

PSICOLOGIA HOSPITALAR:

DEBATES CONTEMPORÂNEOS



ALEX DA SILVA SOUSA
DANIELE RABELO BATISTA CASTRO
REBECCA HOLANDA ARRAIS
ORGANIZADORES

PSICOLOGIA HOSPITALAR:

DEBATES CONTEMPORÂNEOS

FAM

2018

Psicologia Hospitalar: Debates Contemporâneos

© 2018 Copyright by Alex da Silva Sousa, Daniele Rabelo Batista Castro e
Rebecca Holanda Arrais (Organizadores)

Impresso no Brasil / Printed In Brazil

Todos os Direitos Reservados

REVISÃO DE TEXTO e NORMALIZAÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Shirlei Marly Alves

PROGRAMAÇÃO VISUAL, DIAGRAMAÇÃO E CAPA

Valdiano Araujo Macedo

Catálogo na Fonte

Psicologia Hospitalar: debates contemporâneos / organização de Alex da Silva Sousa, Daniele Rabelo Batista Castro e Rebecca Holanda Arrais. – Piauí: FAM, 2018.

178 p:

Isbn: 978-85-9442-704-5

1. Psicologia hospitalar 2. Atuação do psicólogo em Instituições hospitalares 3. Aspectos atuais em psicologia hospitalar I. SOUSA, Alex da Silva II. CASTRO, Daniele Rabelo Batista III. ARRAIS, Rebecca Holanda V. Título

CDD: 150.287

ORGANIZADORES

Alex da Silva Sousa

Graduado em Psicologia pela Faculdade de Tecnologia Intensiva. Especialista em Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) e Instituto do Câncer do Ceará (ICC). Especialista em Trabalho Multiprofissional e Saúde pela Faculdade do Meio Norte. Aluno do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), linha de pesquisa avaliação e clínica psicológica. Desenvolve pesquisas com as temáticas da psicologia da saúde, psicologia hospitalar, intervenções analítico-comportamentais em contextos de saúde com doenças crônicas, notadamente o câncer. Professor em em cursos de graduação em Psicologia e de especialização nas áreas de psicologia da saúde e hospitalar, análise do comportamento, psicologia organizacional e do trabalho e metodologia do trabalho científico.

E-mail: alex.psico.2009@hotmail.com

Daniele Rabelo Batista Castro

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Pós-graduanda em Cuidados Paliativos. Psicóloga especialista em Cancerologia na modalidade Residência (ESP/CE e ICC). Ministrante dos cursos de Introdução à Psico-oncologia e de Introdução aos Cuidados Paliativos em Curitiba/PR. Membro associado da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. Experiência em psicologia hospitalar, psico-oncologia, luto, cuidados paliativos e trabalho em equipe multiprofissional.

E-mail: danielerabelo@hotmail.com

Rebecca Holanda Arrais

Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Psicóloga (UFC) com residência em Cancerologia (ESP/CE e ICC) e especialista em Psicologia em Saúde (CRP-SP). Colaboradora do Centro Humanístico de Recuperação em Oncologia e Saúde (CHRONOS), laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP. Desenvolve trabalhos e estudos nas áreas de Psicologia e Saúde Pública, especialmente nos seguintes campos: psicologia analítica, psicologia da saúde, psicologia hospitalar, tanatologia e cancerologia. Psicóloga Clínica.

E-mail: rebecca.arrais@gmail.com

SOBRE OS AUTORES

Ana Beatriz Correia Mendes

Psicóloga graduada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Especialista em Residência Integrada em Saúde com ênfase em Neonatologia - Hospital Geral Dr. César Cals de Oliveira (HGCC) e ESP/CE e especialista em Psicologia em Saúde (CRP). Preceptora de estágios do Centro Universitário Estácio do Ceará. Psicóloga clínica.

Anali Póvoas Orico Vilaça

Psicóloga, mestre em Psicologia Clínica (USP), terapeuta cognitivo-comportamental (CETCC), especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP) e em Psicologia Aplicada à Saúde pela Universidade Católica de Brasília (UCB). Colaboradora do CHRONOS, laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP. Membro da Diretoria Nacional da Sociedade Brasileira de Psico-oncologia.

Bruna Fabrícia Barboza Leitão

Psicóloga, graduada pela UFC. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Especialista em Cancerologia, na modalidade Residência Multiprofissional, pelo Hospital Erasto Gaertner. Preceptora de estágios em Psicologia da Saúde pelo Centro Universitário Estácio do Ceará.

Camilla Maria Santos Pinho

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar (CRP-SP) e aprimoramento em Psicologia Hospitalar em Cardiologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCF-MUSP). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Psicologia Clínica e Hospitalar e na área organizacional em Recursos Humanos. Atua como psicóloga clínica e é colaboradora do CHRONOS, laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP.

Denis Barros de Carvalho

Graduado em Psicologia, mestre em Psicologia e doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Professor associado vinculado ao Departamento de Fundamentos da Educação, ao mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, ao mestrado em Psicologia e ao mestrado profissional em Gestão Pública da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Seus temas de pesquisa são educação ambiental formal e não-formal; aspectos comportamentais do uso sustentável da água, da energia e da gestão de resíduos sólidos; gestão ambiental universitária e sustentabilidade; psicologia urbana e sustentabilidade; interface ciência, religião e sustentabilidade.

Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues

Psicóloga, mestre e doutora em Psicologia Clínica, é professora do Instituto de Psicologia da USP, livre-docente em Psico-oncologia (USP). Especialista em Psicodrama (Sociedade de Psicodrama de São Paulo) e em Psicologia Hospitalar (CRP). Criadora e coordenadora do CHRONOS, laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP.

Isabel Regiane Cardoso do Nascimento

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Católico de Quixadá. Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Stella Maris. Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Es-

tadual do Ceará (UECE) e em Cancerologia, na modalidade de Residência Integrada em Saúde (ESP/CE e ICC). Atualmente cursa o Mestrado Profissional em Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UECE. Trabalha como psicóloga do Serviço de Cuidados Paliativos Pediátricos do Hospital Infantil Albert Sabin e como psicóloga hospitalar no Instituto do Câncer do Ceará. Preceptora de campo no Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde, nas ênfases Cancerologia e Pediatria.

Jéssica Ravena Brandão de Castro

Graduada em Psicologia pela UNIFOR. Experiência na área de Pediatria e cuidados paliativos oncológicos pediátricos no Hospital Infantil Albert Sabin – Fortaleza/CE.

Juliana Burlamaqui Carvalho

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UNIFOR. Trabalha como psicóloga hospitalar no Hospital Universitário da UFPI, sendo preceptora de estágio da Residência Multiprofissional em Alta Complexidade. Tem experiência na área da Psicologia Clínica e Hospitalar na sua interlocução com a Psicanálise, Psicologia e Saúde. Atuou no estado do Ceará como psicóloga do Instituto do Câncer do Ceará, no Hospital Geral de Fortaleza, na Escola Cearense de Oncologia e na ESP/CE.

Laís de Meneses Carvalho Arilo

Mestre em Saúde da Mulher pela UFPI. Graduação em Psicologia pela Universidade Santo Agostinho. Especialista em Gestalt-terapia com ênfase em psicoterapia pelo Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Piauí – CFAPI. Atuou como psicóloga no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Prefeitura Municipal de Teresina). Atuou como psicóloga hospitalar na Associação Piauiense de Combate ao Câncer - Hospital São Marcos. Atualmente exerce o cargo de psicóloga hospitalar no Hospital Universitário da UFPI. Preceptora da Residência

Multiprofissional em Saúde – alta complexidade (UFPI). Tutora do curso de especialização em Saúde e Comunidade (UFPI). Psicóloga clínica – abordagem humanista.

Luciana Araújo Gurgel

Formada em Psicologia pela UFC. Pós-graduada em Psico-Oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade Estácio do Ceará. Tem curso de aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC). Psicóloga clínica, gestalt-terapeuta. Experiência em Psicologia Hospitalar, Psico-oncologia infantil e adulto, Cuidados paliativos, terminalidade e luto, Saúde mental e transtornos psiquiátricos.

Maria Juliana Vieira Lima

Graduada em Psicologia pela UFC. Mestre em Psicologia pela UFC. Especialista em Pediatria pelo programa de Residência Integrada em Saúde da ESP/CE, em parceria com o Hospital Infantil Albert Sabin. Especialista em Psicologia da Saúde (CRP). Atua como psicóloga hospitalar e psicóloga clínica. Professora do curso de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau - Uninassau. Tem experiência na área de pesquisa e atuação em Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde, Ética e Psicologia, com foco nos seguintes temas: terminalidade, cuidados paliativos, infância e adolescência, gestalt-terapia.

Mércia Aparecida Pereira de Andrade Scarton

Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Mestre em Psicologia Clínica pela USP. Colaboradora do CHRONOS, laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP.

Patrick Vieira Ronick

Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Instituto do Coração - InCor HCFMUSP e Psicologia Clínica pelo Instituto Sedes

Sapientiae. Colaborador do CHRONOS, laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da USP.

Rafael Bruno Silva Torres

Psicólogo, graduado pela UNIFOR. Mestre em Saúde Pública pela UFC. Especialista em Cancerologia, na modalidade Residência Integrada em Saúde (ESP/CE e ICC). Especialista em Psicologia em Saúde (CRP). Idealizador da “ESCUTHA – Psicologia e Saúde em Discussão” e responsável por cursos e formações na área.

Tatiana Bukstein Vainboim

Psicóloga, psico-oncologista pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Mestre em Neurologia pela Faculdade de Medicina da USP e especialista em Psicologia Hospitalar pelo Programa de Aprimoramento em Hospital Geral do HCFMUSP. Presidente da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia e ex-presidente da Estadual São Paulo da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (2015-2018).

Tatiana Cristina Vidotti

Psicanalista. Colaboradora do CHRONOS, laboratório de psico-oncologia vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica da USP. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Tem Aprimoramento em Psicologia Hospitalar em Instituição Pediátrica pelo HCFMUSP. Atuou como psicóloga do Serviço de Psiquiatria e Psicologia do Instituto da Criança do HCFMUSP.

Vanilla Oliveira Alencar

Graduada em Psicologia pela UNIFOR. Realiza curso de formação em Abordagem Centrada na Pessoa. Experiência na área de Pediatria e cuidados paliativos pediátricos, no Hospital Infantil Albert Sabin – Fortaleza/CE.



APRESENTAÇÃO

Este livro, que apresentamos em formato de coletânea de textos, se insere em um processo mais amplo de discussões a respeito das possíveis interlocuções entre a Psicologia e a instituição hospitalar. A ideia de construção desta obra originou-se de nossa percepção de que o trabalho do psicólogo nessa instituição constitui um processo dinâmico, caracterizado por múltiplos desafios que implicam na reflexão constante a respeito das possibilidades e limitações de sua atuação.

Ao compartilhar nossos conhecimentos nas páginas que seguem, queremos também contribuir para consolidar e fortalecer essa área de atuação do psicólogo, alcançando estudantes que se encontram em processo formativo ou profissionais que buscam ampliar seu repertório. Por isso esperamos que as considerações presentes nos capítulos possam suscitar nos leitores a adoção de uma postura analítica e crítica sobre alguns aspectos teóricos e práticos do trabalho do psicólogo em hospitais, inquietando-os para que não cessem o percurso investigativo de leitura e aprimoramento que a área demanda daqueles que objetivam conhecê-la.

Dessa forma, o principal objetivo deste livro é construir com os leitores a compreensão de que o psicólogo hospitalar deve orientar seu trabalho a partir de referenciais teóricos, éticos e metodológicos que dialoguem com as especificidades da instituição hospitalar e, sobretudo, com as necessidades dos sujeitos que se encontram nesse espaço. Para alcançar esse objetivo, privilegiamos abordar temas que, embora sejam de inegável relevância nessa área, têm sido pouco problematizados em outras publicações.

Na construção do livro, moveu-nos não a ideia de apresentar um manual ou propor um panorama geral da área, mas a consideração das lacunas observadas ao longo de nossa própria forma-

ção e atuação. Nessa perspectiva, salientamos um dos principais diferenciais deste livro: a ousadia de discutir processos e outros aspectos bastante atuais e inovadores do fazer do psicólogo hospitalar os quais ainda se colocam como desafiadores, mesmo que nem todos sejam de origem recente. Enquanto autores do livro, assumimos com ele uma postura que é também provocativa, na medida em que as temáticas abordadas representam um convite ao engajamento contínuo na realização de outras pesquisas e obras que ampliem e desenvolvam constantemente novas possibilidades de pensar a psicologia em hospitais.

Outro aspecto que buscamos garantir, tanto nos temas abordados como na composição do grupo de autores, foi a pluralidade de perspectivas. Para tal, contamos com a participação de profissionais e de pesquisadores familiarizados com distintas realidades geográficas de nosso país, representantes de grupos atuantes nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul, com atuação acadêmica em instituições de ensino superior e experiência prática em instituições de saúde. Assim, os autores dos capítulos deste livro são pesquisadores vinculados aos seguintes centros de assistência, formação e investigação: Centro Universitário Estácio, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí, Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Instituto do Câncer do Ceará, Instituto de Oncologia do Paraná, Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Piauí e Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Quanto à estrutura, o livro foi organizado em quatro unidades. A Unidade I, intitulada “Abordagens Psicológicas no Hospital Geral”, apresenta trabalhos que atualizam a discussão sobre as possibilidades e limitações da utilização, no ambiente hospitalar, de algumas abordagens psicológicas que historicamente tem seu uso consolidado no consultório. O primeiro capítulo dessa unidade – “Interlocuções entre a Psicologia Hospitalar e Análise do Comportamento: possibilidades e limitações” – trata do pro-

fissional de psicologia inserido no ambiente hospitalar, a partir da perspectiva analítico-comportamental. O psicólogo observa o repertório comportamental do paciente e, baseado em análises funcionais das situações, pode intervir de forma a facilitar o desenvolvimento de comportamentos que poderão auxiliar no enfrentamento da vivência de hospitalização. Esse capítulo apresenta algumas conclusões alcançadas pelo autor com a finalização de sua dissertação de mestrado em Psicologia, pela Universidade Federal do Maranhão, com auxílio de bolsa de mestrado concedida pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

No segundo capítulo – “A invasão da subjetividade: o lugar das abordagens psicodinâmicas no contexto hospitalar” –, é abordado o debate sobre a Psicanálise e a Psicologia Analítica no contexto da instituição hospitalar, com ênfase na importância de o profissional conhecer seus fundamentos para bem desenvolver o trabalho junto à equipe de saúde e ao paciente somático, individualizando o atendimento, pois cada um se relaciona de forma diferente com o adoecimento. O capítulo foi desenvolvido a partir de trabalhos de mestrado e de conclusão de residência, respectivamente, na Universidade de São Paulo, na Escola de Saúde Pública do Ceará e no Hospital Geral Dr. César Cals, com bolsas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Saúde.

Já o terceiro capítulo – “Considerações teóricas: Psicologia Hospitalar e Gestalt-terapia” – aborda a Psicologia Hospitalar e sua interface com a gestalt-terapia, expondo as bases filosóficas dessa abordagem, os principais conceitos e sua relação com o trabalho do gestalt-terapeuta dentro do hospital. Além disso, trata das definições de saúde e doença no âmbito da gestalt-terapia e do modo como o profissional psicólogo pode assistir o sujeito, fazendo com que ele desenvolva movimentos saudáveis na situação de adoecimento. Para a elaboração do capítulo, uma das autoras baseou-se em seu trabalho de conclusão da Especialização em Psico-oncologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

A Unidade II, “Considerações teóricas”, reúne trabalhos que abordam diferentes aspectos que tangenciam o fazer do psicólogo no hospital. O primeiro capítulo dessa unidade – “(Re)pensar a Psicologia no contexto hospitalar brasileiro a partir de uma Psicologia Crítica da Saúde: uma análise dos estudos publicados na segunda década do século XXI” – traz uma análise de artigos recentes (a partir de 2010) sobre a Psicologia Hospitalar no contexto nacional. Os estudos analisados atenderam a critérios relativos a tempo, abordagem (teórica ou empírica) e abrangência (nacional). Os autores sustentam que se mostra necessária uma historiografia crítica da área, além de maior aproximação das bases filosóficas da Medicina, o que possibilitaria uma interação mais madura entre os psicólogos e as especialidades médicas no contexto hospitalar. Os autores estão vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFPI - área Psicologia.

Já o segundo capítulo – “Bioética e Psicologia Hospitalar: discussões que apontam para a alteridade” – trata da ética do cuidado em uma temática mais ampla que supera as discussões limitadas a normas e leis, as quais são abordadas mais rotineiramente em muitos trabalhos. A autora amplia a discussão, convidando o leitor a pensar o tópico imprescindível da alteridade, do outro como soberano, a partir do pensamento filosófico de Emmanuel Lévinas. O capítulo é um recorte da dissertação de mestrado da autora, realizado no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, com fomento da CAPES.

No terceiro capítulo da segunda unidade – “Quem não quer ser um *iron man*? reflexões sobre o uso de tecnologias em saúde e os efeitos na subjetividade” –, se discute a evolução das tecnologias em saúde e o impacto dos dispositivos tecnológicos na subjetividade dos pacientes que deles dependem para viver, bem como nas pessoas ao redor. Assim, a partir da apresentação de um caso clínico, explana-se sobre como o psicólogo hospitalar pode atuar diante dessa problemática. O texto tem relação com as dissertações de mestrado dos autores, sendo que um contou com apoio financeiro da CAPES.

Na Unidade III, “Formação e gestão”, privilegiou-se apresentar trabalhos que abordam os aspectos da formação de recursos humanos especializados para atuação em hospitais, bem como que contribuem para a compreensão de práticas de gestão de serviços de psicologia hospitalar. Assim, o primeiro capítulo dessa unidade – “Indicadores e gestão da qualidade em Psicologia Hospitalar” – aborda a questão dos indicadores em saúde, especificamente no contexto da Psicologia Hospitalar, explicando como sua utilização pode ajudar a definir parâmetros para a avaliação e a gestão nesse âmbito. A partir disso, as autoras apontam para a necessidade do diálogo institucional entre a área da qualidade e o setor de psicologia, de modo que esse serviço possa se aperfeiçoar no ambiente hospitalar. O capítulo está relacionado à pesquisa realizada pela autora em seu trabalho de conclusão da Residência Integrada em Saúde RIS/ESP-CE e também à pesquisa em andamento no projeto de dissertação do Mestrado Profissional de Gestão em Saúde (MEPGES) do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE)

No segundo capítulo – “Psicologia e residências em saúde: um diálogo possível” – propõe-se uma análise das residências em saúde e a inserção do profissional psicólogo nesses programas, destacando-se como essa modalidade de pós-graduação auxilia o psicólogo a aprimorar diversas habilidades indispensáveis para a adequada formação, em função das demandas específicas do setor saúde e sobretudo da instituição hospitalar. Como exemplo, tem-se a necessidade constante de interação com profissionais de outras áreas de formação, o que propicia desenvolver habilidades no próprio trabalho em equipe na Residência. O capítulo é oriundo das dissertações de mestrado dos autores pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará. Uma das autoras estava vinculada ao Laboratório de Avaliação e Pesquisa Qualitativa em Saúde (LAPQS) da UFC. O outro autor esteve vinculado ao Essência: Laboratório de pesquisa em ensino e gestão do conhecimento, da educação e do

trabalho em Saúde, recebendo bolsa de mestrado da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP.

Por fim, a Unidade IV, “Intervenções Psicológicas no Hospital Geral”, é composta por trabalhos que apresentam e discutem algumas estratégias de intervenção do psicólogo. O primeiro capítulo dessa unidade – “Intervenções psicoeducativas: contribuições para pacientes e familiares no hospital” - aborda a utilização de intervenções psicoeducativas no hospital, trazendo um modelo de programa psicoeducativo individual voltado para familiares de pacientes portadores de tumores cerebrais. Relata-se a experiência e os resultados psicológicos positivos advindos dessa abordagem, pois os cuidadores se sentiram acolhidos, tiraram dúvidas e encontraram novas formas de se comunicar com seus entes queridos. O trabalho, relacionado ao mestrado da autora, foi realizado no ambulatório de tumores cerebrais do Departamento de Neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com bolsa da CAPES.

Já o segundo capítulo – “Técnicas de relaxamento e visualização na prática da psicologia hospitalar” – apresenta algumas técnicas complementares e não farmacológicas, acentuadamente as técnicas de relaxamento e visualização, apontando seus benefícios e sua inserção na área da Psicologia da Saúde. Ressalta-se sua eficiência quando as técnicas são aliadas a outros tipos de tratamentos (médicos e farmacológicos), propiciando um melhor enfrentamento da situação e melhorando a qualidade de vida do paciente. O texto teve origem no grupo de pesquisa CHRONOS - Centro Humanístico de Recuperação em Oncologia e Saúde, vinculado ao programa de pós-graduação em Psicologia da USP, do qual as autoras fazem parte.

Todos os autores implicados na construção desta obra, ao abordarem aspectos teóricos, metodológicos, históricos e formativos bastante distintos, se alinham ao apontar a importância estratégica que o serviço de psicologia assume nos hospitais, principalmente na perspectiva do resgate da dignidade, da ma-

nutenção do bem-estar e da saúde mental de pacientes e familiares enfrentando processos de adoecimento e hospitalização. Alinham-se também por acreditarem que a pesquisa e a produção científica são, por excelência, algumas das principais estratégias a serem adotadas pela categoria dos psicólogos como via para garantir o fortalecimento da profissão e, neste caso específico, a superação de algumas dificuldades de trabalho ainda enfrentadas pelo psicólogo hospitalar.

A pluralidade dos perfis dos pesquisadores que compõem esta obra, fazendo referência as suas especialidades de atuação, as suas filiações epistemológicas, aos temas de pesquisa a que se dedicam e também a sua localização geográfica, em virtude das instituições de pesquisa e assistência às quais se vinculam, garante a este livro uma abordagem bastante diversificada e contemporânea da psicologia no cenário hospitalar, sem jamais prescindir da sustentação teórica em profundidade que o tema demanda. Em face disso, desejamos que esta some-se a outras obras já existentes, colocando-se como uma referência na defesa constante, mas também crítica e consciente, do lugar que a Psicologia se propõe na cena hospitalar.

Os organizadores.



PREFÁCIO

*Maria Livia Tourinho Moretto
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo*

A presença do psicólogo na linha de frente de trabalhos interdisciplinares nas instituições hospitalares indica não apenas a influência do pensamento psicológico na formação de profissionais no campo da saúde, mas amplia, sobremaneira, as possibilidades de abordagem do mal-estar no referido campo.

Ao contrário do que ocorre com a grande parte dos demais profissionais da saúde, no caso do psicólogo hospitalar, a experiência acumulada, consolidada, nos exige o movimento repetitivo de busca e conferência constantes das referências éticas e teóricas que fundamentam nossa prática e, frente à singularidade de cada situação, reiniciamos o debate a respeito de nossa posição clínica e institucional e redefinimos o que são, em cada situação, obstáculos, limites e alcances.

Uma vez inserido na instituição de saúde, é dele também, do psicólogo, a responsabilidade de arcar com as consequências de sua inserção e de manejar a transferência de saber a ele endereçada. A esta altura os desafios passam a ser mais difíceis e seu trabalho não fica sem efeitos.

O livro que o leitor tem em mãos traduz o compromisso de seus organizadores com relação à sistematização e à reflexão sobre os modos de enfrentamento de tais desafios. Ele é o resultado do extenso e profundo trabalho clínico e de pesquisa realizado por seus colaboradores, ao longo de seus percursos profissionais.

A partir da vasta experiência clínica dos autores, este trabalho tem a ambição bem sucedida de apresentar ao leitor articula-

ções teórico-clínicas que transmitem a importância, a amplitude e a complexidade de cada um dos problemas estudados, ao mesmo tempo que enfatiza a instituição hospitalar como um local privilegiado para o exercício da clínica e para o estabelecimento de dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento.

