o alívio da dor está como plano básico de assistência paliativa, já que a medicina dispõe de tecnologias para isso (medicamentos, aparelhos, cirurgias) (Gazotti & Cury, 2019). Seja no atender às demandas de familiares e cuidadores (CFP 2019; Gazotti & Cury, 2019), no buscar por estratégias para servir as necessidades psicológicas, sociais e espirituais do paciente. Ou mesmo no promover de momentos de recolhimento, despedidas e desejos realizados. O psicólogo está presente em todas as fases do tratamento, mesmo quando os atendimentos forem em domicílio (CFP, 2019).

O atendimento psicológico a pacientes e familiares frente Unidades de internação já é relativamente conhecido, no entanto, pouco se fala do atendimento que o psicólogo faz na atenção domiciliar, onde trabalha a partir da avaliação do paciente e familiar que vive em situação de adoecimento, dos recursos psicológicos disponíveis no processo de enfrentamento tanto do tratamento quanto do prognóstico, no qual objetiva o suporte e o ampliar dos recursos emocionais pertencentes aos envolvidos na situação de doença. Este profissional busca a melhor compreensão da dinâmica e organização familiar no tratamento, para estão preparar um plano de apoio que contribua para o enfrentamento da enfermidade e tudo que envolve os cuidados domiciliares. Colabora com a equipe no entendimento do paciente e a dinâmica familiar, para favorecer a comunicação paciente/família/equipe (Langaro, 2016).

Como temos visto, as doenças crônicas são responsáveis por um grande número das internações, afetam severamente a qualidade de vida de uma grande parcela da população, e mesmo que recebam tratamentos e cuidados contínuos dificilmente resultam na cura (Ministério da Saúde, 2013). Diante deste cenário não caberia ao psicólogo hospitalar uma atuação pautada em uma filosofia de cura (Simonetti, 2016). Ainda que sua busca seja pela promoção e/ou recuperação da saúde física e mental (Gazotti & Cury, 2019), muito pouco pode ser feito pelo psicólogo hospitalar em relação a enfermidade em si, afinal este é o campo de saber do médico, no entanto, pode e muito fazer no que tange a relação que o paciente estabelece com seu sintoma (Simonetti, 2016). Mesmo dependente de cuidado constante, não significa que o paciente com doença crônica não possa ter uma adaptação psíquica favorável em meio à crise de saúde. E o que torna isto possível é a consciência do paciente sobre a própria doença, percepção que favorece seu processo de adaptação no qual viabiliza as mudanças necessárias que o levarão a novas possibilidades de olhar para si mesmo (Ismael, 2010). É neste sentido que o psicólogo hospitalar atua, ao prezar pela subjetividade do usuário, busca focar e trabalhar com os processos simbólicos do adoecimento, ao passo que propõe auxiliar o paciente na travessia desta experiência (Simonetti, 2016). Com o papel de cuidador que visa a melhora do sistema assistencial, cabe ao psicólogo propor a discussão das condições de humanização no ambiente, identificar a dinâmica e os elos que unem as pessoas a sua volta, ampliar sua compreensão e captar os desejos, vontades e sentimentos das pessoas que o cerca (Mota, Martins & Vêras, 2006). Tal recurso está em transformar as características subjetivas de cada paciente e família, assim como, os objetivos pessoais de cada profissional integrado a equipe, em estratégias que sejam favoráveis aos cuidados e à qualidade de vida do paciente, de modo a ser firmado um plano individualizado para cada

paciente e isso a partir das avaliações da equipe especialista que visa a execução de intervenções integradas (Ismael, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou evidenciar as possíveis contribuições e desafios do psicólogo hospitalar no tratamento de pessoas com doenças crônicas. A pesquisa alcançou aspectos e possibilidades da atuação do profissional desde a fase inicial diagnóstica, interventiva em campo assistencial ao paciente, família e equipe multiprofissional, até a fase final do cuidado ao paciente crônico, no qual incluiu a importância do envolvimento do psicólogo em equipes de cuidados paliativos. Consolidou mais uma vez a relevância do papel humanizador do psicólogo no contexto hospitalar, mesmo ao intervir no favorecer da equipe de saúde e/ou na orientação familiar. Mostrou como fundamental ao psicólogo o bem-estar e qualidade de vida do paciente, sobretudo no que tange ao incentivo de condições de enfrentamento da doença e tratamentos médicos.

À medida que os aspectos apontados como possíveis contribuições do psicólogo hospitalar no tratamento de pessoas com doenças crônicas destacaram-se, da mesma forma emergiram os desafios do profissional na área, mostrando que ambas as condições não estão dissociadas. Tais quais características de contribuições também se mostraram como principais desafios, seja em relação ao manejo das solicitações e constante necessidade de adaptação do aporte teórico e técnico no sistematizar de intervenções que caibam nos distintos contextos do processo de hospitalização e enfermidade crônica, seja na própria inserção e reconhecimento da função do psicólogo em equipes multiprofissionais e, como aspecto primeiro, no papel deste como agente humanizador.