Estão em pauta questões relevantes sobre as quais os autores se propõem a fazer reflexões críticas, propondo aos leitores um tom predominantemente investigativo, distanciando-se de qualquer proposta de reprodução automatizada de fazeres e saberes, apontando, inclusive, para o risco dos manuais e protocolos para a formação de profissionais na área.

O fio condutor é a pluralidade de abordagens teóricas que, numa visão de conjunto, aparece de modo interessante: todos os trabalhos apresentados se caracterizam pela apresentação de uma referência teórica e ética como eixo norteador e consideram, com o rigor necessário, as especificidades da instituição hospitalar e a singularidade das demandas que aos psicólogos são endereçadas. Neste sentido, vale ressaltar que os trabalhos favorecem, sistematicamente, a rica articulação da clínica com a teoria.

Ainda na esteira da pluralidade, os organizadores do livro se ocuparam, com sucesso, de trazer a contribuição de profissionais de diferentes regiões brasileiras, visando, certamente, a ampliação de possibilidades de interlocução de suas pesquisas, em âmbito nacional. Não resta dúvida que se faz necessário esse debate amplo e articulado entre a formação em psicologia (discussão sobre diretrizes curriculares), a atuação do psicólogo e o compromisso social da profissão, porque sem esse debate não teremos clareza a respeito das competências do psicólogo brasileiro para identificar e para responder adequadamente às demandas da população de seu país e aos problemas concretos que lhe são apresentados.

Atentos à importância do investimento em formação básica e ampliada do psicólogo para a atuação na área da saúde, é certo que a escrita de cada capítulo funcionou, para cada um de seus autores, como uma rica oportunidade de sistematização e de elaboração de seus percursos profissionais, até o momento.

Eles escreveram, cuidadosamente, sobre aquilo que gostariam de ter lido.

Espera-se que o livro seja uma excelente oportunidade de abertura de diálogos profícuos entre autores interessantes e leitores interessados.

Boa leitura!

Maria Lívia Tourinho Moretto é psicanalista e professora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo



SUMÁRIO

UNIDADE I

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS NO HOSPITAL GERAL

- 1.1 Interlocuções Entre a Psicologia Hospitalar e Análise do Comportamento: Possibilidades e Limitações 29
- 1.2 A Invasão da Subjetividade: o Lugar das Abordagens Psicodinâmicas no Contexto Hospitalar 47
- 1.3 Considerações Teóricas: Psicologia Hospitalar e Gestalt-Terapia..... 63

UNIDADE II

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

- 2.1 (Re)Pensar a Psicologia no Contexto Hospitalar Brasileiro a Partir de uma Psicologia Crítica da Saúde: uma Análise dos Estudos Publicados na Segunda Década do Século XXI. 77
- 2.2 Bioética e Psicologia Hospitalar: Discussões que Apontam para a Alteridade 89
- 2.3 Quem não quer ser um Iron Man? Reflexões Sobre o Uso de Tecnologias em Saúde e os Efeitos na Subjetividade 105

UNIDADE III

FORMAÇÃO E GESTÃO

- 3.1 Indicadores e Gestão da Qualidade em Psicologia Hospitalar 121
- 3.2 Psicologia e Residências em Saúde: um Diálogo Possível . 135

UNIDADE IV

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO HOSPITAL GERAL

- 4.1 Intervenções Psicoeducativas: Contribuições para Pacientes e Familiares no Hospital 153
- 4.2 Técnicas de Relaxamento e Visualização na Prática da Psicologia Hospitalar 165

UNIDADE I

ABORDAGENS PSICOLÓGICAS

NO HOSPITAL GERAL



1.1 INTERLOCUÇÕES ENTRE A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A ANÁLISE DO COMPORTAMENTO: POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES

Alex da Silva Sousa

Introdução

Atualmente umas das áreas de atuação do psicólogo que apresenta um crescimento paulatino é a Psicologia da Saúde com ênfase na atuação em instituições hospitalares. O grande número de alunos interessados na realização de estágios nesse campo e na participação em congressos, bem como o aumento expressivo de publicações que tomam como objeto de estudo as nuances da psicologia hospitalar evidenciam o quanto essa área vem se desenvolvendo e ganhando notoriedade. Acrescenta-se a esse cenário também o aumento expressivo, em nível nacional, dos programas de residência multiprofissionais, com ênfase em especialidade hospitalares, que ofertam vagas para psicólogos recém-formados.

A psicologia hospitalar, em uma concepção mais tradicional, é definida como o campo de compreensão e de intervenção relativas aos aspectos emocionais envolvidos na vivência do adoecimento e do tratamento de uma doença, tais como os sentimentos, os desejos, as falas, os pensamentos, as fantasias, as lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, bem como o estilo de viver e de morrer de cada sujeito (SIMONETTI, 2004). Já na perspectiva de Camon (2010), o principal objetivo da psicologia inserida no hospital é intervir para minimizar o sofrimento e os impactos emocionais derivados do processo de hospitalização. Segundo esse autor, na instituição hospitalar, o psicólogo deverá também

realizar intervenções estratégicas com vistas a promover a humanização, pois o profissional dispõe de um instrumental técnico que o habilita a analisar e a intervir nas relações interpessoais presentes nesse ambiente. Para fundamentar sua atuação no hospital, o psicólogo deve ancorar-se nas abordagens teórico-clínicas, que, de acordo com Lazzaretti (2007), devem ser o behaviorismo, a *gestalt*, a neuropsicologia, a psicanálise, o psicodrama, a psicologia analítica e a terapia sistêmica.

Frente a esta realidade, o objetivo deste trabalho é discutir as possibilidades de intervenção do analista do comportamento nas demandas existentes no contexto hospitalar, apresentando algumas contingências específicas desse ambiente, as quais o profissional deverá, necessariamente, considerar em seu trabalho.

Quanto ao objetivo, trata-se de um trabalho descritivo, para cuja coleta de dados empregou-se a pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa. Espera-se, assim, aprofundar conhecimentos que contribuam para a sistematização da prática do analista do comportamento na instituição hospitalar, com vistas ao aprimoramento deste trabalho.

Breves apontamentos sobre os fundamentos da análise do comportamento

De acordo com Skinner (2006), o behaviorismo não é propriamente a ciência do comportamento humano, mas a filosofia dessa ciência. Abordando questões acerca da viabilidade, dos métodos e das possibilidades de existência de tal ciência, Skinner (1904 -1990) é identificado como o principal autor do behaviorismo radical, sendo responsável por o modificar qualitativamente, humanizando tanto a área da análise do comportamento quanto a própria psicologia, a partir do que propôs com o seu behaviorismo radical. Alguns dos aspectos mais importantes da filosofia behaviorista radical, segundo Baum (2006), são a visão determinista sobre o comportamento, a crítica ao mentalismo (antimentalista), a aceitação de eventos naturais (públicos ou pri-

vados), a rejeição aos eventos fictícios e a utilização do modelo de causalidade de seleção pelas consequências.

De acordo com o determinismo probabilístico, o comportamento de um organismo não ocorre ao acaso, podendo ser ordenado, explicado e, por consequência, controlado e previsto, desde que se disponha das informações referentes a sua história. Nessa perspectiva determinista, atribui-se tanto ao ambiente quanto à hereditariedade a explicação do comportamento dos organismos, todavia não se trata de um determinismo absoluto, mas probabilístico, pois, de acordo com Carrara (2004), o comportamento caracteriza-se como um objeto de estudo complexo, envolvendo relações funcionais afetadas por uma pluralidade de variáveis. Torna-se, portanto, pouco possível especificar a causalidade exata para um comportamento, assim como determinar, de forma absoluta, o que o mantém.

A filosofia behaviorista não admite explicações mentalistas, ou seja, que recorram a constructos como mente ou variáveis intervenientes para compreender o comportamento de um sujeito, em decorrência de tais constructos não serem eventos naturais, isto é, não são localizáveis no tempo e no espaço, portanto não é possível investigá-los cientificamente. Em contrapartida, os eventos públicos e privados são eventos naturais, na medida em que podem ser atribuídos a organismos vivos e integrais e, por isso, constituem-se como objetos de estudo da análise do comportamento (BAUM, 2006). Dessa forma, apenas os eventos mentais e fictícios são problemáticos e desnecessários para a análise do comportamento, por não fazerem parte da natureza. Ressalta-se que, nessa perspectiva, a *mente* e os eventos privados, representados pelos *pensamentos* e os *sentimentos* em sua diversidade, são compreendidos como eventos distintos. Estes representam eventos naturais e privados, já aquela, por ser culturalmente construída e ter sua existência apenas inferida, representa um evento fictício e não natural, não podendo localizá-la no tempo e no espaço, tampouco atribuir sua ocorrência a um organismo.

O modelo de causalidade da análise do comportamento é a seleção por consequências, o qual, conforme Skinner (1981,1984), tem a finalidade de explicar a origem e a manutenção de comportamentos de um indivíduo ao longo da vida, como também as mudanças nas práticas culturais mais amplas. Esse modelo garante ainda a inscrição da análise do comportamento em uma base selecionista, que, de acordo com Skinner (1981), não se limita apenas a explicar os comportamentos, mas, principalmente, propiciar a compreensão de um tipo de relação entre eventos dependentes e independentes.

Para Borges e Casas (2012), com o modelo de seleção pelas consequências, os eventos que são típicos dos seres vivos (o comportamento, por exemplo) só podem ser explicados em decorrência de serem multicausados, históricos e inter-relacionados, portanto, nessa perspectiva, identificar as “causas” significa resgatar a construção histórica do comportamento e das mudanças de probabilidade de ocorrência desse fenômeno no futuro. A estratégia/técnica utilizada por analistas do comportamento para conhecer como ocorre a seleção por consequência na história de vida de um sujeito é a uma análise funcional.

A análise funcional consiste na identificação de relações de dependência entre as respostas emitidas por um sujeito, no contexto em que ocorrem, com as condições antecedentes e os efeitos que geram no ambiente, que são os eventos consequentes. Nessa análise devem ser incluídas ainda as operações motivadoras atuantes (LEONARDI; BORGES; CASAS, 2012). Com o estabelecimento do modelo de seleção pelas consequências, a análise funcional passa a associar-se a uma perspectiva selecionista, e não mais mecanicista ou determinista, de causalidade. Por isso a análise funcional não se orienta primariamente para explicar qual o agente causador do comportamento, mas, principalmente, para conhecer a múltipla e complexa rede de determinações filogenética, ontogenética e cultural dos comportamentos de um sujeito (NENO, 2003).

A base da análise funcional do comportamento está, portan-

to, em buscar conhecer as relações de dependência entre o comportamento e o ambiente. O entendimento básico nessa perspectiva é de que um sujeito, em determinados contextos, emite comportamentos, em maior ou menor frequência, por terem sido selecionado pelo ambiente a partir das consequências que produziram. Assim, todo comportamento presente no repertório de um sujeito, mesmo o mais estranho, bizarro ou associado com prejuízos ou sofrimento, assume uma função a partir de uma história de vida específica e individual. A análise funcional do comportamento coloca-se então como a estratégia que possibilitará conhecer qual a função desses comportamentos.

As possibilidades e limitações de trabalho do analista do comportamento com pacientes hospitalizados

Sucintamente, a atuação do analista do comportamento visa identificar a função de comportamentos em contextos específicos, considerando o histórico de reforçamento e punições existentes na vida de um indivíduo, bem como o processo de ontogenia que definiu o repertório comportamental operante de que ele dispõe para interagir com o ambiente. Em função disso, ao atuar fora do consultório, em instituições como o hospital, é necessário que o analista do comportamento se aproprie das especificidades do ambiente, pois, sem a consideração das contingências particularidades da instituição hospitalar, a atuação do profissional tornar-se-á descontextualizada e, conseqüentemente, inadequada.

Por isso sustenta-se que o trabalho do analista do comportamento inserido no hospital não poderá ocorrer como uma mera ampliação das técnicas e da forma de atuação que são típicas do consultório psicológico, por se tratar de ambientes diferentes, com demandas, necessidades e características também distintas. Sobre isso Angerami-Camon (2014) explica que os aspectos tempo e espaço diferenciam significativamente os dois ambientes, sendo que, no trabalho hospitalar, o psicólogo não tem controle sobre esses elementos, como ocorre no consultório. No hospital,

os atendimentos podem ocorrer em diversos espaços, tais como: enfermaria, ambulatório, corredor etc., podendo ainda ter duração variada, além de estarem sujeitos a interrupções acarretadas por visitas, dores ou incômodos do paciente ou pela realização de algum procedimento por outro membro da equipe.

Acrescente-se a isso a necessidade de o analista do comportamento, no ambiente hospitalar, além de conhecer sua abordagem teórica, compreender aspectos ligados a saúde coletiva, trabalho em equipes multi/inter e transdisciplinares, promoção, prevenção e recuperação de saúde, organização e funcionamento do SUS, comunicação de más notícias, atendimentos a pessoas vivenciando luto ou crise, modalidades de atendimento breves e focais, dentre outros. Dessa forma, o diálogo interdisciplinar entre a análise do comportamento e os outros saberes que compõem a cena hospitalar coloca-se como indispensável para que o psicólogo comportamental possa atuar adequadamente nesse espaço.

Na instituição hospitalar o psicólogo comportamental deverá avaliar e intervir na forma como o sujeito responde à interação com este ambiente, sendo importante que, em sua avaliação, identifique as respostas emitidas pelo paciente no contexto da hospitalização e de que maneira a interação com esse ambiente, e as variáveis particulares ali existentes, modificam e afetam o comportamento do paciente.

As pessoas respondem de formas individuais e específicas a situação de adoecimento e hospitalização, entretanto algumas respostas, públicas e privadas, costumam ser frequentes, como o medo, a culpa, a angústia, a ansiedade, o choro, o isolamento social, a recusa em reconhecer a seriedade da doença, as respostas depressivas e, em alguns casos, respostas classificadas como psicopatológicas. Sendo assim, a premissa básica do analista do comportamento será focar-se no responder único, histórico, processual e individual de cada um de seus pacientes que vivenciam o tratamento e a hospitalização.

Straub (2014) orienta que, ao se trabalhar com demandas do campo da saúde, se proceda com a identificação dos comporta-

mentos de saúde e de doença. Ampliando essa proposição para o hospital, os comportamentos de saúde são justamente aquela classe de respostas que têm a função de ajudar o sujeito a vivenciar o adoecimento e a hospitalização, favorecendo a realização do tratamento e a recuperação. Como exemplos de tais respostas podem ser citados os seguintes: relacionamento de confiança com a equipe, aderência ao tratamento e à medicação, assiduidade às consultas, confiança e esperança. Por outro lado, nos comportamentos de doença, está a classe de respostas que dificultam ou mesmo impedem a permanência do paciente no tratamento, retardando o restabelecimento da saúde, como, por exemplo, respostas de tristeza, ansiedade, medo, desconfiança dirigida à equipe, desânimo, desesperança, agressividade e outras.

A forma como cada paciente irá se comportar durante o processo de adoecimento e hospitalização dependerá do seu repertório comportamental individual, modelado ao longo de sua história de vida. Nesse sentido, é importante que o analista do comportamento avalie esse repertório de maneira mais ampla, de forma a identificar que respostas os pacientes dispõem para lidar com situações de estresse, de perdas e de limitações. É importante verificar, principalmente, se há respostas já aprendidas, relacionadas a contextos de hospitalização, medicação, adoecimentos, autocuidado, pois a existência prévia dessas respostas pode tornar o processo atual de adoecimento e a permanência no hospital menos impactantes para o sujeito. De forma contrária, quanto menor a frequência dessa classe de respostas no repertório do paciente, mais difícil tenderá a ser o processo de hospitalização, acarretando mais sofrimento e dificuldades emocionais para ele.

Em uma avaliação analítico-comportamental do paciente hospitalizado, independentemente do seu diagnóstico ou prognóstico, nos primeiros atendimentos, é importante que o analista do comportamento identifique as respostas que estão sendo mais frequentemente emitidas durante a hospitalização, identificando se estas respostas estão na classe dos comportamentos de saúde

ou de doença. Proceder com esta avaliação mais ampla das respostas do paciente possibilitará identificar que repertório ele já possui que o possibilite interagir com as demandas impostas pela hospitalização e o tratamento, como exemplificado no parágrafo anterior.

Esta avaliação ampla do repertório de respostas do paciente possibilitará também ao analista do comportamento identificar os impactos da hospitalização, verificando o aumento ou a diminuição na frequência de emissão de respostas ao compará-las a suas frequências em outros ambientes fora do hospital ou no período anterior ao adoecimento. Essas informações são indispensáveis à realização de uma análise funcional, bem como ao estabelecimento mais claro de um plano de trabalho para o paciente, contendo intervenções e objetivos a serem alcançados.

Com base nesta avaliação inicial, uma possibilidade de intervenção do analista do comportamento consiste em priorizar atender àqueles pacientes que apresentem repertório comportamental escasso de respostas que lhes possibilitem formas de enfrentar o tratamento, pois é muito provável que esses pacientes tenham mais intercorrências emocionais, por estarem mais suscetíveis ao sofrimento e aos impactos do adoecimento e da hospitalização. O psicólogo deverá também buscar diminuir a frequência das respostas que dificultam ou impedem a hospitalização, modelando, paralelamente, uma classe de respostas facilitadoras do tratamento e do restabelecimento da saúde.

Pelo exposto defende-se que o analista do comportamento deverá realizar prioritariamente a análise funcional dos comportamentos problemáticos de seus pacientes no hospital, para compreender quais contingências existentes na hospitalização podem relacionar-se com as condições de saúde. O profissional deverá identificar as classes de estímulos antecedentes, a classe de respostas e a classe de estímulos consequentes. Assim, a realização da análise funciona no hospital se coloca como uma estratégia de diagnóstico clínico e de compreensão do responder do paciente em sua experiência de hospitalização.

Segundo Farias (2010), o behaviorismo radical compreende o comportar-se situado em contextos específicos, por isso é impossível desconsiderar o contexto no qual o comportamento ocorre, pois, se assim ocorrer, torna-se inviável conhecer sua função. Sob a perspectiva contextualista adotada pela análise do comportamento, Carrara (2004) inclui a existência de operações de privação, saciação, instruções, bem como as dimensões físicas, sociais e biológicas das condições antecedentes na interação organismo/ambiente, que constituem elementos do contexto que interferem na ocorrência de respostas específicas.

Em decorrência disto, é importante que o psicólogo considere o aspecto contextual ao realizar análises funcionais de pacientes hospitalizados, levando em conta a existência de aspectos muito próprios do ambiente hospitalar que podem servir como ocasião, aumentando ou diminuindo a frequência de emissão de algumas classes de respostas. A exemplo, tem-se a presença/ausência de um membro da equipe, de um familiar ou acompanhante; a estadia em um determinado setor, como a UTI ou o centro cirúrgico; o momento da alta ou o resultado de um exame; regras culturalmente estabelecidas entre os pacientes a respeito da gravidade de doenças; procedimentos médicos; profissionais da equipe; prognósticos de doenças; eficácia ou efeitos colaterais de tratamentos, entre outros.

Naturalmente, a grande maioria das pessoas não apresenta um repertório de respostas que lhes possibilite enfrentar uma vivência de adoecimento e hospitalização, principalmente, em se tratando de doenças crônicas, que demandam longos períodos de tratamento, os quais incluem muitos procedimentos invasivos. Sobretudo porque, para permanecer em tratamento, o paciente é exposto a diversas contingências inerentes à hospitalização, tais como a dor física, a exposição e manipulação do corpo de forma objetual, o afastamento da família, a interrupção de atividades laborais e sociais, a lida com a incerteza, o contato com a morte, a mutilação e a consciência da fragilidade da condição humana. Tais contingências podem assumir função aversiva ou mesmo

punitiva para o comportamento de tratar-se e manter-se hospitalizado. Dessa forma, a curto prazo, permanecer no hospital realizando um tratamento, provavelmente, exporá o paciente a todas essas contingências aversivas.

De acordo com Catania (1999), com exceção do reforço positivo, as outras relações de contingência (reforço negativo, punição positiva e negativa) são agrupadas como controle aversivo do comportamento. O controle aversivo, com exceção do reforço negativo, além de diminuir a frequência da emissão da resposta punida, acarreta também outros efeitos colaterais, tais como respostas de fuga e a esquiva, que têm a função de retardar o contato com a punição ou cessá-la caso já esteja ocorrendo. Para Moreira e Medeiros (2007), o controle aversivo do comportamento produz outros efeitos nocivos, como a eliciação de respostas emocionais desagradáveis (tremores, choro, taquicardia), supressão de outros comportamentos, além dos que foram punidos, e o próprio contracontrole.

Corroborando essa perspectiva, o experimento do desamparo aprendido tem sido utilizado pela análise do comportamento como um modelo experimental para a depressão. Esse modelo propõe que, ao ser exposto intensamente a contingências aversivas, para as quais, independentemente de como se comporte, o sujeito não consegue interrompê-las, caracterizando a incontroleabilidade comportamental, associada a uma redução drástica dos reforçadores existentes, a pessoa passa a apresentar uma expressiva redução da responsividade ao ambiente, bem como dificuldade de aprendizagem de novas respostas (SELIGMAN; MAIER, 1967). Essas respostas emitidas por um organismo em desamparo aprendido parecem ser similares à forma como uma pessoa diagnosticada como “depressiva” também responde, por isso esse modelo experimental tem sido usado para compreender a depressão.

Realizando uma leitura do ambiente hospitalar à luz desses conceitos, percebe-se que a situação de hospitalização e tratamento para uma doença crônica expõe o paciente a contingên-

cias equivalentes ao que ocorre no desamparo aprendido, uma vez que, para manter-se hospitalizado e tratando uma doença, provavelmente ocorrerá a perda de grandes reforçadores (planos, projetos de vida, trabalho, família, renda financeira, autonomia etc.), somada à frequente exposição a contingências aversivas, das quais dificilmente o paciente poderá se esquivar, uma vez que são muito próprias de um tratamento médico (dor, medo, incertezas, isolamento, mutilações etc.). Por isso, infere-se que a hospitalização é um evento que pode modificar e perturbar gravemente o responder dos pacientes, visto que, a curto prazo, ele será exposto a muitas contingências punitivas. Por outro lado, é provável que, apenas a médio ou a longo prazo, de acordo com a gravidade do diagnóstico e do prognóstico, o paciente seja exposto a contingências reforçadoras, tais como o alívio dos sintomas e da dor, o restabelecimento da saúde e a própria cura.

A partir do exposto, é possível compreender, a partir da perspectiva analítico-comportamental, por qual razão vivenciar o adoecimento e a hospitalização são eventos de vida excruciantes, acarretando sofrimento e uma intensa desorganização emocional para o paciente. Corroborando essa perspectiva, os estudos de Ferreira et al. (2015) e Gaspar (2011) evidenciam que pacientes hospitalizados apresentam muitos sintomas depressivos, principalmente no início do tratamento, podendo estender-se por todo o período de hospitalização, sendo que as mulheres hospitalizadas, frequentemente, apresentam mais sintomas depressivos que os homens. Já para Chiu (2000) a associação entre o tratamento de um doença crônica, como câncer, e a ocorrência de quadros depressivos e outros transtornos de humor é muito frequente e pode ocasionar, nos pacientes, uma pior evolução clínica e má qualidade de vida.

O controle aversivo do comportamento existente em um processo de hospitalização pode acarretar ainda outras perturbações nos comportamentos do paciente hospitalizado. Como já mencionado, as respostas de fuga e esquiva são efeitos colaterais característicos de contingências aversivas, isso porque o sujeito

punido tentará de alguma forma encerrar a punição ou, quando possível, evitar que ela ocorra. Tanto a fuga quanto a esquiva representam alternativas de resposta que o sujeito poderá emitir para proteger-se da exposição às contingências punitivas.

Possivelmente seja por essa razão que alguns pacientes hospitalizados emitem respostas como tentar fugir do hospital, abandonar o tratamento, hostilizar a equipe de assistência, desconfiar do médico e da equipe de enfermagem ou isolar-se socialmente. No caso de crianças internadas, as respostas podem ser chorar, cuspir e agredir violentamente a equipe quando necessita realizar algum procedimento. Todas essas respostas, comuns em um hospital, podem representar respostas de fuga e esquiva cuja função é proteger o sujeito e retardar, ou evitar, seu contato com as contingências aversivas que para ele se tornaram insuportáveis.

Esse quadro mostra-se muito relevante quando se considera que a forma como a assistência é organizada nos hospitais prioriza a instituição e os processos assistenciais, técnicos e burocráticos prestados, e não necessariamente o cuidado com as necessidades pessoais do paciente ou mesmo com o seu bem estar emocional, pois os horários e procedimentos são muito rígidos, garantindo a realização precisa da rotina hospitalar, sendo que, na maioria das vezes, essa organização desconsidera as necessidades emocionais dos pacientes, o que torna muito provável a ocorrência de respostas de fuga e esquiva.

Como a esquiva tem a função de proteger o sujeito contra contingências ameaçadoras, caso estas não possam ser previamente removidas, o comportamento de esquiva deverá ter alta probabilidade de ocorrência, sendo mantido por uma contingência de reforço negativo. Ou seja, se, durante o tratamento e a hospitalização, não forem desenvolvidas estratégias para auxiliar o paciente a lidar com o sofrimento e as dificuldades inerentes, espera-se que a emissão de respostas de fuga e esquiva sejam altas e frequentes. Devido tais respostas constituírem comportamentos de doença, interferem na realização do tratamento, prejudicando o restabelecimento da saúde.

De acordo com Sidman (2009), a esquiva pode assumir formas bizarras, pois muitos padrões estranhos de comportamento podem surgir da necessidade de o sujeito se proteger-se contra a ansiedade que o controle aversivo provoca. Na perspectiva desse autor, a conduta bizarra e neurótica pode ter grande associação com o controle aversivo do comportamento nos casos em que o sujeito passa a se comportar de forma extremada para esquivar-se da punição. Um desses casos é a resposta de regressão enquanto mecanismo de defesa, a qual ocorre quando um adulto passa a emitir respostas características de uma criança, ou uma criança passa a emitir respostas ainda mais infantilizadas em relação a sua idade cronológica.

É recorrente que pacientes hospitalizados passem a depender sobremaneira de seus acompanhantes, desejando receber comida na boca, comunicando-se de forma chorosa, demandando muito afeto e atenção, apresentando respostas de medo e ansiedade quando seus acompanhantes se ausentam da enfermaria ou demoram a chegar na troca de turno com outros acompanhantes etc. Tais comportamentos podem representar respostas extremadas e neuróticas de regressão, como forma de o paciente esquivar-se o quanto possível de entrar em contato com as contingências aversivas do tratamento e garantir o suporte emocional da família e da equipe assistencial.

Frente a esses processos, outras possibilidades de atuação do analista do comportamento consistem em, articulado com toda a equipe multiprofissional, proporcionar, quando possível, esquivas saudáveis para o paciente, de forma a evitar que se torne funcional a emissão de respostas neuróticas que acarretem em sofrimento, reduzindo a exposição do paciente às contingências aversivas, sem comprometer a realização do tratamento.

O analista do comportamento deverá também garantir uma audiência não punitiva, acolhedora, respeitosa e humanizada, na qual o paciente hospitalizado possa falar livremente de suas vivências com a doença, com o ambiente hospitalar ou sobre o que desejar verbalizar. Explorar esses temas possibilitará que o

paciente, sustentado pelo analista, compreenda de forma acessível as suas limitações, percebendo como sua história de vida relaciona-se com as dificuldades que enfrenta na hospitalização e como as variáveis ambientais antecedentes e consequentes funcionalmente se associam com o sofrimento emocional que vivencia em decorrência do tratamento.

Considerações finais

Alguns dos resultados obtidos com esta pesquisa foram: a necessidade de diálogo entre a análise do comportamento e outros saberes que compõem o campo da saúde, a importância da realização da análise funcional contextualizada com as demandas e as variáveis do hospital, a adoção da perspectiva contextualista e selecionista, bem como a identificação de alguns contextos e contingências que podem ser frequentes no ambiente hospitalar.

Sobre as possibilidades de intervenção do analista do comportamento, observou-se que podem ser empregadas algumas estratégias importantes, como a modelagem de respostas de enfrentamento e a redução da frequência de respostas contrárias, assim como o acolhimento e o estabelecimento da vinculação terapêutica, com a finalidade de construir com o paciente uma compreensão das variáveis que funcionalmente relacionam-se com as dificuldades da hospitalização

A articulação teórica proposta neste estudo evidencia que o analista do comportamento pode contribuir consideravelmente para a compreensão de como pacientes hospitalizados se comportam e para o manejo desses comportamentos durante o processo de hospitalização. Em última análise isso possibilita que a assistência psicológica a tais pacientes seja realizada de forma mais consistente, facilitando a emergência de comportamentos de enfrentamento, o que contribui para a recuperação da saúde, assim como para a redução do sofrimento emocional que experimentam.

Considera-se, portanto, que os objetivos deste estudo foram alcançados, porém algumas lacunas teóricas permanecem abertas,

pois se reconhece que, na interação entre o paciente e o ambiente hospitalar, ocorrem inúmeras outros processos comportamentais que não puderam ser abordados devido às limitações no delineamento deste trabalho, conseqüentemente diversas possibilidades de intervenção também não puderam ser apresentadas. Soma-se a isso que o hospital possui variadas unidades especializadas no atendimento a patologias, públicos e tipos de tratamentos, as quais, provavelmente apresentam suas contingências específicas, demandando investigações voltadas a essas particularidades.

Por fim conclui-se que este trabalho conseguiu apresentar discussões gerais e introdutórias sobre o fazer do analista do comportamento no hospital geral, reiterando-se a necessidade de que pesquisas sobre essa temática sejam ampliadas, de forma a melhor consolidar e sistematizar, nesse espaço, a atuação desse profissional.

Referências

ANGERAMI-CAMON, V. A. *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

BAUM, W.M. *Compreender o Behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CAMON, V.A.A. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

CARRARA, K. Causalidade, relações funcionais e contextualismo: algumas indagações a partir do behaviorismo radical. *Interações*, v. 17, n. 6, p. 29-54, 2004.

CATANIA, A.C. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CHIU, E. Demência, depressão e qualidade de vida. In: FORLENZA, O.V. CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000. Pág. 39-43.

DAL BO, M.J. SILVA, G.S. MACHADO, D.F.G.P. SILVA, R.M. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes internados em enfermarias de clínica médica de um hospital geral no sul de Santa Catarina. *Rev Bras Clin Med*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 264-8, jul./ago.2011.

FARIAS, A. K. C. R. *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERREIRA, V.M.P. SILVA, L.N, FURUYA, R.K. SCHMID, A. ROSSI, L.A. DANTAS, R.A.S. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. *Rev Esc Enferm*, v. 49, n. 3, p. 388-94, 2015.

GASPAR, K.C. *Depressão em pacientes internados em hospital geral: evolução aos seis meses após alta hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

LAZARETTI, C.T. *Manual de Psicologia Hospitalar*. Curitiba: Unificado, 2007.

LEONARDI, J.L. BORGES, N.B.; CASAS, F.A. Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. In: BORGES, N.B. CASSAS, F.A. *Clínica analítico comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012. Pág. 105 -109.

MOREIRA, M.B. MEDEIROS, C.A. *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NENO, S. *Análise Funcional: Definição e Aplicação na Terapia Analítico Comportamental*. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 5, n. 2, p.151-165, 2003.

SELIGMAN, M. E. P. MAIER, S. F. Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, n.74, p.1-9, 1967.

SIMONETTI, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da*

doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SKINNER, B.F. *Sobre o Behaviorismo*. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

SKINNER, B.F. Selection by consequences. *Science*, v. 213, n. 4507, p. 501-04, 1981.

SKINNER, B.F. Some consequences of selection. The Behavioral and Brain. *Science*, n. 7, p.502-10.

STRAUB, R.O. *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsi-
cossocial*. Porto Alegre: Artmed, 2014.



1.2 A INVASÃO DA SUBJETIVIDADE: O LUGAR DAS ABORDAGENS PSICODINÂMICAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

*Ana Beatriz Correia Mendes
Rebecca Holanda Arrais*

O presente capítulo constitui-se como trabalho teórico e visa contribuir para um debate sobre o lugar das abordagens psicodinâmicas no contexto hospitalar. De modo mais específico, são enfocados os trabalhos dos psicólogos que adotam a Psicanálise ou Psicologia Analítica como perspectiva.

Segundo Moretto (2001), o tema da inserção continua surgindo no espaço da supervisão, ainda que a entrada do psicólogo no hospital tenha começado há mais de seis décadas. Esclarece-se, então, que

A entrada de um psicanalista numa Instituição de Saúde não corresponde, necessariamente, à sua inserção, assim como o lugar do psicanalista numa equipe de saúde não corresponde a uma vaga disponível no quadro funcional de uma instituição. É um lugar que precisa ser construído de modo a que ele, o psicanalista, possa operar. Chamemos de inserção o processo de construção deste lugar (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014, p. 289).

A diferenciação entre entrada e inserção, proposta pelas autoras, contribui para a compreensão dos desafios encontrados não apenas por psicanalistas, mas também por aqueles que, tendo a dinâmica psíquica do sujeito como base de sua atuação, constatarem que o fato de terem sido solicitados a ingressar em determinado serviço não lhes garante as condições para que possam nele operar.

Outro ponto levantado por Moretto (2001) é a noção de que a Medicina se fundamenta metodologicamente na exclusão

da subjetividade para melhor alcançar seu objetivo de cura. O profissional “psi” é chamado, assim, justamente para “dar conta” daquilo que foi deixado de fora do saber biomédico, entretanto, ao se deparar com a subjetividade antes excluída, a equipe não reconhecerá necessariamente a importância de considerá-la, sendo possível que as solicitações dirigidas ao psicólogo tenham por base uma tentativa de reafirmação dessa exclusão. O reconhecimento da demanda que lhe é dirigida e a forma como a ela responde marcarão a possibilidade, ou não, de inserção do profissional “psi”, que não depende unicamente da postura com que a equipe o recebe, mas, principalmente, da relação estabelecida entre ambos (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014).

Aspectos desse processo de entrada e inserção podem ser comuns a diversas abordagens, porém a construção de uma prática precisa conectar-se à teoria que a fundamenta e, nesse sentido, às suas especificidades. Somos, assim, convocados a pensar caminhos a partir da Psicanálise e da Psicologia Analítica – aliando pesquisa e prática profissional – para a inserção, no hospital, do psicólogo que trabalha com essas abordagens.

A “outra cena” no hospital

Aliás, o psicanalista sabe melhor do que ninguém que a questão aí é ouvir a que “parte” desse discurso é confiado o termo significativo, e é justamente assim que ele opera, no melhor dos casos: tomando o relato de uma história cotidiana por um apólogo que a bom entendedor dirige suas meias-palavras, uma longa prosopopeia por uma interjeição direta, ou, ao contrário, um simples lapso por uma declaração muito complexa, ou até o suspiro de um silêncio por todo o desenvolvimento lírico que vem suprir. (LACAN, 1953/1998, p.253).

É no Hospital de Salpêtrière que Freud concede atenção ao discurso das histéricas, excluído pela Medicina, reconhecendo

um além do adoecimento neurológico. Assim, alicerça a criação da Psicanálise. Sugere-se que também aí é possível residir a gênese de uma prática da psicanálise no hospital geral. Com o avanço da técnica psicanalítica e o desenvolvimento de conceitos fundamentais para a psicanálise, Freud também atribuiu importância ao divã. No social e nas equipes de saúde, a primeira questão que surge quando se aborda uma escuta psicanalítica dentro de uma instituição hospitalar é a emblemática representatividade do divã. Inicialmente, acredita-se que a possibilidade do trabalho em psicanálise esgota-se diante desse elemento.

Oportunamente, afirma-se que a psicanálise se coloca em presença de um sujeito que fala, que deseja tear com as suas palavras uma história única sobre o seu adoecimento, e as práticas hospitalares, suas rotinas, condutas e normas rígidas, por vezes, silenciam o sujeito que padece de um adoecimento orgânico, assim, nesse espaço, a exclusão do sujeito é vista a “olhos nus”. Tal exclusão é representada por uma não escuta relativa à marca singular do sujeito acometido por uma patologia, identificado com o número de um leito ou de uma enfermaria.

Partindo-se de uma prática de escuta realizada nas maternidades, é possível perceber que as mulheres são chamadas pelos membros da equipe de saúde pela ordem do discurso social, como “mãezinhas”, sendo assim apagadas em sua posição de mulher e sujeito que se encontra na iminência de tornar-se mãe ou não. Nessas situações surge uma questão quando a mulher põe-se a interrogar acerca da função materna em construção para si e para o outro, o bebê.

A criação da psicanálise por Freud e a leitura realizada por Lacan permitem a reinvenção cotidiana desse lugar na prática hospitalar, tendo em vista o caso a caso e a surpresa presente nessa dinâmica. A atenção e a postura frente às demandas apresentadas solicitam um manejo da transferência entre os presentes na equipe de saúde, os pacientes e os familiares, realizando-se uma aposta em um trabalho e no inconsciente.

Nas instituições hospitalares, o psicanalista busca um não apagamento dos sujeitos, proporcionando a expansão dos ca-

minhos trilhados até ali, parte em defesa de um posicionamento subjetivo frente às demandas contidas nos protocolos de saúde. Por meio da psicanálise, apresenta-se outra cena para o contexto hospitalar, a cena inconsciente. Atribui-se *status* ao chiste, ao ato falho, ao esquecimento, ao simbólico, à fala do paciente, ao lugar de escuta e ao sofrimento. É esse sofrimento psíquico encontrado nas situações de adoecimento que circunscreve uma prática psicanalítica no hospital.

Esse conjunto de experiências não caracterizam sintomas psicológicos por si. Eles também não se enquadram semiologicamente apenas como formas específicas de angústia ou de inibição. Por outro lado, encontramos uma palavra que parece descrever e em todas as nuances a experiência de uma hospitalização: sofrimento (DUNKER, 2016, p.65).

Conforme apontado pelo autor, há inseguranças produzidas pelo processo de internação, tempo em que o sujeito perde as referências e certezas sobre o seu próprio corpo. Manejos técnicos, dores e consequências do uso de medicamentos irrompem nas vidas ali presentes.

A respeito da subjetividade, realiza-se uma analogia com a propagação da luz nos ambientes. A luz, sofrendo alterações a depender do meio em que se encontra, está ali, porém em intensidade diferente. Tal fato se aplicaria à subjetividade, visto que não há uma dicotomia entre o que seria mente e corpo, psíquico e somático, mas sim a incidência da subjetividade em tudo o que corresponde ao sujeito, não sendo possível uma completa desconsideração desses aspectos no processo de adoecimento (SIMONETTI, 2015, p.135).

Compartilhando o mesmo espaço, ciência médica e psicanálise suscitam muitas hipóteses e indagações, uma vez que, como destaca Lacan (1954/2009, p.33), “[...] a análise como ciência é sempre uma ciência do particular.” A objetividade necessária ao discurso médico descreve doenças e jamais os que estão em uma condição de doentes. Nesse âmbito, o psicanalista posiciona-se,

convidando o sujeito a falar, incitando uma versão para além do corpo biológico.

Ao mesmo tempo, há um corpo de palavras a serem ditas, cabendo ao psicanalista, em meio ao ato, à química, à tecnologia e ao real (aquilo que não é alcançado pela palavra), trazer para essa cena hospitalar aquilo que o constitui humano: a palavra, ou seja, dar voz ao sujeito. “Quer se pretenda agente de cura, de formação ou de sondagem, a psicanálise dispõe de apenas um meio: a fala do paciente” (LACAN, 1953/1998, p.248).

Lacan (1966/2001) é categórico quando marca um lugar extraterritorial da psicanálise frente à medicina. A psicanálise não deverá instaurar-se nesse contexto somente quando a medicina não categoriza um sintoma, ou algum acontecimento dos ditos pacientes destaca-se como uma “questão emocional” atribuída ao processo de adoecimento. Um saber não se sobrepõe ao outro, tampouco se complementam, pois a verdade dita sobre o adoecimento pelo sujeito, em linhas gerais, não compactua com a verdade médica já formulada sobre a doença. A construção da história singular do adoecimento é desvelada na narração dos encontros e desencontros da vida, assim, em seu ofício, o que o psicanalista

(...) visa não é da ordem de uma adaptação, mas que cada um possa encontrar uma solução particular diante do sofrimento, do conflito, das situações geradoras de angústia. Chamado para resolver um impasse, o que ele pode é oferecer não uma resolução predeterminada, mas uma que passe pela palavra, possibilitando que algo do sujeito possa advir (CARVALHO; COUTO, 2011, p.117).

Sobre a prática de uma psicanálise, Freud (1919, p.187) assinala que somente com as experiências obtidas no percurso de uma análise é que se pode conduzir uma escuta, “(...) uma vez que consiga supervisão e orientação de psicanalistas (...)”. Para a escuta e a transmissão de uma psicanálise dentro de uma instituição hospitalar, haverá uma implicação do analista em seu ofício, sendo possível apenas em meio ao estudo da teoria, supervisão e

a própria análise. Somente com a presença dessa tríade é que uma psicanálise se faz possível no âmbito hospitalar.

Para uma pessoa se colocar na posição de analista, ela precisa se despojar de seus preconceitos, de seus sentimentos e de suas preferências pessoais, e é nesse sentido que não dá para se pensar em conforto quando se tem de fazer isso e, mais ainda, fazer isso para escutar o drama humano (MORETTO, 2001, p.110).

A análise pessoal do psicanalista é um dispositivo primordial para ele se sustentar em um *locus* repleto de subjetividades que apresenta distintos estilos de articulação com o adoecimento e propicia encontros com os sujeitos pelejantes por vida. Apenas no enfrentamento do próprio divã, de um trabalho em intensão é que o psicanalista poderá reinventar o lugar de escuta, propiciando a circulação da palavra e dos discursos ali presentes.

A transmissão do sujeito do inconsciente dentro do ambiente hospitalar, principalmente no que condiz ao contexto da saúde pública, ocorre nos corredores, nos “encontros falantes” entre os membros da equipe de saúde, onde é possível articular e considerar o sujeito que padece de algo, ou mesmo, interrogar-se “o que há de singular ali? ”, “o que há de próprio daquele sujeito naquela doença?”. Os estilos de funcionamento dos sujeitos, por mais que dentro das mesmas categorias nosológicas, são distintos, e sustentar a diferença também é ofício do psicanalista.

A psicanálise, no entanto, terá que se ater com a construção diária de uma *práxis* voltada às nuances do contexto hospitalar, como o encontro com o real do corpo, a finitude, a decadência de corpos ditos e tomados como úteis, o atendimentos à beira dos leitos, onde os pacientes se encontram despídos de suas roupas, de sua singularidade. Nesse ambiente, tanto o trabalho de escuta quanto a fala do paciente estão passíveis de uma interrupção abrupta. A própria dinâmica hospitalar propicia cortes na fala dos sujeitos com a presença do real, quando, por exemplo, um paciente do leito ao lado enfarta ou é submetido a procedimentos invasivos

no momento da escuta, interrompendo-se o escutar. O tempo é de outra ordem, e, por vezes, a lógica que emerge é a do corpo.

O fazer do psicanalista no contexto de urgência em que o sujeito se encontra no hospital assinala a sustentação da diferença, possibilitando que os sujeitos desvelem as suas doenças de maneira singular e se posicionem diante delas sem torná-las um obstáculo de vida. O psicanalista não deverá recuar frente aos sujeitos adoecidos, às famílias presentes e, claro, à medicina. Se lhe chega uma demanda de fala, ela necessita ser escutada, pois há sujeito aí, inclusive esse convite ratifica a presença do inconsciente.

Postura clínica em Psicologia Analítica e saber biomédico

Provavelmente a medicina geral também sabe que não existem apenas doenças, mas pessoas doentes. Mas a psicoterapia, sobretudo, sabe – ou pelo menos deveria sabê-lo há muito tempo – que seu objeto não é a ficção da neurose, mas a integridade perturbada de uma pessoa humana (JUNG, 2011b, p. 104).

No que se refere ao desenvolvimento da Psicologia Analítica e a sua chegada no hospital, é significativo notar que essa abordagem teve início a partir da experiência profissional de Jung em um hospital psiquiátrico (EVANS, 1992). Também Nise da Silveira, uma das responsáveis por sua divulgação no Brasil, trabalhou em hospital mental (VASCONCELLOS; GIGLIO, 2007). Evidencia-se, dessa forma, que, apesar de ter se consolidado como voltada ao atendimento em consultório particular, a Psicologia Analítica não se desenvolveu única ou primariamente em tal contexto e não tem aplicação a ele restrita.

Silva (2011) afirma que a presença dessa abordagem na saúde hoje transcende o espaço da clínica em seu modelo tradicional ambulatorial. O mesmo é válido para as publicações na área, sendo possível encontrar produção, ainda que incipiente, sobre temas direta ou indiretamente ligados ao contexto hospitalar.

Na revisão apresentada em sua dissertação, a autora afirma que “poucos foram os trabalhos que se aproximaram da temática do lugar do psicólogo no hospital. A maioria aborda temas relacionados à psicossomática do paciente ou instrumentos e técnicas para se trabalhar com este” (SILVA, 2011, p. 50). Complementarmente, indica que outros autores escreveram acerca de patologias e/ou desestabilizações somáticas a partir da perspectiva da Psicologia Analítica, utilizando conceitos dessa teoria, sem, contudo, abordar a prática em contexto hospitalar.

A autora evidencia a necessidade de o psicólogo construir seu lugar junto à equipe de saúde a partir de uma postura segura e clara acerca de seu próprio trabalho. Questiona, ainda, quais os objetivos desse trabalho, considerando suas diferenças em relação ao que é desenvolvido em consultório, ao mesmo tempo em que recorda que “o lugar do psicólogo não está no hospital, mas na psicologia enquanto ciência que responde a uma convocação própria” (SILVA, 2011, p.48). Alerta que acolher solicitações da equipe, de maneira a suscitar reflexões sobre a própria responsabilidade acerca daquilo que pede, pode gerar frustrações, mas abre espaço para a possibilidade de mudanças na postura dos profissionais. Pode-se falar, então, da manutenção de uma postura clínica eticamente embasada e atenta à dinâmica psíquica em relação a todos os envolvidos – pacientes, profissionais e instituição. Não se trata de tornar-se analista ou psicoterapeuta de seus colegas, mas de partir da compreensão de que é

[...] imprescindível que se reconheça a realidade institucional e suas necessidades. No entanto, isso não implica responder às solicitações que lhe são encaminhadas tal como se apresentam (...) A apropriação de seu lugar na equipe e na instituição depende em grande parte de sustentar seus objetivos e atitude adotados em seu trabalho (SILVA, 2011, p.88).

A inserção daquele que almeja trabalhar com Psicologia Analítica no hospital precisa, então, passar pela consideração

cuidadosa do que lhe é solicitado – reconhecendo inclusive elementos implícitos a esse pedido – e pela construção de respostas fundamentadas solidamente em sua clínica. Cabe, assim, aprofundar a caracterização da clínica analítica e como ela se situa em relação ao campo biomédico. Dois temas, inter-relacionados, mostram-se essenciais: o respeito à individualidade e à subjetividade do paciente e a questão da padronização e estabelecimento dos objetivos do tratamento.

Ao traçar uma evolução histórica, Jung (2011c) indica que a psicoterapia em Psicologia Analítica surge a partir de um desenvolvimento no qual se observa uma tendência à individualização do tratamento, bem como à transferência do foco do direcionamento dado pelo terapeuta para o desenvolvimento construído por cada paciente. De acordo com Jung (2011c, p. 35), “toda psicoterapia moderna que pretende ser responsável do ponto de vista médico e respeitada por sua seriedade científica já não pode ser de massas, mas depende do interesse amplo e sem reservas dispensado a cada paciente individualmente.”