Enquanto limites, notou-se que na grande maioria as pesquisas nesta área estão voltadas a demandas de pacientes com doenças crônicas específicas e as pesquisas que abordam o conceito crônico em geral pouco fazem separação entre doenças crônicas infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis. No qual seria interessante a exploração das particularidades devido a questões que envolve condições de precarização das relações, isolamento e restrições que podem se intensificar no tratamento a pessoa com doença crônica infecciosa.

Outro elemento que aponta a necessidade de futuros estudos na área está relacionado ao aconselhamento do paciente inserido na assistência de nível secundário e terciário de atenção à saúde, como prática interventiva que vise a redução de condutas de risco de aspecto agravante a condição crônica. Os altos índices de internações e regressos de pacientes crônicos ao ambiente hospitalar mostram a extrema importância de estudos que venham explorar a competência de um aconselhamento que vise a promoção, manutenção e prevenção da saúde do paciente crônico. No incentivar do paciente a uma melhor adesão ao

tratamento, manejo de aspectos emocionais e na adequação de atitudes e comportamentos que conduza o usuário no evitar de situações de estresse e vulnerabilidades emocionais. Por intermédio deste, capacitar o paciente para o reconhecimento de situações de risco e para a tomada de decisão mais assertivas em relação ao seu estilo de vida.

A assistência do psicólogo hospitalar ao paciente crônico pode alcançar as diversas áreas do ambiente hospitalar, por isso sua área de atuação do é muito vasta, e como o trabalho acima expôs fica evidente a necessidade do psicólogo no contexto hospitalar, principalmente como parte ativa da equipe de saúde em atenção ao paciente com doença crônica, nas diversas unidades do hospital. Embora estudos evidenciem o crescente reconhecimento da importância do trabalho do psicólogo hospitalar no atendimento de adoecimento crônico, percebe-se que ainda há muito a ser conquistado. Por conseguinte, é real a constante necessidade do conhecer e aperfeiçoar de questões que pertencem à sua prática, no qual envolve tudo o que diz respeito a dignidade humana da pessoa em situação de adoecimento e hospitalização.

REFERÊNCIAS

- Alexandre, V., Vasconcelos, N. Á. de O. P. de, Santos, M. A. dos, & Monteiro, J.F.A. (2019). Acolhimento como Postura na Percepção de Psicólogos Hospitalares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, 1-14. DOI: 10.1590/1982-3703003188484
- Almeida, Raquel Ayres de. (jun. 2010). Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. *Revista da SBPH*, 13(1), 94-106.
- Alves, R., Santos, G., Ferreira, P., Costa, A. & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. DOI: 10.15309/17psd180221
- Azêvedo, A.V.S. & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia* .33(4),573-585. DOI: 10.1590/1982-02752016000400002.
- Barreto M. L., Teixeira M. G., Bastos F. I., Ximenes R. A. A, Barata R. B., & Rodrigues L. C. (2011). Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Saúde no Brasil*. 6(3), 47-60. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X.
- Bielemann R.M., Silva B. C., Coll C. V. N., Xavier M. O., & Silva, S. G. (2015). Impacto da inatividade física e custos de hospitalização por doenças crônicas. *Revista de Saúde Pública*, 49-75. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005650
- Camon V. A. A (1997). O psicólogo hospitalar. In Camon V. A. A (Org), *Psicologia Hospitalar teoria e prática*. (pp. 15-28). São Paulo: Pioneira
- Camon V. A. A, Chiattoni H. B. C, Riechelmann J. C, Gimenes M. da G., Magui, M. M. M. J de C., Sebastiani R. W, Carvalho, V. A. (2000). *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira
- Camon, V.A.A, Trucharte F.A.R., Knijnik, R.B., Sebastiani, R. W. (2009). *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. (2ª edição revista e ampliada). São Paulo: Cengage Learning.
- Chiattoni H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In Camon V. A. A (Org), *Psicologia da saúde: um novo olhar para a prática clínica*. (pp. 53-167). São Paulo: Cengage Learning.
- Conselho Regional de Psicologia. (2016). *Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão*. (1º ed.). Curitiba: CRP.
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências e técnicas para atuação de psicólogos nos serviços hospitalares SUS*. (1º ed.). Brasília: DF.