Jung insiste em uma individualização do tratamento que evite tentativas de influenciar o paciente pelos pressupostos do terapeuta e afirma que a influência pessoal – conselho ou orientação – está para a psicoterapia como a atadura para a cirurgia, isto é, ainda que continue a participar no tratamento, não se constitui como central ou suficiente. Para ele, “O tratamento por sugestão (hipnose etc.) não foi abandonado levianamente, mas porque seus resultados eram deveras insatisfatórios” (JUNG, 2011c, p.33). O respeito à individualidade do paciente coloca-se, assim, como dever ético e necessidade metodológica.

Nesse sentido, o clínico deve evitar objetivos pré-estabelecidos, bem como preconceitos teóricos acerca do que o paciente possa ou deva fazer (JUNG, 2011d). No contexto hospitalar, tal preceito pode ser ilustrado pela observação de que uma solicitação para atendimento de paciente que “não aceita o tratamento médico” não resultaria automaticamente na oferta de atendimento “para fazê-lo aceitar”. A adesão ao tratamento não seria, pois,

objetivo pré-estabelecido para o psicólogo, ainda que o assunto pudesse ser trabalhado em atendimento.

O direcionamento da psicoterapia é dado pelo processo de individuação, movimento em direção à realização da totalidade da personalidade, a qual não está sob controle da consciência e obedece a uma psicodinâmica mais ampla (JUNG, 2011d). Sobre isso Jung (2011a, p. 67) afirma que “[...]os processos inconscientes se acham numa relação compensatória em relação à consciência. (...) se complementam mutuamente para formar uma totalidade: o si-mesmo”, o qual corresponde à totalidade da psique e a seu centro regulador. Mantém-se, dessa forma, um padrão de equilíbrio em que aquilo que é negado pela consciência manifesta-se a partir do inconsciente. No hospital, o adoecimento e tratamento se constituem em elementos inicialmente estranhos ao eu do paciente e cuja integração pode propiciar desenvolvimento da personalidade.

Os pontos tratados – da individualização do tratamento e do não estabelecimento prévio de objetivos – trazem consequências práticas que se diferenciam dos padrões do saber biomédico. Tais diferenças são exploradas no texto “Medicina e Psicoterapia” (JUNG, 2011b), a partir das distintas formas de tratar diagnóstico, prognósticos e tratamento, acerca dos quais é dito que

O médico comum parte do pressuposto de que o exame do paciente deve levar, dentro da medida do possível, ao diagnóstico da sua doença e, uma vez feito o diagnóstico, à decisão quanto aos pontos essenciais do prognóstico e da terapia. A psicoterapia constitui uma visível exceção a esta regra: para ela, o diagnóstico é extremamente irrelevante, na medida em que – exceto um nome mais ou menos adequado para o estado neurótico do paciente – nada se ganha, principalmente no que diz respeito ao prognóstico e à terapia (JUNG, 2011b p.101).

Em contraposição, Jung propõe um diagnóstico psicológico pautado não pelos sintomas apresentados no quadro clínico, mas

elaborado como diagnóstico dos complexos presentes em cada caso, sendo construído a partir da fala do paciente ao longo dos próprios atendimentos.

No trabalho com pacientes acometidos por doença somática, tal consideração sobre o diagnóstico médico tem duplo aspecto. Refere-se a diagnósticos presentes nos manuais de saúde mental, de modo que, ainda que se solicite acompanhamento para paciente *ansioso* ou *depressivo*, não será essa categorização que guiará o atendimento. A mesma relação ocorre com a doença somática. Saber acerca do diagnóstico orgânico do paciente e de seu tratamento terá importância na compreensão de sua história e contexto atual, mas tampouco será determinante da condução do trabalho do psicólogo. Não se afirma que tais informações não devam ser consideradas, ou que o seu uso pelos demais profissionais seja inadequado, apenas que uma atuação baseada na Psicologia Analítica as terá como complementares, já que o direcionador do trabalho será a própria dinâmica psíquica do paciente, cujo conhecimento será construído na escuta clínica.

Apresentou-se, assim, um breve quadro daquilo que sustentará a postura clínica do psicólogo em Psicologia Analítica, o que resulta na necessidade de que se assuma um compromisso ético pautado pelo respeito à individualidade do paciente na condução de um trabalho que se coloca como auxiliar da totalidade psíquica e do processo de individuação. Alinhamo-nos à ideia de que só a partir de uma clareza dos próprios fundamentos torna-se possível estabelecer diálogo efetivo com a equipe de saúde. As diferenças surgem, então, não como empecilho ao trabalho conjunto, mas como justificativa da sua importância como fonte das colaborações que a Psicologia pode trazer para a assistência ao paciente somático. Acerca disso, Jung (2011b, p. 99) explica:

O psicoterapeuta tem o maior e mais particular interesse em não abrir mão do lugar que, desde a origem, ocupa dentro da medicina. E isso porque, por força da especificidade de sua experiência de um lado, e da sua maneira de pensar,

do outro, ele se vê incumbido de defender certos interesses que não tem mais acolhida dentro da medicina de hoje, ou melhor dizendo, ainda não a tem.

Considerações finais

Tomando por base a diferenciação entre inserção e simples entrada, indicou-se que a primeira pode ser alcançada por meio da construção de uma relação de diálogo baseada no conhecimento do psicólogo acerca daquilo que o diferencia em sua prática e o fundamenta em suas ações. Entretanto, as solicitações dirigidas ao psicólogo não partirão necessariamente do reconhecimento dessa diferença e eventualmente estarão direcionadas para a reafirmação da exclusão da subjetividade, seja pela via da adequação do paciente ao funcionamento institucional, seja pelo ideal de padronização do atendimento psicológico ofertado. Mostra-se necessário, na continuidade do debate, abordar, entre outros assuntos, a construção de respostas coerentes a solicitações que têm ganhado força no contexto contemporâneo dos movimentos de acreditação hospitalar e do incentivo a pesquisas e práticas que atendam aos padrões da “saúde baseada em evidências”.

Independentemente do lugar de escuta que o profissional se propõe, o que se sobressai é desenvolver um trabalho de caráter único a cada paciente sobre a sua doença. O saber “psi” frente ao saber médico é relevante para que as pessoas inseridas em uma situação de adoecimento alcancem aquilo que há de singular, o que há da sua própria história ali, de modo que possam implicar-se nas queixas apresentadas.

Os modos de escuta “psi” convergem quando proporcionam ao sujeito um outro lugar, onde são escutados naquilo que há de próprio e, por vezes, podem sair de uma postura passiva frente ao adoecimento para uma atividade, um colocar-se na cena hospitalar. Ou a escuta poderá ratificar um lugar de um choro e da dor que é a notícia de um diagnóstico difícil, beneficiando também

os familiares quando do óbito de um ente querido. Por vezes, no trabalho de escuta “psi”, trata-se de legitimar o choro e a tristeza inerente a uma situação de perda, seja perda de saúde ou da condição de vida anterior.

Não há uma programação para o adoecimento, isto é, adoecer é sair dos trilhos, é um desvio da curva do cotidiano, é a ruptura do *script*, que obstrui o roteiro da vida que vinha sendo delineada. Desse modo, a passagem por uma internação pode produzir novos estilos de vida, sendo o sujeito marcado por essa estadia, ou por repercussões que uma internação possa produzir.

O fazer “psi” pode, por fim, desencadear um processo de polimorfismo do adoecimento – por mais que a classificação internacional de doenças (CID) o enquadre em um padrão – tornando essa produção de um corpo, diante da fala do sujeito, multi, poli, pluri e repleta de significações. Não há um só significado para o adoecimento. Não se trata de uma causa e efeito no adoecimento.

Figueiredo (2009, p. 143), considerando a metapsicologia do cuidado, assinala a importância de os sujeitos em situação de adoecimento serem tratados de modo integral, sugerindo como uma das metas do cuidado o favorecimento da implicação e responsabilidade em “sua medicina”. Proporciona-se, assim, uma leitura para além das práticas “psis”, com uma instância de cuidado articulada aos outros fazeres que tornem as práticas de cuidado menos protocolares, mecanizadas e estereotipadas e mais singularizadas e subjetivadas. Isso poderia surgir como uma consequência da propagação de um viés também subjetivamente orientado nas outras práticas, talvez um possível efeito da inserção de um trabalho de escuta.

Os sujeitos saem de suas cenas diárias, deixam seus trabalhos, suas rotinas para lidar com o que há de inesperado no adoecimento e nos resultados que possam advir. Considerar o ineditismo do adoecimento e do que emerge das rotinas e práticas hospitalares incita a possibilidade da reinvenção da inserção do fazer “psi” cotidianamente.

Referências

CARVALHO, S. B. de; COUTO, L. F. A presença do psicanalista no hospital geral: sua escuta e suas intervenções. In: BATISTA, G; MOURA, M. D. de; CARVALHO, S. B. de. (Orgs.). *Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. v. 5. p. 111-128.

DUNKER, C. I. L. Para introduzir o conceito de sofrimento psíquico em psicanálise. In: KAMERS, Michele; MARCON, Heloísa Helena; MORETTO, Maria Livia Tourinho. (Orgs.). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Escuta, 2016. p. 66-88.

EVANS, R. L. *Entrevistas com Jung e as reações de Ernest Jones*. Rio de Janeiro: Eldorado Tijuca, 1992.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta, 2009.

FREUD, S. Sobre o ensino da psicanálise nas universidades (1919 [1918]). In: _____. *Uma Neurose Infantil e outros trabalhos (1917 – 1918)*. Trad. James Strachey. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 185-189. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVII).

JUNG, C. G. *Eu e o inconsciente*. Petrópolis: Vozes, 2011a.

_____. Medicina e Psicoterapia. In: _____. *A prática da Psicoterapia*. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2011b. p.99-108.

_____. O que é Psicoterapia? In: _____. *A Prática da Psicoterapia*. Petrópolis: Vozes, 2011c. p.32-39.

_____. Os objetivos da psicoterapia. In: _____. *A Prática da Psicoterapia*. Petrópolis: Vozes, 2011d. p.48-65.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem. Traduzido por V. Ribeiro. In: LACAN, Jacques. *Escritos* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 238-324.

_____. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção lacaniana*. (32) (Texto de 1966. Publicado inicialmente em *Cahiers du Collège de Médecine*, vol 12, 1966 e mais tarde em *Bloc-notes de la psychanalyse*, nº 7, Georg, Genebra, 1987. Traduzido por Marcus André Vieira, 2001.

_____. *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud [1953-1954]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

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

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, v.46, n. 2, p. 287-98, 2014.

SILVA, S. C. *Cuidando de ser psicólogo no hospital: uma cartografia de experiências sobre a construção de um lugar, contadas sob inspiração da psicologia analítica de C. G. Jung*. 2011. 193 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VASCONCELLOS, E. A.; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. *Estudos de psicologia*, Campinas, v. 24, n. 3, p. 375-83, set. 2007.



1.3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS: PSICOLOGIA HOSPITALAR E GESTALT-TERAPIA

*Daniele Rabelo Batista Castro
Luciana Araújo Gurgel*

Introdução

A Psicologia Hospitalar é o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes do/hospital. O psicólogo hospitalar reúne conhecimentos e técnicas para aplicá-los de maneira coordenada e sistemática, visando à melhora da assistência integral do paciente hospitalizado, portanto seu trabalho é especializado em restabelecer o estado de saúde do doente ou, ao menos, controlar os sintomas que prejudicam seu bem-estar.

Dentro do contexto da saúde e hospitalar é possível a atuação do psicólogo de várias formas e através do suporte de diversas abordagens psicológicas. A Gestalt-terapia (GT) é uma dessas abordagens possíveis, apresentando a Psicologia da Gestalt, a Teoria de Campo de Kurt Lewin e a Teoria Organísmica de Kurt Goldstein como teorias basais para seu funcionamento e entendimento (HOLANDA, 1998). Em relação a fundamentos filosóficos, temos principalmente a Fenomenologia e o Existencialismo embasando a construção da abordagem (HOLANDA, 1998). Fritz Perls é considerado o fundador e disseminador da abordagem gestáltica.

O objetivo deste capítulo é apresentar considerações teóricas acerca da Gestalt-terapia e seu diálogo com a Psicologia Hospitalar, explicando o que é saúde e doença para a abordagem e como o gestalt-terapeuta pode e deve intervir no contexto hos-

pitalar para promover a saúde junto ao paciente, família, equipe e instituição, saúde esta entendida no âmbito da Gestalt-terapia num sentido mais amplo e complexo, o qual será comentado nos tópicos adiante.

Saúde e doença em GT

Em Gestalt-terapia, saúde e doença não são conceitos opostos, mas processos contínuos e dinâmicos. De acordo com Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009), um processo saudável tem relação com uma forma fluida de se colocar no mundo, implicando a capacidade do sujeito de manter contato com seu contexto e poder efetuar escolhas espontâneas e trocas com seu ambiente, de forma mais satisfatória, atendendo assim suas necessidades em todos os níveis (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

Galli (2009) apresenta a saúde conforme a visão de Perls, segundo a qual seria a capacidade de emergir do apoio e regulação para um autoapoio e autorregulação, sendo o equilíbrio seu elemento fundamental. Uma das premissas básicas da Gestalt-terapia é a busca por essa homeostase, capacidade inerente a todo organismo.

Sobre o adoecimento, Holanda (1998) diz que o adoecer acontece quando se tem uma desarmonia nas relações, seja com o mundo, seja com o próprio sujeito, quando essas relações estão limitadas. “O não saudável é a impossibilidade de atualizar a maneira de satisfazer as necessidades, é a cristalização, a estagnação em um determinado momento” (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009, p. 179). A doença vem mostrar que há uma desarmonia da consciência, uma perda de equilíbrio que pode se manifestar no corpo ou na mente como um sintoma (GALLI, 2009). Os sintomas e o adoecimento podem ser encarados, assim, como formas de buscar o saudável.

A doença quebra a continuidade de atividades cotidianas, acarretando preocupações, medos, ansiedade e culpas. Esse estado faz com que a atenção, pensamentos e emoções fiquem vol-

tados para a corporeidade, assim, a figura do sujeito será o seu estado corporal. Isso gera um momento favorável para entrar em contato consigo mesmo, com nosso corpo, nosso íntimo e nossas vivências (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

Psicólogo da GT no hospital e seu papel

A Psicologia Hospitalar tem como objetivo principal minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, o que exigirá do profissional de Psicologia bom conhecimento de todas as condições de vida que são agravadas por essa situação (KUSTER, 2010). Essa especialidade deve ter como foco a promoção da saúde, reforçando o modelo biopsicossocial e desenvolvendo um trabalho interdisciplinar que busque a integração real entre as áreas (CHIATTONE, 2000). Para que auxilie as pessoas nessa situação de crise, o psicólogo deve conhecer diversas características do paciente, da família, da doença e do tratamento, entre outros aspectos envolvidos. A Gestalt-terapia, segundo Estevão e Silveira (2014), afina-se com essas duas perspectivas, pois busca compreender o ser holisticamente, em sua totalidade (novo paradigma da saúde, o modelo biopsicossocial), além de valorizar a construção do entendimento complexo sobre os fenômenos humanos, utilizando-se de diferentes saberes.

A doença, segundo Valle (2010), aponta uma situação de crise, que acontece quando a pessoa tem que enfrentar uma situação nova e transformadora, a qual pode ser de perda ou aquisição (SIMON, 1989 apud VALLE, 2010). Desse modo, o psicólogo hospitalar deve atuar com o objetivo de minimizar a angústia e a ansiedade do paciente, possibilitando que expresse seus sentimentos, auxiliando-o para que compreenda a situação vivenciada e favorecendo um clima de confiança entre paciente e equipe de saúde, de modo que o hospitalizado verbalize as suas fantasias relativas aos procedimentos. O uso da abordagem gestáltica auxilia não só na “redução de sintomas e resolução de problemas, mas um trabalho mais profundo de ressignificação”, sendo

compatível com a proposta da psicologia hospitalar (CAMPOS; DALTRO, 2015, p. 63).

No ambiente hospitalar, o paciente encontra um universo de ameaças e mudanças internas e externas, como a ameaça à sua integridade corporal, pelos procedimentos a que é submetido; a exposição de sua intimidade a estranhos; a convivência com um ambiente de doença, dor e morte; a separação de seus familiares, de seus pertences e de seus hábitos, enfim, a perda de seus referenciais conhecidos. O paciente também sofre pela incerteza quanto à evolução da sua doença e suas possíveis consequências (VOLPINI, 2007).

De acordo com Nigro (2004), essas mudanças desencadeiam inúmeros processos, entre os quais a despersonalização é o mais importante. Esse processo acontece em decorrência de o indivíduo ser levado à perda das referências que o definem, abalando assim seu sentimento de identidade.

Segundo Estevão e Silveira (2014), a despersonalização pode comprometer o reequilíbrio orgânico, pois essa desqualificação existencial do sujeito enquanto pessoa não beneficia o processo de melhora física e emocional. O corpo doente é experienciado e vivido por uma pessoa que está adoecida. Trata-se do corpo que tem uma fundamental função na relação desse sujeito com o mundo, com histórias e perspectivas (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010). É nessa lacuna que o profissional psicólogo se faz presente, trazendo à tona esse sujeito em sua condição humana e existencial (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

A ideia de autonomia e humanização trazida pela área da saúde e inserida no contexto hospitalar também dialoga com a Gestalt-terapia, na medida em que esta tem influências filosóficas do existencialismo que promove a possibilidade de liberdade, responsabilidade do homem frente a sua existência, acreditando no potencial criativo e transformador deste (PINTO, 2009 apud ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

Para a abordagem gestáltica, a relação é primordial para existência do sujeito. Só na relação o ser humano pode se cons-

truir e construir o ambiente que o rodeia, como explica Holanda (1998, p. 41): “a compreensão do ser humano na sua totalidade e inextricavelmente ligado à sua rede de relações” é a essência da abordagem fenomenológica. O psicólogo hospitalar poderá estar presente e incluir-se na vida do paciente, a fim de restabelecer a autonomia e bem-estar frente à sua nova condição. “No contexto da intervenção hospitalar, [...] o diálogo se constitui a partir da possibilidade da existência da relação mútua entre psicólogo e paciente” (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010, p. 143).

Holanda (1998) reafirma esse aspecto com a ideia de diálogo autêntico. O psicólogo hospitalar seria responsável por confirmar o Outro dentro da relação terapêutica que se estabelece através do diálogo. Essa confirmação relaciona-se com o acesso ao Outro em sua totalidade, sem subdividi-lo ou separá-lo, como o modelo biomédico faz.

Para o estabelecimento do diálogo são necessários dois elementos fundamentais: a presença e a inclusão. A primeira refere-se a revelar-se de forma autêntica ao paciente, “é estar consciente de si para e na relação” (FREITAS; STROIEK; BOTIN, 2010, p. 144). É ajudar o paciente a perceber-se dentro de novas possibilidades, a partir do contexto vivenciado. Assim, o gestalt-terapeuta favorece a autoconhecimento do paciente, abrindo-lhe novas possibilidades de experimentar a doença e a internação, por exemplo (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Já na inclusão, de acordo com Freitas, Stroiek e Botin (2010), tem-se uma busca por posicionar-se na experiência do cliente, sem julgá-la ou analisá-la. O terapeuta empresta sua existência para permitir que o estranhamento do sentido do outro encontre espaço de expressão em outra existência.

Para Estevão e Silveira (2014), a abordagem gestáltica traz a ideia de intersubjetividade, onde as subjetividades do doente e do terapeuta se encontrarão para permitir a expressão de sentimentos, preocupações e sensações do cliente relacionadas ao adoecimento. Assim, o psicólogo torna-se um catalisador que pode desencadear uma modificação de atitude, uma ressignificação da doença e da situação vivida por parte do sujeito adoecido.

Nessa perspectiva, a Psicoterapia Breve (PB) é uma abordagem técnica das mais indicadas para o ambiente hospitalar, sendo utilizada por profissionais de todas as abordagens em situações de emergência, proporcionando ao indivíduo ajuda psicológica com um fim específico: a intervenção em crise (LAGE; MONTEIRO, 2007). O objetivo desse procedimento é, portanto, o retorno ou o estabelecimento de um nível de funcionamento anterior à crise a partir de um foco em questão.

A PB, como diz o próprio nome, é uma técnica que busca alcançar seus objetivos terapêuticos em prazos mais curtos que as abordagens tradicionais, de modo a atender a pessoa no mais curto espaço de tempo possível, visando restabelecer o equilíbrio homeostático através da resolução do conflito situacional (foco), dos sintomas e da psicodinâmica. Para isso, utiliza-se da técnica ativa (atenção seletiva, interpretação seletiva e negligência seletiva) e da tríade atividade, planejamento e foco. (LEMGRUBER, 1984 apud LAGE; MONTEIRO, 2007)

Segundo Holanda (2007), como já se destacou, a tríade da PB é formada por atividade, planejamento e foco: 1) atividade: atitude mais ativa e participativa por parte do terapeuta, sendo um aspecto central na técnica; 2) planejamento: as estratégias de atuação definidas pelo terapeuta e também pelo paciente; 3) foco: é a área a ser trabalhada no processo terapêutico com base na avaliação e no planejamento prévios.

Assim, a PB propõe um atendimento com foco no alívio dos sintomas e da ansiedade, sendo indicada para situações de crise, a fim de promover a expansão e a integração das habilidades do paciente na solução dos seus problemas. Ademais, é uma modalidade de terapia que trabalha com tempo restrito, funcionando em poucas sessões. Dessa maneira, é a mais indicada para hospitais, sendo ideal para intervenção em crises, por proporcionar um tratamento efetivo em tempo limitado. De fato, no hospital, o paciente não necessita de divagações teóricas acerca de suas questões, mas de intervenções psicoterápicas mais breves e precisas. Essa situação peculiar deve ser compreendida dentro de um

critério de estresse, adaptação e resolução, portanto a utilização da PB possibilita ao psicólogo uma ótima inserção no hospital, adequando-se às especificidades que o ambiente exige.

Também foram desenvolvidas metodologias de curta duração para a abordagem gestáltica, a Gestalt-terapia de curta duração, que vem preenchendo lacunas importantes e facilitando o trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar. Ribeiro (1999 apud CAMPOS; DALTRO, 2015) descreve a Gestalt-terapia de curta duração como um processo

no qual cliente e psicoterapeuta se envolvem em soluções imediatas de situações de qualquer ordem, vividas pelo cliente como problemáticas, utilizando todos os recursos disponíveis, de tal modo que no mais curto espaço de tempo o cliente possa se sentir confortável para conduzir sozinho sua própria vida. (RIBEIRO, 1999 apud CAMPOS; DALTRO, 2015, p. 63).

Como demonstra Lemgruber (2000), essa abordagem focaliza um determinado ponto que não permite que o indivíduo desempenhe suas funções existenciais. Foca-se, portanto, no aqui-e-agora. Na base fenomenológica da abordagem gestáltica temos o foco nas formas e percepções que surgem no aqui-e-agora, o que pode auxiliar o gestalt-terapeuta com atendimentos mais pontuais, bastante característicos do *setting* hospitalar (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

As diferenças entre Gestalt-terapia de longa e de curta duração tem a ver com algumas delimitações. “Esses limites [...] são melhor expressos através de delimitações quanto à abrangência, à estratégia, à relação terapêutica e aos objetivos do processo terapêutico” (PINTO, 2006, p. 152).

O tempo existencial, mais observado do que o tempo cronológico, é o tempo da vivência do cliente e do psicoterapeuta (QUEIROZ, 2006). Para Ribeiro (1999), essa psicoterapia é delimitada pela vontade, necessidade e urgência do cliente em ser atendido em um curto espaço de tempo.

Pinto (2006) traz seis pontos importantes da psicoterapia fenomenológico-existencial que permeiam o trabalho de curta duração. O primeiro diz respeito a observar o sujeito em sua totalidade e integralidade, sendo o foco um dos elementos mais importantes na psicoterapia de curta duração. Na visão gestáltica, a ideia é trabalhar esse ponto específico de modo que, a partir dele, o todo seja reconfigurado pela mudança de uma das partes. Assim o indivíduo pode voltar a buscar ajustamentos criativos mais fluidos e alcançar a homeostase de forma mais saudável. Lembramos que esse processo de reconfiguração pode continuar acontecendo mesmo após a finalização do processo terapêutico, pois essas mudanças podem continuar reverberando no cliente e na sua vida.