- Duarte, F. M. & Wanderley, K. da S. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermagem geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53. DOI: 10.1590/S0102-37722011000100007
- Domingues, G. R., Alves, K. de O., Carmo, P. H. S. do, Galvão, S. da S., Teixeira, S. dos S., & Balduino, E. F. (2013). A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 02-24.
- Elias V. A., Perez G. H., Moretto M. L. T., Barbosa L. N. F. (2015). *Horizontes da psicologia hospitalar: Saberes de fazeres*. São Paulo: Atenas.
- Ferreira, A. P. Q., Lopes, L. Q. F., & Melo, M. C. B. de. (2011). O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da SBPH*, 14(2), 85-98.
- Instituto Brasileiro de Geologia e estatística - IBGE. (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde.
- Ismael S. M. C. (2010). *A Prática psicológica e sua interface com as doenças*. (2º ed.) São Paulo. Casa do psicólogo.
- Gazotti, T.de C., Cury, V. E. (2019). Vivências de Psicólogos como Integrantes de Equipes Multidisciplinares em Hospital Estudos e Pesquisas em Psicologia. *Estudos e pesquisa em psicologia* 19(3), 772-786. DOI: 10.12957/epp.2019.46917.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa* [Versão Eletrônica]. (5a. ed.). São Paulo: Atlas.
- Goulart F. A. de A., (2011). *Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde* [Versão Eletrônica]. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília -DF.
- Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. (7ºEd.) São Paulo: Martins Fontes.
- Langaro, F., (2016). “Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativo. *Psicol., Ciênc. Prof.* 37(1). DOI:10.1590/1982-3703000972014
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. (Tradução Heloisa Monteiro e Francisco Settineri). Porto Alegre: Artmed.
- Lazzaretti, C. T., Oliveira, de O., Guimarães, S. W. C. M., Prestes, D. C., Bley, A. de L., Mestre, M., Szczygel, E. de F.et al. (2007). *Manual de psicologia hospitalar* (21ª ed.). Curitiba: CRP Unificado.

- Lima T. C. S de, & Miotto R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revistas katálysis*. DOI: 10.1590/S1414-49802007000300004
- Malta D. C., Gosch C. S., Buss P., Rocha D. G., Rezende R., Freitas P. C., & Akerman M. (2014). Doenças Crônicas Não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4341-4350. DOI: 10.1590/1413-812320141911.07712014
- Melo F. V. de, Zeni A. L., Costa L. da, Lídia C. & Fava A. S. (2013). A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(1), 152-166.
- Minayo, M. C. (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. (18ªed.) Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2019). *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Mota, R.A., Martins, C.G.de M., & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330. DOI: 10.1590/S1413-73722006000200011
- Nóbrega, R. T., Marineuza, M. S. L., X (2011). Para além do transplante hepático: explorando a adesão ao tratamento Estudos e Pesquisas em Psicologia. *Estud. pesqui. psicol.* 11(3), 965 -982 DOI: 10.12957/epp.2011.8346
- Nunes, S., Rios, M., Magalhães, A. & Costa, S. (2013). Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(3), 382-388.
- Nunes, J. P. S., & Zanetti, S. A. S. (2015). Limites e alcances do trabalho de um psicólogo em um hospital geral. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(2), 186-192.
- Oliveira, L. W., Rodrigues, A. L. (2017). Intervenções Clínicas do Psicólogo em Hospital Geral. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*. 14 (2), pp. 72-82.

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2007). *Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde*. Biblioteca Sede OPAS. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2016). *Doenças infecciosas negligenciadas nas Américas Enfermedades infecciosas desatendidas en las Américas: Historias de éxito e innovación para llegar a los más necesitados*. Biblioteca Sede OPAS. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Piroló E., & Vivancos V. P. (2019). *Doenças crônica: saiba como prevenir*. (1ºed.) Editora Labrador. São Paulo.
- Porto, G. & Lustosa, M. A. (2010). Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Revista da SBPH*, 13(1), 76-93.
- Ribeiro, J.L.P., (2011). A Psicologia da Saúde. Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa. In Alves, R. F., (org). (pp 23-64). Campina Grande: Eduelpb
- Santos C. T. & Sebastiani R. W. (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In Camon V. A. A (Org), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 147-180). São Paulo: Pioneira Thonson Learning
- Salvador, A. D (1978). *Método e técnica de pesquisa bibliográfica* (7º ed). Porto alegre: Sulina
- Simonetti, A. (2013). *Manual de Psicologia Hospitalar: O mapa da doença*. Casa do Psicólogo (7º. Ed.). São Paulo.
- Simonetti A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. Casa do psicólogo (8º. Ed.). São Paulo.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde (1ª Edição)*. Porto Alegre: Armed
- Sousa, J.C., (2005). A Doença Crónica e o desafio da Comorbilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e familiar*. 21 (6), 533-4.
- Vieira, A. G., & Waischunng, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 21(1), 132-153.
- World Health Organization. (2018). *Noncommunicable Diseases: Country Profiles 2018*. Washington, D.C: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo (A): Ficha de Apontamento

Nome da ficha:	Título Específico:	Nº classificação:
Doenças Crônicas	Caracterização de doenças crônicas	01
<p>Referência:</p> <p>Barreto M. L., Teixeira M. G., Bastos F. I., Ximenes R. A. A, Barata R. B., & Rodrigues L. C. (2011). Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. <i>Saúde no Brasil</i>. 6(3), 47-</p> <p>Texto:</p> <p>Dentre as doenças crônicas, pode se identificar as Doenças Crônicas infecciosas (transmissíveis) e as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT). As Doenças Crônicas infecciosas possuem padrões de transmissão complexos relacionados a determinantes ambientais, sociais, econômicos ou a fatores desconhecidos; são, às vezes, transmitidas por insetos, vetores de difícil controle; de perfis epidemiológicos e; em sua maioria, são doenças crônicas com longos períodos de infecção e que requerem tratamentos prolongados, como exemplo do HIV, tuberculose, lepra e leishmaniose visceral.</p>		