O segundo ponto trata do entendimento do ser humano como um ser de relação, com ele mesmo, com o outro, com o mundo e com o ambiente que habita com liberdade e autonomia. Assim a formação e manutenção da relação terapeuta-cliente, uma aliança terapêutica, será essencial para o trabalho de curta duração. Dessa forma, o acolhimento pode ser mais explícito e verbalizado nesse tipo de psicoterapia.

O terceiro ponto incide sobre a experiência consciente, pois, para esse tipo de psicoterapia, é imprescindível a melhora da relação do ser consigo mesmo, numa ampliação da *awareness*, com a qual ele poderá compreender-se melhor e compreender seu mundo de maneira mais profunda, relacionando-se de forma mais autêntica e genuína.

O quarto ponto diz respeito à possibilidade de redefinição do sentido da vida, na qual o trabalho de curta duração pode ajudar, desde que tenha objetivos claros e delimitados.

O quinto ponto refere-se à característica dialógica da psicoterapia gestáltica. Na gestalt-terapia de curta duração, a atitude dialógica não somente é possível, como essencial para que o cliente se diferencie e se singularize, construindo assim sua autonomia.

O sexto e último ponto traz os conceitos de saúde e doença na perspectiva gestáltica, as quais são vistas como parte de um

processo, sendo que, no adoecimento, pode haver aspectos saudáveis e vice-versa. Na psicoterapia de curta duração, se busca o que o sujeito traz de criativo e saudável, não focando ou utilizando o que não há como uma espécie de inimigo. A ideia é que a pessoa entre em contato consigo mesma para desenvolver o que ainda precisa ser desenvolvido.

De acordo com Queiroz (2006), há três tipos de trabalho de curta duração: focal, breve e ação terapêutica. Na psicoterapia focal de curta duração, o principal ponto é a delimitação de um foco de trabalho, uma área particular que precisa receber atenção. A psicoterapia breve trata de uma questão temporal, uma delimitação desse tempo devido a alguma condição, como uma viagem ou um internamento: “o foco é definido levando-se em consideração a queixa, a psicodinâmica subjacente à mesma e o tempo disponível para o processo psicoterápico” (QUEIROZ, 2006, p. 161). Já a ação terapêutica se refere a poucos encontros ou intervalos longos entre as sessões. É importante fechar o processo a cada atendimento, ampliando-se um pouco mais a fronteira de contato do cliente a cada encontro (QUEIROZ, 2006)

No ambiente hospitalar, o psicólogo pode ajudar, oferecendo espaço de suporte e apoio diante da hospitalização. Com a Gestalt-terapia promove-se um exercício constante de escolha e responsabilidade do paciente com sua própria vida a partir do contato e da relação criada entre terapeuta e paciente, o que resulta em novos sentidos e significados relativos ao sofrimento vivenciado pelo adoecimento e/ou hospitalização.

O gestalt-terapeuta tem, assim, a importante função de, através das intervenções realizadas na fronteira de contato, auxiliar o indivíduo no processo de autorregulação em busca da integridade e criatividade diante da vida, com a ampliação do espaço vital e da consciência sobre si mesmo. Assim, o gestalt-terapeuta utiliza-se de sua experiência para potencializar o encontro entre paciente-terapeuta, doente-terapeuta, sendo um importante agente de saúde dentro de um ambiente permeado por doenças, ampliando as possibilidades de o sujeito criar movimentos sau-

dáveis dentro desse espaço, os quais podem ser levados para outras situações.

Referências

BRITO, M. A. Q. de. Desafios de uma Proposta de Psicoterapia de Curta Duração na Abordagem Gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 159-64, jun. 2006. Disponível em: <www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/3577/357735503016/6>. Acesso em: 21 abr. 2018.

CAMPOS, A. F.; DALTRO, M. A clínica ampliada no enfoque da Gestalt-terapia. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 4, n. 1, p. 59-68, 2015.

CHIATTONE, H. B. de C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 73-165.

ESTEVIÃO, A. L. P.; SILVEIRA, T. de M. da. A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. *Revista IGT na Rede*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 282-96, 2014. Disponível em: <<https://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=502&layout=html>>. Acesso em: 17 abr. 2018.

FREITAS, J. de L.; STROIEK, N. N.; BOTIN, D. Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 141-7, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2018.

FUKUMITSU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 174-84, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a14.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

GALLI, L. M. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, abr. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 abr. 2018.

HOLANDA, A. Saúde e doença em Gestalt-Terapia: aspectos filosóficos. *Estud. psicol.*, Campinas , v.15, n. 2, p. 29-44, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X1998000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2018.

KUSTER, M. de O. *Bioética e Psicologia Hospitalar*. 2010. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/bioetica-e-psicologia-hospitalar/35182/>>. Acesso em: 8 maio 2018.

LAGE, A. M. V.; MONTEIRO, K. C. C. (Orgs.). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática em hospital universitário*. Fortaleza: Edições UFC, 2007.

LEMGRUBER, V. *O futuro da integração: desenvolvimentos em Psicoterapia Breve*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PINTO, Ê. B. A Gestalt-Terapia de Curta Duração: Uma Psicoterapia Fenomenológico-Existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 151-157, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3577/357735503015/>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SILVEIRA, T. M. Da. O gestalt terapeuta na instituição hospitalar. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 97-105, jun. 2006. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/3577/357735503009.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

VALLE, E. R. M. do. (Org.). *Psico-oncologia pediátrica*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

VOLPINI, F. *O adolescente frente ao câncer: hospitalização e processos psicológicos*. 31 p. Monografia de especialização não publicada. Programa de Especialização em Psicologia Hospitalar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

UNIDADE II

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS



2.1 (RE)PENSAR A PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR BRASILEIRO A PARTIR DE UMA PSICOLOGIA CRÍTICA DA SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS ESTUDOS PUBLICADOS NA SEGUNDA DÉCADA DO SÉCULO XXI

*Denis Barros de Carvalho
Juliana Burlamaqui Carvalho
Laís de Meneses Carvalho Arilo*

Introdução

Após aproximadamente quatro décadas de psicologia hospitalar no Brasil, a inserção da pesquisa neste campo ainda é um desafio. A construção de um modelo de atuação fundamentado na produção de um conhecimento localizado, crítico e que sustente uma prática orientada para a reconstituição da autonomia do sujeito no processo de cuidado no contexto hospitalar revela-se uma tarefa inacabada a qual se defronta sempre com novas configurações da realidade. Tal tarefa exige uma constante avaliação dos saberes e das práticas psi, pois estas podem se mostrar inadequadas aos novos desafios e demandas.

A Psicologia da Saúde no contexto hospitalar pode ser considerada uma área reconhecida pelo seu cenário de atuação bem delimitado, pela constituição de uma demanda historicamente ampliada e por um campo epistemológico complexo de muitas interfaces. Uma perspectiva surgida recentemente no Brasil, a Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar, foi apresentada de modo sistemático por Carvalho (2013). Uma Psicologia Crítica, contudo, somente pode ser construída se subsidiada por uma História Crítica da Psicologia. Carvalho

et al. (2011) elaboraram uma proposta de História Crítica da Saúde, abordada neste estudo.

No que diz respeito aos elementos constituintes da Psicologia Crítica da Saúde, é possível, segundo Carvalho (2013), apontar os seguintes: 1) *crítica ao modelo biopsicossocial da Saúde*: O modelo biopsicossocial de George Engel é constituído por postulados psicodinâmicos imprecisos e apresenta uma tendência comportamentalista e objetivista. Na verdade, nem sequer pode ser considerado um modelo, pois apenas reconhece a existência de três níveis de composição, sem problematizar como eles se relacionam (CHAMBERLAIN, 2000; STAM, 2000; CROSSLEY, 2001a; CROSSLEY, 2001b; MARK, 2002; SANTIAGO-DELFOSSÉ, CHAMBERLAIN, 2008); 2) *prática profissional reflexiva crítica*: de acordo com Yip (2006), há quatro tipos de reflexividade que envolvem os trabalhadores do campo da saúde: técnica, prática, processual e crítica. Neste capítulo, interessa-nos a reflexividade crítica, que busca compreender as forças estruturais que distorcem ou constroem a prática profissional; 3) *intervenção nas microestruturas de poder*: Prilleltensky e Prilleltensky (2003) ressaltam que a Psicologia da Saúde Crítica pode ser aplicada a contextos de microestruturas de poder mediante a *advocacy*, que pode ser traduzida como a defesa/promoção de direitos dos pacientes, principalmente no que diz respeito à relação com a instituição hospitalar.

Os estudos brasileiros sobre a inserção da psicologia no contexto hospitalar, publicados entre a década de 1980 e a primeira década do século XXI, concentram-se nas questões referentes à formação e à configuração de modelos e estratégias de práticas psicológicas, alguns de uma perspectiva crítica (ANGERAMI-CAMON, 1984; YAMAMOTO; CUNHA, 1998; YAMAMOTO; TRINDADE; OLIVEIRA, 2002; CASTRO; BORNHOLDT, 2004; MARCON; LUNA; LISBOA, 2004; SÁ et. al., 2005; TONETTO; GOMES, 2005; TONETTO; GOMES, 2007a; 2007b).¹ Uma aná-

1 Carvalho (2013) e Carvalho et al. (2011) apresentam uma análise desses estudos.

lise dos estudos realizados na segunda década deste século, contudo, ainda não foi feita. O propósito deste capítulo é justamente apresentar uma análise crítica dos artigos sobre a psicologia hospitalar publicados no Brasil, na segunda década do século XXI.

Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi realizada na rede BVS-Psi, utilizando-se a palavra-chave “psicologia hospitalar”, o que levou à obtenção de 140 artigos, todos do *Scielo*. Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: a) artigos publicados a partir de 2010; b) artigos teóricos sobre o contexto hospitalar como um todo ou c) pesquisa empírica de abrangência nacional sobre o contexto hospitalar como um todo. Desse modo, 4 artigos foram selecionados.

Resultados e Discussão

O quadro 1, a seguir, apresenta os principais dados dos artigos selecionados:

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados

Autores	Referência	Natureza do artigo	Estudos críticos do período - década de 1980/2010 - citados
1) Laila T. Noletto Q. Mosimann; 2) Maria Alice Lustosa	A psicologia hospitalar e o hospital. <i>Revista da SBPH</i> , 14(1), pp. 200-231, 2011.	Teórico	Nenhuma citação
1) José Carlos Santos Ribeiro; 2) Maria Del Pilar Ogando Dacal	A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: <i>Revista da SBPH</i> , 14(1), pp. 200-231, 2012.	Teórico	1. Yamamoto e Cunha (1998).
1) Raquel Ayres de Almeida; 2) Lucia Emmanoel Novaes Malagris	Psicólogo da saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. <i>Psicologia: Ciência & Profissão</i> , 35(3), pp.754-767, 2015.	Empírico	1) Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002).
1) Adriano Valério dos Santos Azevêdo; 2) Maria Aparecida Crepaldi	A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. <i>Estudos de Psicologia</i> (Campinas), 33(4), pp. 573-585, 2016.	Teórico	Nenhuma citação

Fonte: A pesquisa.

A análise se estrutura a partir dos seguintes aspectos: a) historiografia da Psicologia; b) perspectiva da Psicologia da Saúde; c) relação com os estudos do século XX; d) dados empíricos e e) questões a se repensar.

a) Historiografia da Psicologia

Os quatro artigos desenvolvem uma análise historiográfica tradicional, desconhecendo-se estudos mais críticos dessa abordagem (CARVALHO, 2011). O artigo de Mosimann e Lustosa (2011) é o único a fazer uma reflexão historiográfica. Na seção “Um pouco da história Psicologia Moderna” (p. 202-204), as autoras, fundamentadas no livro de Schultz e Schultz (2002), desenvolvem uma análise da História da Psicologia Moderna. Por se fundamentar numa abordagem historiográfica tradicional, essa análise apresenta as seguintes limitações: (1) ignora completamente o processo de profissionalização da Psicologia, que foi bem diferente nos diversos contextos em que se desenvolveu. Danziger (1979) mostra que, enquanto nos Estados Unidos a Psicologia se desenvolve a partir de uma ruptura com a Filosofia, na Alemanha, essa ruptura não ocorreu desde o início, tendo se efetivado somente após a ascensão do Nazismo (GEUTER, 1992); (2) há uma desconexão entre a seção do artigo que trata do tema e as demais. Em outras palavras, a História da Psicologia tal como a entendem Mosimann e Lustosa (2011) em nada ajuda a entender a Psicologia no contexto hospitalar.

b) Perspectiva da Psicologia da Saúde

O artigo de Azevêdo e Crepaldi (2016) traz uma seção denominada “Psicologia no Hospital geral: aspectos conceituais e práticos” (p.580-582), na qual os autores explicitam sua compreensão de que a Psicologia Hospitalar é uma subárea da Psicologia da Saúde, sendo que, em uma seção prévia (p.574-575), endossam o objetivo da Psicologia da Saúde de Joseph Matarazzo (1980): “desenvolver intervenções direcionadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, buscando o diálogo

go com os representantes governamentais para aprimorar as políticas públicas” (AZEVEDO; CREPALDI, 2016, p. 575). O conceito, no entanto, é mais complexo.² Para Matarazzo (1980 apud TEIXEIRA; LEAL, 1990, p. 453), a Psicologia da Saúde se refere ao “papel da Psicologia como Ciência e como profissão nos domínios da Saúde e da Medicina Comportamentais”. O foco em tratamento e reabilitação da Medicina Comportamental, diferente da perspectiva preventiva da Saúde Comportamental, corresponde ao conceito de Psicologia Hospitalar. Isso remete à relação entre a Psicologia e a Medicina e suas especialidades, o que também foi abordado por Mosimann e Lustosa (2011) e será discutido no item “e” desta seção.

c) relação com os estudos do século XX

O quadro 1 mostra quantos estudos críticos do período 1980/2010 são citados pelos artigos analisados neste capítulo. A pouquíssima presença desses estudos não ocorre por dificuldade de acesso a eles, já que foram publicados em revistas prestigiadas na Psicologia, tais como *Psicologia: Ciência e Profissão*, *Psicologia-USP* e *Psicologia: Reflexão e Crítica*, todas disponíveis na internet. É possível especular, portanto, que há uma pouca valorização dos estudos críticos sobre Psicologia Hospitalar nos artigos recentes da área.

d) dados empíricos

O artigo de Almeida e Malagris (2015) é o único, dentre os artigos estudados, que apresenta dados empíricos sobre a Psicologia Hospitalar resultantes da própria pesquisa. As principais conclusões podem ser assim resumidas: a maioria dos psicólogos que atuam no contexto hospitalar se encontra na região Sudeste, utiliza a Psicanálise como referência, fez cursos de pós-graduação na área de saúde e trabalha em hospitais públicos, atuando mais

2 Para uma análise mais detalhada dessa questão, ver Friedman e Adler (2007) e Ribeiro (2011).

no setor de internação e no ambulatório. Carvalho (2011) aponta que os estudos produzidos no final da primeira década deste século não abordavam a questão do referencial teórico utilizado no contexto hospitalar. Os dados do artigo de Almeida e Malagris atualizam essa questão e também recolocam a necessidade de se pensar a psicanálise no hospital (MACHADO; CHATERLAND, 2013).

e) questões a se repensar.

Mosimann e Lustosa (2011) discutem a relação entre Medicina e Psicologia sob o prisma da subjetividade, ressaltando que a Psicologia faz da subjetividade o seu foco principal, enquanto a Medicina tenta excluí-la. A realidade, contudo, é mais complexa. Como demonstraram os teóricos críticos, a Psicologia da Saúde Tradicional exclui a subjetividade, trabalhando com pressupostos comportamentalistas e objetivistas (CARVALHO, 2013). A preocupação com a subjetividade se deve à Psicanálise e não à Psicologia da Saúde Tradicional.

Outro aspecto a ser considerado é que a Psicologia Hospitalar precisar dialogar com os saberes em torno da Medicina. Um deles é a filosofia. Dois médicos filósofos ofereceram contribuições importantes acerca dessa questão: Alfred Tauber (2005) afirma que um dos principais problemas da Medicina contemporânea é o conflito entre sua epistemologia científica e a sua filosofia moral. Para superar esse conflito, ele propõe uma *epistemologia moral*, que concebe o ato clínico como um fato ordenado pelos valores que a ele se vinculam. Díaz Amado (2016) concebe uma filosofia da medicina crítica, que deve considerar como certos elementos condicionam as práticas do sistema de saúde. O autor seis desses elementos: o capitalismo, o liberalismo, o pluralismo, a juridicização da saúde, a bioética e a tecnociência, a qual, por questões de espaço, será a única analisada neste capítulo.

Ribeiro e Dacal (2012) afirmam que o novo modelo de saúde surgido no final do século XX pode ser caracterizado, entre outros constituintes, pela desospitalização e pela racionalização

dos serviços hospitalares, fazendo com que o hospital passe a ter uma maior densidade tecnológica e uma ação mais restrita. Alguns teóricos, contudo, afirmam que essa densidade tecnológica ainda é deficitária, pois é preciso incorporar tecnologias leves aos contextos de saúde (MEHRY, 2000; CAMPOS, 2011). Tecnologia leve, no contexto da saúde, pode ser definida como a produção de relações entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços que singularizem o ato de atenção, permitindo que o usuário se expresse como sujeito. Ayres (2000) critica o uso do termo “tecnologia leve” e propõe a expressão “sabedoria prática”. É em torno dessa sabedoria, ou *conhecimento prudente*³, que os psicólogos podem dialogar com os médicos e outros profissionais do hospital, sem se renderem ao objetivismo e ao imperativo técnico hegemônicos nesse contexto.

Considerações Finais

Nesta segunda década do século XXI, a produção de estudos abrangentes sobre o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar brasileiro é incipiente e apresenta limitações teóricas consideráveis, em função do pouco diálogo que desenvolveram com a Psicologia da Saúde Crítica e com a História Crítica da Psicologia. Estabelecer esse diálogo e incluir também a Filosofia da Medicina Crítica no conjunto dos saberes utilizados para pensar o hospital tornou-se um grande desafio para os estudiosos do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar.

3 Sabedoria prática, ou conhecimento prudente, como prefere Sousa Santos (2004, 2008), traduz o termo grego *Phronesis*, utilizado principalmente por Aristóteles. Conhecimento prudente designa, também, um novo paradigma científico-social proposto por Sousa Santos (2008).

Referências

- ALMEIDA, Rachel; MALAGRIS, Lúcia. Psicólogo da saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. *Psicologia: Ciência & Profissão*, v. 35, n. 3, p.754-67, 2015.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar (Org.). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.
- AYRES, José. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interface*, v. 4, n. 6, p.117-20, 2000.
- AZEVÊDO, Adriano; CREPALDI, Maria. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 33, n. 4, p. 573-85, 2016.
- CAMPOS, Gastão. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade, da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3033-40, 2011.
- CARVALHO, Denis et al. Como se escreve, no Brasil, a História da Psicologia no Contexto Hospitalar? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 11, n. 3, p. 1005-26, 2011.
- CARVALHO, Denis. Psicologia da Saúde Crítica no contexto hospitalar. *Psicologia: Ciência & Profissão*, v. 33, n. 2, p.350-65, 2013.
- CASTRO, Elis.; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência & Profissão*, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.
- CHAMBERLAIN, Kerry. Methodolatry and qualitative health. *Journal of Health Psychology*, v. 5, n. 3, p. 285-96, 2000.
- CROSSLEY, Michele. Do we need to rethink health psychology? *Psychology, Health and Medicine*, v. 6, n. 3, p. 243-55, 2001b.

CROSSLEY, Michele. Rethinking psychological approaches towards health promotion. *Psychology and Health*, v. 16, n. 2, p. 161-77, 2001a.

DANZIGER, Kurt. The social origins of modern Psychology. In: BUSS, Alan. (Org.). *Psychology in Social Context*. New York: Irvington, 1979. p. 27-45.

DÍAZ-AMADO, Eduardo. Filosofia de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, v. 17, n. 1, p.102-23, 2016.

FRIEDMAN, Howard; ADLER, Nancy. The history and background of Health Psychology. In: FRIEDMAN, Howars; SILVER, Roxane (Orgs.). *Foundations of Health Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 3-18.

GEUTER, Ulfried. *The professionalization of Psychology in Nazi Germany*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

MACHADO, Maíla; CHATELARD, Daniela. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 16, n. 1, p. 135-50, 2013.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana.; LISBOA, Márcia. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia: Ciência & Profissão*, v. 24, n. 1, p. 28-35, 2004.

MATARAZZO, Joseph. Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, v. 35, n. 9, p. 807-17, 1980.

MEHRY, Emerson. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface*: v. 4, n. 6, p. 109-16, 2000.

MOSIMANN, Laila; LUSTOSA, Maria. A psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da SBPH*, v. 14, n. 1, p. 200-31, 2011.

PRILLELTENSKY, Isaac, & PRILLELTENSKY, Ora. Towards a critical health psychology practice. *Journal of Health Psychology*, v. 8, n. 2, p. 197-210, 2003.

RIBEIRO, José. A Psicologia da Saúde. In: ALVES, Railda (Org.). *Psicologia da Saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 23-64.

RIBEIRO, José; DACAL, Maria. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública. *Revista da SBPH*, v. 14, n. 1, p. 200-31, 2012.

SÁ, Adriana; LIMA, Alexsandra; SANTOS, Iris; CLEMENTE, Lídio. Psicólogo hospitalar da cidade de Recife-PE: formação e atuação. *Psicologia: Ciência & Profissão*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 384-97, 2005.

SANTIAGO-DELFOSE, Marie; CHAMBERLAIN, Kerry. Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglosaxon. De la psychologie de la santé (health psychology) à la psychologie critique de la santé (critical health psychology). *Psychologie française*, n. 53, p. 195-210, 2008.

SCHULTZ, Duane; SCHULTZ, Sydney. *História da Psicologia Moderna*. Tradução de A. U. Sobral e M. S. Gonçalves. São Paulo: Editora Cultrix, 2002.

SOUSA SANTOS, Boaventura (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente: “um discurso sobre as ciências” revisitado*. São Paulo: Cortez, 2004.

SOUSA SANTOS, Boaventura. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 2004.

STAM, Henderikus. Theorizing health and illness: Functionalism, subjectivity and reflexivity. *Journal of Health Psychology*, v. 5, n. 3, p. 273-83, 2000.

TAUBER, Alfred. Medicine and the call for A moral epistemology. *Perspective in Biology and Medicine*, v. 48, n. 1, p.42-53, 2005.

TEIXEIRA, José; LEAL, Isabel. Psicologia da saúde: contexto e intervenção. *Análise Psicológica*, n. 8, p. 453-58, 1990.

TONETTO, Aline; GOMES, William. Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *Psico*, v. 36, n. 3, p. 283-91, 2005.

TONETTO, Aline; GOMES, William. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007a.

TONETTO, Aline; GOMES, William. Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 59, n. 1, p. 38-50, 2007b.

YAMAMOTO, Oswaldo; CUNHA, Isabel. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 1, n. 2, p. 345-62, 1998.

YAMAMOTO, Oswaldo; TRINDADE, Luciana; OLIVEIRA, Isabel. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, p. 217-46, 2002.

YIP, Kam-Shing. Reflectivity in social work practice with clients with mental-health illness. *International Social Work*, v. 49, n. 2, p. 245-55, 2006.

2.2 BIOÉTICA E PSICOLOGIA HOSPITALAR: DISCUSSÕES QUE APONTAM PARA A ALTERIDADE

Maria Juliana Vieira Lima

O hospital e os modelos de cuidado em saúde

Segundo Foucault (1979), o hospital como espaço de terapêutica só surge no final do século XVIII, e a concepção de que ele deve ser um local de cura aparece marcadamente apenas em 1780. Nos séculos anteriores, os hospitais não eram espaços de cuidado e de cura, sendo, basicamente, lugares para onde eram mandados os doentes pobres que estavam morrendo, no intento de isolá-los do convívio social e prestar-lhes os últimos cuidados. A responsabilidade por esses ambientes ficava a cargo de instituições religiosas, que objetivavam a ‘salvação espiritual do seu rebanho’, desse modo, o hospital cumpria basicamente as funções de assistência social e de apoio espiritual. Nas palavras de Foucault (1979, p.101),

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.

A prática da medicina ainda não compunha a instituição hospitalar, pois não havia justificativas científicas para oficializar a necessidade e importância de um médico nesse espaço. A medicina operava no momento das crises, com a observação do doente e dos sinais da doença, para detectar quando apareceriam e,

assim, poder barrá-la. Era, pois, uma medicina puramente individualista, que permaneceu independente do contexto hospitalar até meados do séc. XVIII (FOUCAULT, 1979).

Com a inserção e desenvolvimento do componente científico nos hospitais, a medicina e a enfermagem passaram a se profissionalizar, substituindo os religiosos e os curandeiros. Dessa forma, as práticas de saúde ganharam competência técnica e científica, mas acabaram deixando de lado a dimensão humanitária do cuidado, como afirmam Ribeiro e Dacal (2012, p.67):

A partir de então, outra ordem hierárquica foi estabelecida e a prática hospitalar tornou-se vinculada, prioritariamente, ao saber da medicina. Deste modo, o hospital e a medicina passaram a se sobrepor de forma indissociável e atravessaram os séculos garantindo o poder médico nos hospitais e, conseqüentemente, a supremacia do seu modelo de intervenção na assistência em saúde.

O saber biomédico, a partir de então, tornou-se hegemônico nas práticas de saúde, caracterizando-se pela centralização nos aspectos puramente biológicos e biomecânicos da doença e do corpo, bem como pela pouca ou nenhuma atenção ao sujeito e aos outros fatores que o constituem. Assim, o saber fica centrado “no combate e controle das doenças, desviando-se do paciente e sua vida, tornando-se progressivamente padronizado, num processo de apagamento e desindividualização da ação biomédica em relação aos sujeitos reais” (TESER; LUZ, 2008, p. 200).

Para Moraes (2012, p.16), “é pela visão biomédica que conceitos como higiene, prevenção, perspectiva médico-simbólica do limpo e do sujo, do próprio e do nefasto, do sadio e do doente são culturalmente condicionados”. Nessa seara, o saber biomédico constitui a representação do corpo humano em sua verdade oficial, obtendo o direito de operar e de construir saberes sobre ele.

O paciente, dentro dessa lógica, é despersonalizado, visto de forma fragmentada pelas diversas especialidades médicas, ficando passivo diante do seu processo de saúde-doença por dois

fatores: não exercício de sua autonomia e centralização na figura do médico como a única detentora de poder acerca do corpo humano e de suas afecções. Nesse contexto, “a prática médica costuma ser prescritiva e autoritária, com predominância de uma visão restrita e curativa das doenças” (MORAES, 2012, p.18), exercendo, desse modo, poder sobre os corpos e a vida dos sujeitos, podendo prescrever maneiras corretas de ser e viver, sendo o óbito considerado um desastre e um fracasso das práticas médicas.

No modelo de saúde centrado no hospital e nas práticas biomédicas, prioriza-se o corpo biológico e a cura desse corpo a qualquer custo, além de predominar a fragmentação da assistência, que não contribui para a integralidade do cuidado e não favorece o diálogo entre os profissionais. De acordo com Ribeiro e Dacal (2012), após o ano de 1970, no entanto, essas práticas começaram a ser postas em xeque devido ao alto custo do sistema, mudanças epidemiológicas, avanços científicos e tecnológicos e a intensificação do movimento dos direitos humanos em defesa da garantia do acesso e universalização dos serviços de saúde.

Dá-se então início ao processo de reinvenção desse modelo de saúde, inaugurando-se a busca pela desospitalização e racionalização da demanda nos serviços hospitalares, o incentivo à atenção básica na prevenção e promoção de saúde, bem como a construção de sistemas de saúde integrados e organizados em rede, de acordo com a complexidade tecnológica dos serviços. Além disso, a integralidade do cuidado e a humanização das práticas tornam-se importantes tópicos de discussão e reformulação do fazer em saúde. Ademais, em 1978, na declaração de Alma-Ata, a Organização Mundial de Saúde modificou a conceituação de saúde e a definiu como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mais como ausência de doença (PAIM, 2012). Surgiu, então, a proposta de um modelo biopsicossocial de cuidado em saúde que atuasse no processo saúde-doença com uma perspectiva mais ampla, na qual os aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais, psicológicos e espirituais fossem trazidos para o centro das discussões e das práticas de saúde.

A tecnologia e os limites éticos do cuidado

Poles e Bouso (2009) apontam que o desenvolvimento técnico-científico inserido no cuidado em saúde diminuiu as taxas de mortalidade e elevou a expectativa de vida, favorecendo a cura e a sobrevivência de pacientes ditos irrecuperáveis, como no caso dos pacientes em estado vegetativo ou com doenças crônicas progressivas:

Os avanços das terapias de suporte têm possibilitado o manejo de várias falências orgânicas, através da ventilação mecânica, filtração renal, drogas vasoativas, nutrição parenteral, entre outros. Além disso, outras modalidades de tratamento têm se expandido, como a cirurgia cardíaca, a neurocirurgia e o transplante de órgãos. Com isso há um aumento da expectativa de vida e consequente diminuição da mortalidade de pacientes que anteriormente eram considerados irrecuperáveis (POLES; BOUSSO, 2009, p.137).

As autoras alertam, porém, que esses avanços possibilitaram também o prolongamento do processo de morte à custa de muito sofrimento para o paciente, a família e os profissionais de saúde, e afirmam que a lógica do imperativo tecnológico impede que consideremos o que é eticamente injustificável. De acordo com Teixeira (2015), os avanços científicos na área da saúde são de suma importância, mas trazem, por sua vez, questões éticas que precisam ser refletidas de modo crítico e humanitário.

Campos (2011) afirma que, no discurso da sociedade contemporânea, a racionalidade tecnológica é predominante, sendo o trabalho e as práticas humanas regulados pelo saber acumulado e consolidado como ciência, ficando reduzida ao máximo a autonomia dos sujeitos. Dentro dessa lógica, “a única relação científica, e, portanto, segura e útil, entre saber e fazer, seria a técnica” (CAMPOS, 2011, p.3034), a qual é supervalorizada e adotada como norma nas práticas de saúde.

Na execução de um trabalho eminentemente técnico, o trabalhador distancia-se do seu objeto de intervenção - no caso dos profissionais da saúde, esse objeto é o usuário - e executa práti-

cas repetitivas, protocoladas, sem reflexão crítica e muito menos com envolvimento afetivo. O manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012, p.411) destaca que o exercício da medicina aderiu muito bem a esse paradigma, produzindo uma

descontinuidade entre “a arte de cuidar” e o reconhecimento das enfermidades como processos mórbidos dependentes de agentes etiológicos específicos e que se manifestariam através de alterações anátomo-patológicas bem determinadas. O diálogo médico passa a ser feito com o corpo doente, e não mais com o indivíduo, aquele ser reconhecido como um ser biopsicossocial e espiritual.

Deste modo, Campos (2011) aponta que os limites da racionalidade tecnológica aparecem no contexto das práticas sociais, pois envolvem interação pessoal e não podem estar baseadas em relações técnicas e distanciadas: “a utilização mecânica de tecnologias não se adéqua a esse tipo complexo de prática ou de trabalho” (CAMPOS, 2011, p.3036). É relevante, portanto, questionar o uso maciço da tecnologia nas práticas de saúde, em detrimento da dimensão relacional entre os atores do processo, e os excessos cometidos em nome da supremacia tecnológica, que desconsidera aspectos naturais da existência e trava uma verdadeira luta contra a morte em nome da cura e da eficácia, levando, por vezes, a se questionarem os limites éticos de tais práticas.

Nessa seara, as discussões em bioética vêm, de maneira geral, ganhando destaque no campo da saúde e servindo de guia para decisões delicadas que envolvem dilemas éticos. De acordo com Zaher (2015), a bioética é um novo campo do saber que tem como função auxiliar na tomada de decisões quando a sociedade não sabe ao certo como se posicionar e possibilitar a abertura de discussões acerca de temas que têm diferentes pontos de vista e dão margem a diferentes formas de agir.

O termo bioética foi cunhado em 1927 pelo teólogo alemão Fritz Jahr, ao defender o respeito a todos os seres vivos. Van Rens-

selaer Potter, considerado o pai da bioética, na década de 70, buscou aliar o saber biológico (bio) com os valores humanos (ética) para refletir acerca dos grandes problemas da humanidade, inaugurando uma nova forma de pensar a respeito (ZAHER, 2015). Para Pessini (2013, p.16), “a bioética vai avançando globalmente (geograficamente), ampliando sua compreensão epistemológica, bem como sua abrangência temática, enfrentando os desafios emergentes e sinalizando prioridades a seguir”.

Com os avanços tecnológicos e a complexificação das relações humanas e organização social, as discussões da bioética passaram a compor as reflexões e decisões dos profissionais da saúde. Para Zaher (2015, p.07), “quando se atende pacientes, independente da profissão ou área, os referenciais bioéticos são os norteadores dos valores humanos, que devem ser lembrados ou colocados em prática no dia a dia”. Ainda, a bioética configura-se como um saber transdisciplinar, pois necessita da reflexão, problematização e interpretação com base em diversos saberes sobre determinado assunto (TEIXEIRA, 2015).

A bioética se apoia em princípios básicos que inicialmente foram estabelecidos pela Comissão Nacional para a Proteção de Sujeitos Humanos na Pesquisa Biomédica e Comportamental, em 1978, nos Estados Unidos da América. Em 1979, no entanto, por influência de Tom Beauchamp e James Childress, passou a ser fundamentada nos princípios da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, os quais se tornaram os principais referenciais no campo da bioética (FIGUEIREDO, 2011).

Conforme Poles e Bousso (2009), os princípios da beneficência e da não maleficência demarcam que as ações dos profissionais da saúde devem ter como objetivo o bem maior do paciente, e não a prática do mal. São, portanto, princípios que se complementam, devendo as decisões da equipe ser pensadas de acordo com o que fará bem ao paciente e que não lhe acarretará qualquer mal. A partir desses princípios, porém, corre-se o risco de estabelecer relações paternalistas de cuidado que minam a capacidade decisória dos usuários (KOVÁSC, 2012; WANSSA, 2011).

É fato que, de modo geral, na atuação em saúde, ainda se efetivam práticas extremamente paternalistas, as quais se relacionam ao uso do poder e do saber das equipes para interferir nos processos decisórios, indo de encontro ao princípio bioético da autonomia. Devido a isso, ressalta-se a importância desse princípio, o qual tem obtido crescente reconhecimento e relevância nas práticas de saúde, reconhecendo-se a capacidade das pessoas de decidirem a própria vida e, portanto, participarem do processo de tomada de decisão acerca do seu cuidado.

Para Silva (2010), existem quatro modelos de relação entre a equipe médica e o paciente: sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista, manifestando-se, em cada um deles, níveis diferentes de autonomia. Na perspectiva sacerdotal, o médico assume a postura paternalista e toma as decisões pelo paciente, cuja vontade não é levada em consideração. No modelo engenheiro, as decisões ficam a cargo do paciente, e o médico apenas presta as informações necessárias para embasá-las, isentando-se da responsabilidade sobre as decisões tomadas. Na proposta colegial, por sua vez, os acordos são realizados de forma igualitária, sendo consideradas as questões do médico e do paciente, porém ainda são mantidas atitudes protetoras da equipe para com os usuários. Já na proposta contratualista, o médico mantém sua autoridade com base no conhecimento técnico, mas o paciente também participa dos processos decisórios tendo em conta seus valores, princípios e desejos (SILVA, 2010).

Segundo o mesmo autor, as práticas paternalistas na área da saúde ainda predominam sobremaneira e interferem nas questões que *a priori* compõem somente a esfera individual, além de, em nome da autoridade do profissional, desconsiderarem ou desrespeitarem as vontades e os interesses dos pacientes. De acordo com o princípio bioético da autonomia, porém, “o médico deve respeitar a vontade do paciente ou do seu representante, assim como seus valores morais e crenças (...) limitando assim, a interferência de outras pessoas nas suas decisões (OLIVEIRA, 2011, p.47). Esslinger (2004, p.81) corrobora essa perspectiva, esclarecendo que

respeitar a autonomia do paciente (...) significa reconhecer as necessidades e legitimar as decisões do paciente (baseadas em suas crenças, valores, planos de vida e planos sobre como deseja morrer), ainda que tais decisões não sejam consideradas adequadas por aqueles que o estão acompanhando (equipe de saúde e família).

Para tanto, as decisões devem ser tomadas com base no compartilhamento honesto de informações, com linguagem acessível, assegurando a compreensão e a livre adesão ao tratamento proposto (KOVÁSC, 2012; WANSSA, 2011).

Por fim, há o princípio da justiça, que se refere à ideia de igualdade e de garantia dos direitos dos usuários de forma justa. “No caso da saúde, a igualdade implica ser dever do Estado tratar igualmente a todos os indivíduos na prestação de bens e serviços de saúde” (LEIVAS, 2006, p.13). Essa igualdade pode ser considerada de diversas formas, mas as discussões a respeito ganham destaque, haja vista que se considera garantir o direito conforme a necessidade de cada sujeito. De acordo com Cobucci e Duarte (2013, p.63), “ações efetivas que propiciam acesso mais igualitário aos serviços de saúde são importantes para diminuir as diferenças existentes entre os grupos sociais” e promover saúde de forma justa.

Para Silva et al. (2014), é de extrema relevância que os profissionais da saúde conheçam os aspectos legais de cada profissão sobre o assunto, atrelando-os aos princípios da bioética, a fim de que possam planejar e conduzir suas condutas a partir de critérios bem definidos. Destaca-se, contudo, que, no campo da saúde, não há um padrão ou código a ser seguido, mas sim balizadores e orientações para a tomada de decisão (ZACHER, 2015).

De acordo com Nora, Zoboli e Vieira (2015), os princípios bioéticos diminuem a incerteza dos profissionais e possibilitam a corresponsabilização das equipes nos processos decisórios, desde que sejam construídos através de compartilhamento, diálogo e reflexões em conjunto. Do mesmo modo, Abreu (2014) ressalta que tratar os dilemas éticos nesses contextos à luz dos princípios

da bioética favorece a tomada de decisões e contribui para uma assistência adequada.

A ética da alteridade

Riter, Stumm e Kircher (2009) afirmam que a perspectiva tecnicista do fazer em saúde, em vez de produzir cuidado, mina-o, haja vista que, para que ele ocorra, é necessária a emergência de um verdadeiro encontro existencial entre os atores do processo. A técnica e o procedimento desvinculados da atuação humanística imprimem um caráter secundário ao ato de cuidar, tornando-o, portanto, dispensável. Gonçalves (2013) assegura que os profissionais de saúde, ao assumirem o compromisso/responsabilidade de cuidar de outrem, precisam perceber o paciente como uma pessoa dotada de desejos, vontades e identidade própria, dignificando seu processo de saúde-doença.

Carvalho (2006) destaca que o sujeito atual, inserido no tecnicismo e na lógica capitalista, tem uma ética baseada no egoísmo, na qual estar alheio ao outro é aceitável. Dessa forma, as práticas de cuidado dirigidas ao outro são aquelas que se pautam na hiperindividualidade, no narcisismo e no hedonismo, de modo a tornar legítimas as diferentes maneiras de negligência da dor e do sofrimento do outro. O princípio norteador das relações com o outro na contemporaneidade é um olhar para si, ou melhor, um cuidar de si, que só perpetua a atitude de afastamento do outro, de indiferença para com o outro (CARVALHO, 2006).

O cuidar exige, de modo diverso do descrito acima, uma postura diferenciada do profissional de saúde, manifestada em atitudes de acolhimento e proteção, visando à minimização do sofrimento e a uma melhor qualidade de vida do paciente e de sua família. Para Freire (2003a), a abertura ética no cuidado implica pôr a perícia em xeque e o saber-poder em questão, expondo um novo sentido para o humano. Aqui é possível não se falar de técnica profissional ou de obediência cega às normas, diretrizes, protocolos e prerrogativas, mas de ética, de investimento no

outro, de abertura ao outro e ao seu sofrimento, responsabilizando-se pelo seu cuidado.

Nessa perspectiva, é mister ressaltar a diferença entre moral e ética. De acordo com Eco (2000), a dimensão ética é posta quando o outro entra em cena, ou seja, na chegada daquele que não sou eu e é, portanto, diferente de mim. Para o autor, “toda lei, moral ou jurídica, regula relações interpessoais” (ECO, 2000, p.83). A ética é, portanto, o reconhecimento desse outro e o respeito a suas necessidades e exigências. A moral, por sua vez, configura-se como um conjunto de normas e regras que julgam e normatizam o comportamento dos indivíduos, sendo centrais na regulação do convívio social (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

À guisa de discussão, apresentar-se-á como horizonte ético deste trabalho a perspectiva da alteridade radical em Emmanuel Lévinas, filósofo franco-lituano que propõe a supremacia do Outro diante de mim, defendendo uma ética que vai além de regras e condutas morais e que se volta ao Outro em sua supremacia. Compreende-se que as discussões éticas são polissêmicas e destaca-se que a eleição da perspectiva desse filósofo não se baseia em um princípio moralista ou dogmático de cristalização em uma única teoria, mas na possibilidade de apresentação, para os trabalhadores e pesquisadores em saúde, de uma teoria que propõe uma ruptura com as práticas cotidianas de negligência e violência para com o outro.

Lévinas (1982) aponta a possibilidade de se fragilizar diante do outro e de se fazer responsável por ele, trazendo a responsabilidade pelo Outro como algo que estrutura e funda a subjetividade humana, tendo em vista que o Outro me intima a responsabilizar-me por ele, e não há como eu fugir dessa condição. O imperativo ético de Lévinas nos exige, portanto, a via dos sentidos, da afetação e da sensibilidade – onde se é afetado pela diferença, pela alteridade, pelo Outro (CARVALHO, 2006), sendo possível, a partir de então, escutar eticamente e ir além do tecnicismo, tematização, supremacia do saber e do poder engendrados tão fortemente nas práticas de saúde (CARVALHO; FREIRE; BOSI,

2009). O que se propõe, nessa perspectiva, é uma “abertura ética, que implique uma nova atitude para com o usuário que busca ajuda; e assumir-se como um ator crítico no desenvolvimento e ‘criação’ de práticas mais condizentes com o acolhimento e a produção do cuidado” (CARVALHO; BOSI; FREIRE, 2008, p.702).

Em que consiste a ética levinasiana? Diz-nos o próprio Lévinas:

A ética: comportamento em que outrem, que lhe é estranho e indiferente, que não pertence nem à ordem de seus interesses nem àquela de suas afeições, no entanto, lhe diz respeito. Sua alteridade lhe concerne [...] Situado em uma relação ética, o outro homem permanece outro. Aqui, é precisamente a estranheza do outro, e se podemos dizer sua “estrangeiridade”, que o liga a você eticamente. É uma banalidade - mas é preciso espantar-se com ela. A ideia da transcendência talvez se eleve aqui (POIRIÉ, 2007, p.84).

A ética em Lévinas diz respeito a uma responsabilidade absoluta e intransferível pelo Outro. Os profissionais de saúde deparam-se com muitos outros em sua prática cotidiana e, na perspectiva levinasiana, devem tudo a eles, são responsáveis por eles e têm que lhes dar uma resposta: “eis-me aqui”, não podendo se fazer surdo ao seu apelo (LÉVINAS, 1982). O cuidado, quando assume essa perspectiva, exige uma postura diferenciada do profissional de saúde, com atitudes de amparo e proteção, visando ao acolhimento do sofrimento e à melhor qualidade de vida do paciente e de sua família. A partir de tal perspectiva ética, é possível realizar outras formas de cuidado que ocupem um lugar diferente nas práticas de saúde hegemônicas constituídas ao longo da história, direcionando para práticas de transformação.

Freire (2003b, p.14), aponta um possível lugar para os profissionais no cuidado em saúde, tomando-se o princípio ético como norteador:

É preciso dispor a escuta para esse outro de forma a poder responder a ele, ao seu sofrimento (nudez e miséria em Lévinas).

Essa resposta é responsabilidade: responsabilidade pelo outro, pelo seu sofrimento, por sua angústia. Oferecer um lugar para o outro – lugar este que desde sempre já seria dele –, abrindo portas e janelas para sua visitação, oferecendo o melhor conforto e a melhor comida, garantindo-lhe um espaço de habitabilidade, ou seja, um ethos, uma morada confiada e serena onde ele possa renovar-se para retomar suas dores no mundo.

Estar-com-o-outro, se fazer presente ao seu lado, sendo responsável por ele, aberto a sua chegada, ouvindo-o e respeitando-o, permitindo o exercício de sua autonomia, tomando decisões em prol do sujeito sem violentá-lo e sem normatizá-lo, considerando seu momento, suas vontades e seus desejos, singularizando o cuidado e, principalmente, afetando-se com ele e estando aberto a sua diferença e soberania. Tais condutas, consideradas éticas, são muito mais atitudinais e comportamentais do que racionais e protocolares, ocorrendo quando os profissionais estão a serviço do outro.

Convoca-se, a partir dessas discussões, os profissionais de saúde ao cuidado pautado na ética e na responsabilidade, estimulando-os a dizer SIM. Sim ao outro! Acredita-se que a relação com o outro que se dá pela via da vulnerabilidade, exposição, sensibilidade e passividade mostra-nos possibilidades de caminhos no campo do cuidado que permitam ao eu deslocar-se do seu lugar de soberania para dar lugar ao outro, vislumbrando-se, desse modo, horizontes de uma atuação que não seja indiferente ao sofrimento alheio, que se responsabilize pelos processos dos sujeitos vulneráveis necessitados de cuidado e que tome providências para não deixar o outro só em seu sofrimento, respondendo à sua dor: “Eis-me aqui!”

Referências

ABREU, C.B.B. *Questões éticas reconhecidas por profissionais de uma equipe de cuidados paliativos*. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2.ed ANCP, 2012.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-40, 2011.

CARVALHO, L.B. *Prática do psicólogo em instituições públicas de saúde: o cuidado para com outro*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

CARVALHO, L.B.; FREIRE, J.C.; BOSI, M.L.M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-65, 2009.

COBUCCI, R.N.O.; DUARTE, L.M.C.P. Bioética, assistência médica e justiça social. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 62-66, 2013.

ECO, U. Quando o outro entra em cena nasce a ética. In: ECO, U.; MARTINI, C. M. (Orgs.). *Em que crêem os que não crêem?* Rio de Janeiro: Record, 2000. p.79-90.

ESSLINGER, I. *De quem é a vida, afinal?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FIGUEIREDO, A.M. Bioética clínica e sua prática. *Revista Bioética*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 343-58, 2011.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FREIRE, J.C. Sofrer por outrem e não sofrer de si: uma escuta do sofrimento psíquico por via da ética da alteridade radical. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE FILOSOFIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA - ÉTICA, LINGUAGEM E SOFRIMENTO, 6., 2003. *Anais...* Brasília: Positiva, 2003. p. 19-30.

FREIRE, J.C. A psicologia a serviço do outro: ética e cidadania na prática psicológica. *Psicologia Ciência Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 12-5, 2003b.

GONÇALVES, J.P.R. *Cuidado original em saúde: uma nova relação do ser humano com a técnica, a vida e a morte*. 2013. X f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2013.

KÓVASC, M.J. *Educação para a morte: tema e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

LEIVAS, P.G.C. Princípios de direito e de justiça na distribuição de recursos escassos. *Revista Bioética*, Brasília, v. 14, n. 1, p. 09-15, 2006.

LÉVINAS, E. *Ética e infinito*. Lisboa: Edições 70, 1982.

MORAES, G. V. de O. *Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde/doença/incapacidade em idosos da comunidade*. 2012. X f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2012.

NORA, C.R.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.; VIEIRA, M.M. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Bioética*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 114-23, 2015.

OLIVEIRA, V. S. *A obstinação terapêutica e a morte digna: uma análise da autonomia da vontade do paciente pediátrico*. 2011. X f. Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2011.

PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária e o CEBES*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. *Revista Bioética*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 09-19, 2013.

POIRIÉ, F. *Emmanuel Lévinas: ensaio e entrevistas*. Tradução de J. Guinsburg, Marcio Honório de Godoy e Thiago Blumenthal. São Paulo: Perspectiva, 2007.

POLES, K.; BOUSSO, R.S. Morrer com dignidade, um desafio atual. In: SANTOS, F.S.; INCONTRI, D. (Orgs.). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Editora Cemenius, 2009. p. 137-44.

RIBEIRO, J.C.S.; DACAL, M.D.P.O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. SBPH*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 64-65, 2012.

RITTER, R.S., STUMM, E.M.F.; KIRCHER, R.M. Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 236-48, 2009.

SILVA, H.B. Beneficência e paternalismo médico. *Rev. Bras. Saúde de Matern. Infant.*, Recife, v. 10, supl. 2, p. 419-25, 2010.

SILVA, K.C.O.; NIETSCHKE, E.A.; ILHA, S.; LIMA, M.G.R. Doente terminal: a ética do cuidado no último processo da vida. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 8, n. 1, p. 2256-62, 2014.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008.

TEXEIRA, A.T. Terminalidade da vida – aspectos jurídicos. In: GIMENES, A.C.; BATISTA, J.S.; FUJITA, J.S.; ROCHA, R. *Dilemas acerca da vida humana: Interface entre a Bioética e o Biodireito*. São Paulo: Editora Atheneu, 2015. p. 187-99.

WANSSA, M.C.D. Autonomia versus beneficência. *Revista Bioética*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 105-17, 2011.

ZAHER, V.L. Um passeio pela bioética. In: GIMENES, A.C. et al. *Dilemas acerca da vida humana: interface entre a bioética e o biodireito*. São Paulo: Editora Atheneu, 2015. p. 3-18.



2.3 QUEM NÃO QUER SER UM *IRON MAN*? REFLEXÕES SOBRE O USO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE E OS EFEITOS NA SUBJETIVIDADE

Mércia Aparecida Pereira de Andrade Scarton

Patrick Vieira Ronick

Tatiana Cristina Vidotti

Introdução

O desenvolvimento da Medicina, os avanços e novas possibilidades de tratamento para as mais diferentes doenças sempre estiveram aliados ao desenvolvimento tecnológico.

Atualmente, observamos um aumento na utilização de tecnologias e dispositivos como acessórios, muitas vezes, imprescindíveis ao tratamento de doenças, tais como as máquinas de hemodiálise, que substituem o funcionamento renal; bombas de insulina usadas no tratamento de diabetes, que pretendem uma aproximação do funcionamento do pâncreas; corações e respiradores artificiais, dentre outras. Podem-se também incluir nesse rol os avanços da engenharia genética e das tecnologias de reprodução assistida, o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, visando à maior precisão das intervenções, como nas cirurgias robóticas, entre muitos outros exemplos cada vez mais presentes nos hospitais e clínicas médicas. Não há dúvidas quanto à importância desses equipamento e técnicas para detectar e prevenir doenças, produzir tratamentos mais acurados, além de propiciar uma melhora na qualidade de vida e aumento da longevidade.

Questiona-se, entretanto: quais podem ser os efeitos subjetivos desses avanços? Tal questão norteia este capítulo, no qual se pretende discutir o trabalho do psicólogo hospitalar, seus limites e possibilidades de atuação, a partir de um retorno à história da Medicina e da entrada da psicologia no campo da saúde, bem como da discussão de um caso clínico.

A Medicina e os paradigmas de saúde-doença

“Em sua origem, a Medicina Ocidental era uma ciência essencialmente humanista”. Com essa frase, Gallian (2000) inicia algumas reflexões acerca da evolução da ciência médica desde suas origens até os dias atuais. Salienta o autor o caminho percorrido pela Medicina, que nasceu como filosofia, assim, as explicações para as doenças deveriam ser buscadas em um contexto amplo, que compreendia não apenas a enfermidade em si, mas sobretudo “o lado humano do homem” (GALLIAN, 2000, p. 1).

A compreensão dos processos de saúde e doença passa por transformações significativas ao longo da história da humanidade. Barros (2002) explica que, na Antiguidade, dois paradigmas de compreensão coexistiam: o primeiro dizia respeito à *medicina mágico-religiosa*, que entendia a doença como resultado de uma transgressão das leis divinas. Assim, o trabalho de cura ficava a cargo de feiticeiros ou xamãs, capazes de reestabelecer a ordem natural e a conexão com o divino. O segundo paradigma apontado pelo autor é a *medicina empírico-racional*, associada a correntes filosóficas, como visto em Hipócrates (considerado o pai da Medicina moderna), segundo o qual a doença é entendida como um fenômeno natural e um desequilíbrio entre os elementos da natureza e os do corpo. É importante notar que esse equilíbrio/desequilíbrio está em relação com a história do doente, suas relações pessoais, seu trabalho, sua dieta e até mesmo seus sonhos. A medicina hipocrática (do auge da Grécia Clássica, em 400 a.C.) considerava, pois, cada caso único e singular. Os sintomas manifestados pelos doentes, isoladamente, não diziam nada, mas, em conjunto, caracterizavam sua enfermidade, sendo que o papel do médico era “ouvir” tais sintomas, associando-os ao que era apresentado sobre a vida do doente (BARROS, 2002; VOLICH, 2010).

Tendo em vista que a base de sua ciência era a filosofia, cabia ao médico, nesse contexto, compreender seu paciente em seus aspectos mais abrangentes, englobando dados biológicos, ambientais, culturais, sociológicos, familiares, psicológicos e es-

pirituais (GALLIAN, 2000). Nesse ponto, cabe a pergunta: em que momento, então, deixou a Medicina de ocupar-se com esses aspectos, tornando-se fundamentalmente uma ciência biológica e mecanicista?

A resposta a tal indagação, fundamental para o trabalho aqui apresentado, não é simples. O decorrer do processo evolutivo da sociedade e da tecnologia, a maneira de pensar o mundo e de compreender e fazer ciência também sofreram os impactos desse devir histórico: da filosofia de Hipócrates ao modelo biomédico, a humanidade presenciou *os milagres da medicina*, por meio dos quais doenças até então incuráveis passaram a ser precisamente diagnosticadas e tratadas (VELOSO, 1996).

O terceiro paradigma de compreensão citado por Barros (2002) parte das ideias de Paracelso, no século XV d.C., para quem as doenças eram algo independente do sujeito, devendo ser feitas intervenções com remédios ou tratamentos específicos de origem química. Marcon (2016) entende que tal paradigma, ainda que nada simplista (baseado em ideias da alquimia, medicina popular, astrologia e na visão cristã do mundo), abre caminho para o surgimento de um pensar medicamentoso, prático e mecanicista, um século depois, decorrente de se entender a doença como uma entidade independente do sujeito.

Com o Renascimento, entretanto, ocorreram mudanças de ordem técnico-científicas notadamente contundentes: a teoria heliocêntrica, que derrubou o geocentrismo, e a mecânica de Newton são exemplos dos impactos do desenvolvimento científico desse período. René Descartes, a partir de seu intento de unir matemática e filosofia na construção do conhecimento, contribuiu para parte do raciocínio que compõe o modelo biomédico (BARROS, 2002).

Barros (2002, p. 74) argumenta que “o novo modelo explicativo introduz a gradativa reorientação nos princípios e práticas que irão conformar a nova medicina, sendo mui ilustrativo o modelo mecânico que se erige como analogia para a compreensão do funcionamento do corpo: o relógio e suas engrenagens”.

Evidentemente, a repartição do todo em partes contribuiu para o estudo detalhado de determinadas patologias a respeito das quais pouco era conhecido até então.

A ciência empírica foi paulatinamente sendo desenvolvida e aperfeiçoada e, já em meados do século XIX, métodos clínicos mais acurados tornavam possíveis diagnósticos mais exatos. As técnicas cirúrgicas cada vez mais precisas (graças, dentre outras, a utilização dos AAA – assepsia, anestesia e antibióticos) trouxeram novas perspectivas para o campo de atuação dos cirurgiões-barbeiros do século XIX, os quais atuavam sem qualquer formação específica e de forma ainda rudimentar, em operações com resultados, não raramente, desastrosos (VELOSO, 1996). A descoberta da penicilina, por sua vez, propiciou uma eficácia no controle de infecções em uma escala sem precedentes na história.

Destaque-se que, à medida que os campos da tecnologia, física, química e biologia se desenvolviam, a importância dada ao método científico foi também enveredando pela formação em Medicina (GALLIAN, 2000).

Ainda nesse cenário, entram em cena as indústrias farmacêuticas e o advento da concepção de acesso universal a saúde. Como corolário, nasce a Medicina moderna (VELOSO, 1996), porém, como nem só de triunfos se desenvolve um novo paradigma, há que se falar a respeito das dificuldades que se impuseram com o estabelecimento e consolidação desse modelo (biomédico) de compreender o homem e seu processo de adoecimento. Uma das principais pode ser sintetizada pelas palavras de Barros (2002, p. 73): “agora, o alvo do interesse médico passou da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia”. Mencionando Benet (1987), o autor prossegue: “de uma abordagem biográfica para uma outra, nosográfica”.

Raposo e Arenosa (2009) levantam uma discussão ético-filosófica sobre essa questão, destacando que as inovações podem incidir na maneira como são compreendidos os processos de saúde e doença e alterar os conceitos de corpo, doença e medicina. Além disso, reafirmam a hipótese de que os projetos tecnológicos

“introduzem, paradoxalmente, ideias determinísticas que regulam fortemente as sociedades modernas, o que é bem revelador do desequilíbrio existente entre estes fenômenos e a reflexão teórica que sobre eles incide” (RAPOSO; ARENOSA, 2009, p.2). O objetivo dos autores é propor uma reflexão sobre o fato de que a tecnologia em saúde passou de um fenômeno técnico, exclusivo da ciência médica, para um fenômeno social, econômico, político e simbólico, uma vez que seu impacto é variável de acordo com as finalidades, os interesses e os acessos. Em outras palavras: há efeitos que precisam ser discutidos e analisados, juntamente com os benefícios trazidos para o campo da saúde. Os autores também destacam o risco de uma abordagem reducionista sobre a vida humana, baseada na fragmentação cada vez mais especializada do corpo.

O paradigma biopsicossocial e a psicologia na saúde

Apontando novamente uma mudança de paradigma nas ciências da saúde, a World Health Organization (WHO), em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, inclui novas perspectivas para a área, ao propor que o conceito de saúde seja mais amplo, definindo-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afeções e enfermidades” (WHO, 2018).

A partir do movimento suscitado por essa Conferência, emerge um novo modelo: o biopsicossocial, no qual o paciente é visto de uma forma mais abrangente, não sendo reduzido a apenas *um organismo doente*. Aspectos de ordem psicológica também passam a ser considerados, sendo o enfermo compreendido num *continuum* mente-corpo (CAMPOS, 2010). Essa definição inclui o fator psicológico, valorizando aspectos da subjetividade inseridos em uma compreensão biopsicossocial do indivíduo. Sem dúvida, a redefinição do conceito de saúde contribui para a entrada dos psicólogos nas práticas de saúde, principalmente nos hospitais gerais, visto que o trabalho em hospitais psiquiátricos já era uma realidade na época.

O ingresso de profissionais psicólogos nas equipes de saúde acarreta a definição de um novo campo profissional e uma nova especialidade: a Psicologia da Saúde. Salto (2007) explica que, no Brasil, a Psicologia Hospitalar surge como uma grande área dentro da Psicologia da Saúde pela iniciativa de profissionais e por demanda da população e das próprias instituições.

No período da entrada dos profissionais psicólogos brasileiros nas instituições hospitalares, em 1950, as políticas de saúde vigentes no Brasil eram centradas na instituição hospitalar, sendo priorizadas, via atenção secundária e terciária, ações de maior complexidade, as quais seguiam um modelo clínico e assistencialista, ou seja, a prioridade era tratar doenças quando elas já existiam ou estavam agravadas. O hospital, então, era o símbolo máximo do atendimento em saúde. Por essa razão, os primeiros estudos e trabalhos em psicologia no campo da saúde foram nomeados como Psicologia Hospitalar, e não Psicologia da Saúde (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

A objetividade almejada e necessária à Medicina produziu especialidades cada vez mais fragmentadas e contribuiu para sustentar a dicotomia entre mente e corpo, dividindo o indivíduo entre orgânico/objetivo e psíquico/subjetivo. Nesse sentido, pôde-se observar uma tentativa de redução do doente e seu corpo a um organismo biológico, passível de ser tratado cirurgicamente ou quimicamente, separado do sujeito adoecido, pressuposto que, por si só, pode ser origem de muitas iatrogenias e sofrimento psíquico. Diz-se *tentativa*, pois, no dia-a-dia do contexto hospitalar, observa-se que a subjetividade se faz presente, o que, em geral, culmina em encaminhamentos para os profissionais psicólogos da instituição.

Moretto (2001) propõe que a exclusão da subjetividade não se dá apenas na relação médico-paciente, mas também se apresenta no médico. Houve, com todos os desdobramentos da Medicina apresentados até aqui, uma passagem da *clínica da escuta*, em que se buscava compreender o adoecimento associado a outros aspectos da vida, a partir da relação com o doente, para a

clínica do olhar, em que é preciso, do médico, um olhar objetivo, livre das interpretações pessoais, baseado em *guidelines*, exames de imagem e orientações que definem condutas generalizadas para determinada doença.

Ao discutir a inserção dos profissionais psicólogos nas instituições de saúde, Moretto e Prizskulnik (2014) destacam a importância de localizar a relação que a equipe de saúde estabelece com a subjetividade, uma vez que é a partir dessa relação que as demandas serão endereçadas ao psicólogo. Segundo as autoras, quando a equipe, diante de uma dificuldade com um caso, faz um encaminhamento ao psicólogo, acaba por incluir a subjetividade, mesmo não se ocupando dela, na medida em que há um interesse em saber sobre outros aspectos do paciente. Nessa situação, instaura-se a possibilidade de trabalhar tanto com as questões do paciente quanto com as dificuldades da equipe. Por outro lado, um encaminhamento ao psicólogo pode ser feito vazio desse interesse de saber, situação que acarreta a exclusão da subjetividade e dificuldades na inserção do psicólogo na equipe. Nas duas situações, é importante que o psicólogo tenha clareza do *lhe* é demandado, para orientar sua intervenção.

Além disso, entende-se que o principal objetivo da Psicologia Hospitalar é oferecer uma escuta ao sujeito adoentado, proporcionando um espaço para que ele (ou sujeitos envolvidos, como seus familiares) fale sobre si, sobre sua doença, sua vida ou sua morte, seus desejos, temores, fantasias, enfim, tudo aquilo que *lhe* é mais subjetivo.

Alguns autores, como Moretto (2001) e Simonetti (2011), propõem que a Psicologia Hospitalar trabalhe essencialmente com um *“resgate à subjetividade”* do paciente. O tratamento que um psicólogo hospitalar oferece é, assim, muito diferente daquele oferecido pela Medicina, pois não se fala em *“cura”* e não se tem um objetivo dado a priori. De acordo com Simonetti (2011, p. 19), a psicologia hospitalar se propõe a *“ajudar o paciente a fazer a travessia da experiência do adoecimento, mas não diz onde vai dar essa travessia”*. Trata-se de um acompanhamento como um

ouvinte privilegiado, nas palavras do autor. Os objetivos da Medicina e da Psicologia Hospitalar diferem muito nesse sentido: uma não está no hospital em função da outra, nem para melhorar ou ajudar o trabalho da outra. A interlocução se dá na medida em que se entende que a objetividade exigida em um tratamento médico coexiste com os efeitos subjetivos que a enfermidade pode produzir.

À medida que se desenvolvem a Psicologia Hospitalar e a Medicina, passam a entrar em cena novas questões relacionadas à qualidade de vida. Se, por um lado, avanços diversos proporcionaram que os pacientes ganhassem sobrevida, por outro, surgiu, também, a preocupação com a qualidade de vida dessa população. Se doenças antes incuráveis passam a ser tratáveis, o paciente tende a viver mais e, assim, a qualidade de vida passa a ser considerada fator precípuo de preocupação.

Ocorre que, em alguns casos, pelo fato de a enfermidade estar sob controle, o paciente recebe alta, no entanto, muitas vezes, não há uma preocupação específica com os aspectos psicológicos que envolvem o doente e sua família. Além disso, nem sempre há um espaço nas instituições de saúde para que o paciente fale sobre suas angústias, medos e perspectivas.

A situação torna-se ainda mais delicada quando, após a alta, o paciente tem de passar a conviver com algum tipo de dispositivo tecnológico que passará a fazer parte de sua vida daí por diante, como ocorre em casos de colostomias, utilização de bombas de insulina ou de aparelho cardioversor desfibrilador implantável, situação que será abordada no caso clínico apresentado e discutido neste capítulo.

Segundo Scarton (2017), embora o tratamento esteja finalizado e a doença sob controle, quando há a necessidade de usar um dispositivo tecnológico junto a seu corpo como condição para se manter vivo, permanece no sujeito uma *ferida narcísica*, com a qual terá de conviver ao longo de sua vida. Nas palavras da autora, “não basta aumentar a sobrevida; para além disso, é preciso auxiliar o paciente na elaboração e aceitação das mudanças físicas

[ocasionadas pelo uso do dispositivo tecnológico]” (SCARTON, 2017, p.95).

Caso clínico: *Iron Man*

A título de ilustração do tema tratado neste capítulo, apresenta-se o caso clínico⁴ de um paciente com implante de cardioversor desfibrilador implantável (CDI). Trata-se de um aparelho eletrônico semelhante a um marcapasso cardíaco, que fica implantado cirurgicamente junto ao músculo cardíaco. O dispositivo tem a função de monitorar o ritmo cardíaco e emitir descargas elétricas quando do reconhecimento automático de alguma arritmia ventricular, com parada cardíaca ou morte súbita, de modo que, com o choque emitido pelo aparelho, o coração retorna ao ritmo normal. Sua implantação é feita por um procedimento cirúrgico de médio porte, com baixo risco, necessitando de curta permanência no hospital (MATOS, 2007).

O CDI é considerado um dos maiores avanços na área de cardiologia, com inquestionáveis benefícios médico-clínicos para os pacientes cardiopatas com indicações para seu implante, apresentando altas taxas de redução na mortalidade. Todavia existe uma preocupação quanto aos efeitos e desafios de seu implante para os pacientes, principalmente em função das consequências psicossociais.

Na ocasião do atendimento psicológico, o paciente M. (inicial de nome fictício) tinha 37 anos, trabalhava como administrador e dedicava grande parte de seu tempo a atividades de esportes, principalmente o atletismo. Foi atendido por psicólogo hospitalar em uma enfermaria de cardiologia devido à solicitação da equipe médica e do próprio paciente. Sua queixa principal era

4 O caso clínico também é apresentado com maiores detalhes e discussão teórica em Ronick, P. V. & Campos, E. M. P. (2017). Pânico e desamparo em pacientes com cardioversor desfibrilador implantável. *Rev. SBPH*, 20(1), 99-121.

sentir muito medo depois do diagnóstico e adoecimento cardíaco; já a equipe médica pediu uma avaliação psicológica devido ao quadro clínico de ansiedade, taquicardia, tremores e mal-estar generalizado, não compatível com a doença do paciente.

M. descobriu ter desenvolvido uma arritmia grave após ter desmaiado algumas vezes durante seus intensos treinos de atletismo e, com indicação médica, foi realizado o implante de CDI. Após esse procedimento, M. buscou outra forma de tratamento, a ablação⁵, chegando ao hospital muito calado, assustado, o que foi estranhado pela sua família e namorada. Ao ser informado do insucesso da ablação, M. entrou em uma condição de profundo desespero, sentindo-se sem esperança em relação a sua vida e sua doença.

Ao longo dos atendimentos psicológicos, M. elaborou para si a seguinte dúvida: “é possível viver daqui em diante?”. Relatou que nunca, até aquele momento, havia refletido com propriedade sobre o implante do aparelho e que a simples ideia do choque o deixava apavorado, assim como ter de abandonar suas atividades físicas, de restringir sua vida. Revoltava-se, assim, por não poder participar de um “*Iron man*”⁶ para o qual havia se preparando há meses.

Em certo atendimento psicológico, M. contou sobre sua irmã, cantora lírica com uma carreira em ascensão, que fora diagnosticada com câncer de laringe, tendo sua carreira interrompida no período do tratamento. Apesar de entristecido, a identificação com a irmã lhe trouxe novas possibilidades de elaborar a doença. M. começou, a partir desse ponto, a brincar com o assunto: “Eu não queria tanto ser um *iron man*? Aqui ó! (apontando para o peito, no local do implante do aparelho)”. Utilizou-se ainda de sua religiosidade espírita para buscar explicações próprias sobre o que ele chamou de “maldição da sua família”, fazendo piadas sobre o assunto: “Precisamos cuidar bem do braço do meu irmão

5 Procedimento minimamente invasivo e de rápida recuperação para o tratamento definitivo de certas arritmias cardíacas.

6 “Homem de Ferro” é o maior circuito e maratona anual de Triathlon da América Latina.

violinista, acho que vou ligar avisando ele disso”. Após esses atendimentos, M. tomou a iniciativa de consultar sua médica: “Ok, eu não posso mais ter a dedicação total que tinha aos esportes, mas me ajude a procurar o meu limite. O que eu posso fazer?”

Com esse caso clínico, pode-se perceber um movimento saudável em direção à construção simbólica e à elaboração psíquica vivida pelo paciente, produtos do tratamento psicológico, dividido nas seguintes “etapas”:

- 1. Embotamento, distanciamento afetivo e emocional:** poucas palavras sobre o sofrimento, vivências de pânico, descargas somáticas, queixas de tensões e dores musculares, enxaquecas, inapetência e mal-estar generalizado, vistos pela equipe médica como incongruentes com a situação clínica vivida.
- 2. Aproximação do conteúdo conflituoso:** queixas sobre o implante, arrependimento, revolta e raiva, melhora dos sintomas orgânicos, em contrapartida às vivências psíquicas e emocionais mais evidentes: ataques de raiva, momentos de tristeza e desesperança.
- 3. Identificação com a irmã, elaboração no nível da fantasia (“a maldição familiar”), possibilidade de utilizar recursos de enfrentamento psíquicos (humor e espiritualidade):** em um nível de maior complexidade representativa, o paciente ainda se deparava com o conteúdo aflitivo e angustiava-se, mas organizou-se mentalmente, e não somaticamente, como nos episódios de ansiedade ou pânico vividos inicialmente.

A partir da apresentação do caso, é possível constatar a importância da escuta do psicólogo hospitalar para auxiliar o paciente na elaboração e construção de sentido para a nova configuração, que, nesse caso concreto, foi introduzida na vida de

M. Fica evidente, no início do atendimento, o conflito entre a possibilidade de prolongamento da vida e os limites que a nova condição impôs ao seu dia-a-dia. A elaboração psíquica, dando conta de que há um campo novo a ser descoberto sobre si, sobre seu corpo e sobre seu processo saúde-doença aponta para a invenção singular diante daquilo que se tem como uma possível “saída” para os impasses que geram sofrimento.

Cabe ao psicólogo, tendo o interesse pela subjetividade do paciente como orientador, sustentar o lugar onde essa construção individual única possa ocorrer, em meio a tantas objetividades e padronizações.

Referências

BARROS, J. A. C. Pensando o processo de saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

CAMPOS, E. M. P. *A Psico-oncologia: uma nova visão do câncer - uma trajetória*. 2010. 155 f. Tese (Livre Docência)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GALLIAN, D. A (re)humanização da medicina. *Psiquiatria na Prática Médica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 5-8, 2000. Disponível em: www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm. Data do acesso: 14/04/2018.

MARCON, H. H. O (sem) lugar do sujeito nas práticas em saúde. In: KAMERS, M.; MARCON, H. H.; MORETTO, M. L. T. (Orgs.). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde*. São Paulo: Escuta, 2016. p. 25-45.

MATOS, A.J. *Análise da relação custo-efetividade do tratamento com DCI – Desfibrilador Cardioversor Implantável*. 2007. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, v. 46, n. 2, p. 287-98, 2014.

RAPOSO, H.; AREOSA, J. As novas tecnologias médicas e a reconfiguração da saúde: entre riscos e incertezas. Comunicação Oral. In: CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS – SOCIEDADES DESIGUAIS E PARADIGMAS EM CONFRONTO, 10., 2009, Minho. **Anais...**, Minho: Universidade do Minho, 2009. p. 1-16.

RONICK, P. V.; CAMPOS, E. M. P. Pânico e Desamparo em Pacientes com Cardioversor Desfibrilador Implantável. *Revista da SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, n. 20, p. 99-121, 2017.

SCARTON, M. A. P. A. *Câncer colorretal e colostomia: aspectos psicodinâmicos envolvidos na vivência da sexualidade*. 2017. 114 f. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica)-Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-02102017-163731/>>. Data do acesso: 04/04/2018.

VELOSO, B. A Medicina Pós-Moderna. *Medicina Interna*, v. 3, n. 4, p. 259-62, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of WHO: principles*. 2018. Disponível em <<http://www.who.int/about/mission/en/>> Data do acesso: 14/04/2018.

VOLICH, R. M. *Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.



UNIDADE III

FORMAÇÃO E GESTÃO



3.1 INDICADORES E GESTÃO DA QUALIDADE EM PSICOLOGIA HOSPITALAR

*Isabel Regiane Cardoso do Nascimento
Jéssica Ravena Brandão de Castro
Vanilla Oliveira Alencar*

Introdução

Para driblar as adversidades e ofertar assistência efetiva, os serviços de saúde têm preconizado a gestão da qualidade para balizar suas ações, buscando atender à tendência do mercado com estratégias de gerenciamento capazes de elevar os níveis de assistência prestados, com vistas a satisfazer às demandas de uma clientela cada vez mais exigente, tanto no cenário nacional como nos países mais desenvolvidos (COUTO; PEDROSA, 2014).

Bittar (2004) define qualidade como a propriedade, atributo ou condição capaz de distinguir programas, serviços, pessoas entre seus pares, o que permite determinar a natureza e, numa escala de valores, avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa.

Vale ressaltar que, em comparação com outros setores produtivos, a exemplo das indústrias, Couto e Pedrosa (2014) consideram que a esfera da saúde tem pouca tradição na adoção de sistemas de gestão da qualidade. Assim sendo, a apropriação e manutenção dos sistemas que garantam a qualidade da assistência prestada ainda são desafios para os profissionais de saúde já que “as práticas de saúde só se realizam por meio da ação humana, responsável pela organização do trabalho” (BONATO, 2011, p.319).

Carvalho et al. (2004) reforçam que a priorização da qualidade significa que os envolvidos na gestão em saúde estão constantemente preocupados com as propriedades, benefícios e

malefícios dos serviços prestados, desenvolvendo atividades de aferição e aperfeiçoamento, visando a uma maior satisfação dos que necessitam desses serviços. Nesse sentido, é de fundamental importância que os profissionais se apropriem de um conhecimento norteado pela linguagem da gestão da qualidade, visto se tratar de uma necessidade crescente, fazendo com que esses conceitos se tornem cada vez mais frequentes no cotidiano do mercado da saúde como decisão estratégica para melhorar os serviços e garantir a sobrevivência das organizações pertencentes às esferas privada, pública e beneficente.

No contexto da saúde, essa exigência é prevalente, principalmente no cenário hospitalar, onde historicamente a cultura da gestão da qualidade foi um pouco mais disseminada e por classificar-se entre as instituições de maior complexidade no que diz respeito à concentração da densidade tecnológica, com serviços cada vez mais especializados e investimento de recursos financeiros em grande escala.

Pode-se afirmar, então, que a assimilação das práticas gerenciais no campo da saúde é uma realidade irrefutável, atingindo o cotidiano de todos os níveis de assistência e categorias profissionais, inclusive o da Psicologia (SILVEIRA, 2010). Essa realidade, que parecia tão distante da prática clínica, tem se imposto aos psicólogos hospitalares no sentido da organização e gestão de suas práticas de trabalho.

Ressalta-se, no entanto, que a prática tradicional da psicologia nas instituições hospitalares tem dificultado uma adequada inserção desse profissional no contexto das atividades de gestão da qualidade em saúde, tendo em vista a ampla resistência da categoria em aderir a rotinas, protocolos, registros, entre outros (SILVEIRA, 2010). Desse modo, compreendendo que a área da saúde, principalmente o cenário hospitalar, tem buscado aplicar metodologias de gestão da qualidade, estabelecendo indicadores e metas que visem atingir a excelência do atendimento, abordar as práticas psicológicas à luz do vértice da gestão da qualidade do serviço exige uma reflexão desafiadora.

Neste capítulo tem-se como principal objetivo debater, com base em uma revisão integrativa da literatura, a necessidade de se aproximar a psicologia hospitalar da gestão da qualidade dos serviços, refletindo como se pode estruturar e organizar a rotina e os registros dos atendimentos psicológicos, bem como construir indicadores a partir da prática. Nesse debate não se incluíram os referenciais teórico-clínicos que orientam as práticas psicológicas em si.

Percurso metodológico

Entende-se a importância do respaldo teórico no incremento das discussões acerca da gestão de serviços de saúde e a importância do conhecimento sobre a temática específica, a fim de se identificar o que já foi estabelecido teórica e legalmente, bem como estabelecer conexões com o cotidiano das instituições de saúde.

Inicialmente fez-se uma busca nas bases de dados eletrônicas dos periódicos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) a partir dos seguintes descritores: indicadores de serviço; assistência hospitalar/psicologia; gestão da qualidade; administração hospitalar. A busca foi realizada em março de 2018, utilizando-se como critérios de inclusão estudos produzidos nos últimos 15 anos que tratassem sobre a questão norteadora da sistematização das ferramentas de gestão da qualidade dos serviços multiprofissionais hospitalares e dos serviços de psicologia hospitalar.

Após a identificação, realizou-se a seleção dos estudos primários, sendo encontradas escassas referências à temática de acordo com a questão norteadora e com os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os estudos identificados foram inicialmente avaliados por meio da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que esses componentes não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura na íntegra da publicação. Em suma, foram encontrados apenas cinco artigos, duas teses e uma dissertação, sistematizados no quadro 1, a seguir.

Resultados

Título	Procedência/ Periódico	Autores/ Ano	Objetivos	Principais resultados
1 Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar	BVSALUD /PEPSICO	FERRARI, Solimar et al. - 2013	Apresentar indicadores para qualidade dos serviços de assistência em Psicologia Hospitalar, levando em consideração os pilares fundamentais da qualidade assistencial – eficácia, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.	Fórmulas que permitem a construção de indicadores assistenciais utilizando-se uma composição entre a produção realizada e as horas trabalhadas pelo psicólogo.
2 Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)	ROTTA, Carmen Silvia Gabriel - 2004	Descrever e analisar os indicadores de desempenho utilizados pelos hospitais de Ribeirão Preto – SP, Brasil, bem como analisar a opinião dos dirigentes desses hospitais em relação à utilização desses indicadores na gestão desses hospitais.	A ausência de padrões para hospitais brasileiros bem como a ausência de incentivos dos órgãos financiadores em relação ao desempenho baseado em indicadores são considerados obstáculos para utilização de indicadores pelos administradores hospitalares.
3 Sistema informatizado para gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem do Hospital São Paulo	BVSALUD/ SCIELO/Rev. Esc. Enferm. USP [online]. 2011, vol.45, n.4, pp.1013-1017	LABBADIA, L. et al. - 2011	Descrever as etapas da construção do Sistema Informatizado de Indicadores da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo.	Apresenta a relevância da informatização como forma de gerenciar, - administrar, organizar, classificar, monitorar e obter informações em tempo real, assim, tornando o acesso aos indicadores de enfermagem mais dinâmico e produtivo. Um dos benefícios do SIIE-HSP é armar dados pertinentes aos processos assistenciais de enfermagem e disponibilizá-los para a avaliação dos resultados da assistência de enfermagem.

4	Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em hospital universitário	BVSALUD /SCIELO/Rev. Esc. Enferm. USP, v.44, n.4 São Paulo	PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M.M. - 2010	Compreender a percepção de uma equipe multidisciplinar de saúde na implantação de uma ferramenta de gestão de qualidade num hospital de ensino.	<p>As autoras demonstram os resultados obtidos divididos em categorias e subcategorias, nas quais se destacam aspectos facilitadores relacionados à percepção da equipe acerca da implantação do programa, o envolvimento dos profissionais e a comunicação entre os diferentes serviços da instituição.</p> <p>Acredita-se que a gestão da qualidade possa influenciar o modo de agir dos profissionais de saúde, em busca da eficiência e da eficácia de seus processos de trabalho.</p>
5	Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP.	BVSALUD / Rev. Latino-americana de Enfermagem	FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURCGANT, P. - 2005	Identificar o perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do Hospital Universitário da USP, como subsídio para alocação de recursos humanos, avaliação do quadro de pessoal de enfermagem e como fundamentação para os processos de tomada de decisão relacionados à organização e ao planejamento da assistência de enfermagem.	<p>Permitiram avaliar a adequação do instrumento de classificação de pacientes utilizado, bem como forneceu informações acerca do perfil assistencial dos pacientes e da carga de trabalho existente em cada unidade de internação, subsidiando, assim, as decisões gerenciais referentes à alocação de recursos humanos, ao planejamento da assistência e à organização dos serviços frente à demanda da clientela assistida.</p>
6	Estudo do campo da psicologia hospitalar calculado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)	SILVEIRA, A. M. V. - 2010	Estudar a Psicologia Hospitalar nos moldes de gestão da qualidade preconizados por Donabedian (2005): estrutura, processos e resultados, identificando pressupostos inerentes à construção de um espaço funcional e à delimitação deste campo.	<p>Os resultados mostram a necessidade de consolidação da delimitação do campo da Psicologia Hospitalar, do incremento de instrumentos normativos e de legislação como fatores de preservação das condições de trabalho e a importância de manter constante alerta e senso crítico quanto às práticas gestionárias.</p>

7	<p>Protocolo de avaliação da intervenção do psicólogo hospitalar: uma contribuição para a sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos</p>	<p>Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD)</p>	<p>LEITE, L. G. - 2007</p>	<p>Investigar, através do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar, a adequação entre a demanda do paciente hospitalizado e a assistência psicológica prestada ao mesmo.</p>	<p>A utilização do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar pode auxiliar o psicólogo hospitalar em sua coleta de dados junto ao paciente, uma vez que permite identificar a condição do paciente no que diz respeito aos fatores protetores característicos da resiliência e, em consequência, possibilitar uma assistência psicológica mais adequada à demanda apresentada pelo mesmo.</p> <p>O Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar apresentado neste estudo possibilita uma importante contribuição para as discussões referentes à necessidade de sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos.</p>
8	<p>Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos</p>	<p>BVSALUD/ Rev. Brasileira de Terapia comportamental e cognitiva</p>	<p>GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. - 2003</p>	<p>Apresentar exemplos de sistematizações de interconsultas e de práticas psicológicas rotineiras do HCFMRP-USP.</p>	<p>Os dados resultantes dessas intervenções clínicas sistematizadas favoreceram a interação do psicólogo com as equipes, trouxeram benefícios ao atendimento dos pacientes e geraram conhecimentos que somam à produção científica na área de Psicologia Hospitalar.</p>

Fonte: A pesquisa.

Discussão

A inserção da Psicologia no âmbito do hospital convocou os profissionais dessa categoria a repensarem a prática pautada na clínica tradicional, já que não possuíam um modelo que os orientasse a responder às necessidades desse novo ambiente, assim, o que se observava no ambiente hospitalar era a reprodução da atuação clínica nos consultórios.

De acordo com o estudo de Gorayeb e Guerrelhas (2003), ao adentrar o hospital, a Psicologia se depara com o saber médico e dos outros profissionais da saúde, com práticas que são fundamentadas em evidências científicas e baseadas em pesquisas com métodos bem delineados. Nesse contexto, diante da necessidade de se constituir uma nova práxis psicológica, adequada às demandas do contexto hospitalar, Gorayeb e Guerrelhas (2003) discorrem sobre a relevância de o fazer psicológico ser repensado não somente em moldes teóricos e filosóficos, mas também no sentido de ser uma área da saúde capaz de contemplar o saber científico empírico. Isso significa que a Psicologia enquanto ciência precisa utilizar os dados dos seus conhecimentos científicos para aprimorar o planejamento das intervenções nos atendimentos a serem realizados, além de aperfeiçoar a qualidade do serviço ofertado aos pacientes.

A sistematização da prática profissional contribui para a reestruturação do fazer psicologia nos hospitais, influenciando na qualidade dos serviços. Pensar o conceito de qualidade no campo da saúde diz respeito ao estabelecimento de um elevado padrão de assistência ao qual os atores responsáveis pelas práticas de saúde devem estar intimamente vinculados, com vistas a aprimorar constantemente seu trabalho, cujo objetivo principal é o bem-estar daqueles que dependem dos seus serviços (PERTENCE; MELLEIRO, 2010).

Discorrer a respeito de aspectos que envolvem gestão e avaliação da qualidade dos serviços prestados na área da saúde requer uma breve explanação acerca de como esses processos ocor-

rem. Alves (2008), ao tratar do conceito de gestão da qualidade, caracteriza tal procedimento como sendo a adoção de métodos e sistemas desenvolvidos internamente ou com base em referenciais externos, os quais são capazes de promover um padrão de excelência assistencial a partir da melhoria contínua da estrutura, dos processos e, conseqüentemente, dos resultados.

O padrão referencial de um hospital é reflexo direto de sua administração, isto é, do modo como recursos físicos e profissionais, de modo geral, são geridos pelos seus gestores. As práticas de gerenciamento voltadas para a qualidade dos serviços no campo da saúde referem-se ao controle dos processos, ou seja, inicialmente o trabalho é planejado, sendo posteriormente executado de acordo com esse planejamento; em seguida, verifica-se o que foi realizado para então se agir a partir dos resultados apresentados (ROTTA, 2004).

Avaliar a qualidade em saúde é realizar uma análise sistemática dos processos e resultados de um serviço, verificando-se e comparando-se um conjunto de padrões, com o objetivo de aprimoramento a assistência nos serviços de saúde.

Na avaliação da qualidade da assistência no campo da saúde, os aspectos relevantes são pautados em três dimensões: estrutura, processo e resultados (PERTENCE; MELLEIRO, 2010; SILVEIRA, 2010). A *estrutura* avalia as características estáveis da instituição, como os aspectos físicos-funcionais, o gerenciamento de riscos, registro no prontuário, saúde ocupacional, qualificação profissional, organização administrativo-organizacional, legislação e os recursos humanos, materiais e financeiros. Já o *processo* diz respeito a um conjunto de causas que interagem de forma contínua e sequencial, constituindo um resultado, sendo as práticas organizacionais e assistenciais sistematizadas e integradas com o fim de “observar o que é favorável para a implantação e implementação de rotinas de funcionamento de um serviço de psicologia hospitalar” (SILVEIRA, 2010, p.102). Por fim, na dimensão dos *resultados*, se apontam os indicadores, metas e melhorias contínuas, obtendo-se as características desejáveis dos

produtos ou serviços, demonstradores dos efeitos da assistência na saúde, assim, “nesse contexto, a lógica dos sistemas de gestão de qualidade exige dos profissionais a evidência dos seus resultados a partir da definição e monitoramento de indicadores de qualidade” (SILVEIRA, 2010, pág.102).

Os indicadores são instrumentos que possibilitam definir parâmetros a serem utilizados para realizar comparações e agregar juízo de valor frente ao encontrado e ao ideal estabelecido (LABBADIA et al., 2011), ou seja, averiguar os resultados consiste em uma das principais atividades avaliativas a serem realizadas, por permitir monitorar a qualidade, a produtividade e a capacidade da efetivação dos serviços.

A Psicologia Hospitalar é desafiada ao se deparar com as demandas dos processos de certificação ou acreditação, sendo convocada a se repensar e se adequar à gestão da qualidade dos serviços prestados. O profissional psicólogo se vê então diante da necessidade de responder às demandas institucionais relacionadas à gestão da qualidade e à gestão dos próprios recursos, a partir da utilização de metodologias, muitas das quais desconhecidas, pois não fazem parte de qualquer formação prévia.

Nesse tipo de sistema de gestão, utilizam-se como instrumento de avaliação indicadores que correspondem a critérios quantitativos e/ou qualitativos, necessários para se monitorar a qualidade, a produtividade e a capacidade de determinado processo ser realizado. Dessa forma, é praxe estabelecer uma meta para cada tipo de indicador, já que esse dispositivo de medição está atrelado aos sistemas que se pretende transformar (FERRARI et al., 2013).

Diversos fatores, como estruturação mínima adequada, número de psicólogos integrantes da equipe, dimensionamento dos profissionais em cada setor, definição de prioridades na assistência, sistematização de rotinas para atenção aos pacientes e seus familiares, priorização da demanda de atendimento psicológico, ausência de reuniões periódicas, uso de protocolos, registros etc., são desafios postos ao gerenciamento das práticas do serviço de psicologia hospitalar que inquietam o cotidiano profissional.

Leite (2007) se refere à dificuldade experimentada pelo profissional psicólogo em discriminar qual paciente realmente necessita de algum tipo de intervenção, uma vez que, muitas vezes, pacientes considerados mais preservados no que se refere ao nível de resiliência e ao índice de manifestações psíquicas e comportamentais recebem mais cuidados por parte do psicólogo hospitalar.

Trata-se, ainda, da necessidade de se definirem os parâmetros que priorizam determinadas clínicas ou unidades hospitalares de acordo com o número de psicólogos de um serviço, como também o tempo exigido para determinadas atividades, como o atendimento numa unidade de terapia intensiva ou de pediatria, e ainda as rotinas de atuação e o monitoramento dos resultados da assistência atrelados ao planejamento.

O dimensionamento da equipe em Psicologia Hospitalar é um fator crítico que demanda muita pesquisa e desenvolvimento, pois ainda não existem estudos que subsidiem as decisões nesse campo, conforme afirma Silveira (2010, p.88): “[...] no campo da psicologia hospitalar, não se possui, ainda, parâmetros efetivos para indicar cobertura adequada para unidades hospitalares de diferentes níveis de atenção complexidade”.

Diante desses desafios, pode-se aprender muito com as pesquisas em Enfermagem, compreendendo o percurso desses profissionais nessa direção. Fugulin, Gaidzinsk e Kurcgant (2005, p. 73) consideram que os métodos para dimensionar o pessoal em enfermagem devem incluir o estudo dos “diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentam dentro de uma mesma unidade de internação”. Nesse sentido, se desenvolve o conceito do “Sistema de Classificação de Pacientes” (SCP), a partir da criação de instrumentos voltados para a avaliação de necessidades dos pacientes no que se refere às intervenções da enfermagem (FUGULIN; GAIDZINSK; KURCGANT, 2005). Esses instrumentos permitem o dimensionamento de profissionais da enfermagem a partir da avaliação mais aproximada das reais demandas e necessidades do paciente em relação aos cuidados clínicos.

Na atual conjuntura dos serviços de Saúde Pública, Ferrari et al. (2013) reforçam a necessidade de se utilizarem recursos adequados em busca de produção, produtividade e resolução, priorizando-se a qualidade dos serviços de saúde, que não mais corresponde a uma atitude isolada, mas a um imperativo social. Trabalhar com indicadores de qualidade no campo da Psicologia Hospitalar, entretanto, nem sempre é uma tarefa fácil, devido ao objeto de estudo da Psicologia, que parte de uma matéria-prima essencialmente subjetiva, além da escassez de parâmetros a serem considerados nessa área. Por não fazer parte da formação dos psicólogos, a utilização de ferramentas de gestão e sua implantação nos serviços de Psicologia Hospitalar tornam-se desafiadoras, uma vez que muitos profissionais não conhecem ou não se sentem habilitados a usar esse tipo de ferramentas, dificultando a implementação de tais recursos para a gestão da qualidade do serviço.

Considerações finais

As reflexões acerca do gerenciamento da qualidade da assistência de um serviço de psicologia hospitalar apontam para a indefinição de aspectos regulamentares do reconhecimento dos requisitos legais referentes ao psicólogo no âmbito hospitalar e da própria crítica à ausência de certos parâmetros nesse contexto, necessitando-se de mais pesquisas sobre a temática.

Entretanto, mesmo sendo uma área de atuação historicamente qualitativa, as reflexões a partir dos escassos estudos encontrados mostram que a prática profissional no âmbito da Psicologia Hospitalar precisa e é capaz de estabelecer indicadores e metas a partir da inspiração de outras categorias profissionais, adaptando-os para o contexto da práxis psicológica de modo a se tornar efetivo o gerenciamento do serviço nessa especialidade. Para que tais indicadores sejam estabelecidos, é fundamental realizar uma análise crítica do desempenho da Psicologia Hospitalar e da atuação profissional na referida instituição, sendo que os próprios psicólogos podem avaliar o desempenho dos proces-

tos realizados, o que possibilitará revisão e mudanças no serviço prestado, quando forem necessárias.

Referências

ALVES, D.M. *Qualidade de atendimento em saúde*. Rio de Janeiro, 2008.

BITTAR, O.J.N.V. Cultura e Qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO A.; BITTAR O.J.N.V. *Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas*. Porto Alegre: Dacasa, 2004.

BONATO, V.L. Gestão da qualidade em saúde: melhorando a assistência ao cliente. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 319-31, 2011.

CARVALHO, C.O. M.; SARDENBER, C.; MATOS, A.C.C. et al. Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *J Bras Nefrol*, v. XXVI, n. 4, dez. 2004.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G. *Hospital: acreditação e gestão em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

FERRARI, S; BENUTE, G.R.G; SANTOS, N.O. et al. Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, v. 11, n. 2, p. 60-71, 2013.

FUGULIN, Fernanda M.T.; GAIDZINSKI, Raquel R.; KURC-GANT, Paulina. Sistema

de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das

unidades de internação do HU-USP. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.13, n.1. Pág. 72-78. 2005.

GORAYEB, R; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psi-

cológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. V, n. 1, p. 11-19, 2003.

LABBADIA, L.L. et al. Sistema Informatizado para Gerenciamento de Indicadores da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo, *Rev. Esc. Enfermagem*, USP, v.4, n.4. 2011.

LEITE, L.G. *Protocolo de avaliação da intervenção do psicólogo hospitalar: uma contribuição para a sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos*. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

PERTENCE, P.P.; MELLEIRO, M. M. Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. *Rev. esc. enferm.* USP [online], v. 44, n. 4, p.1024-31, 2010.

ROTTA, C.S.G. *A utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial*. 2004. 143 f. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SILVEIRA, A.M.V. *Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados*. 2010. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.



3.2 PSICOLOGIA E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM DIÁLOGO POSSÍVEL⁷

Bruna Fabrícia Barboza Leitão

Rafael Bruno Silva Torres

Introdução

As Residências em Saúde, sejam médicas (RM) ou em Área Profissional (RAP), nas modalidades Multiprofissional (RMS), Uniprofissional (RUS) ou Integradas (RIS), se configuram atualmente como perspectivas de pós-graduação que vêm ganhando força na formação do profissional de saúde brasileiro, em especial, para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 1988, a Constituição Federal Brasileira atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação dos profissionais da área (BRASIL, 1988), o que, segundo Ceccim (2005, p. 976), cumpre “uma das mais nobres metas formuladas pela Saúde Coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho”. Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido estratégias variadas e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos traba-

⁷ Capítulo adaptado das dissertações “Residências Integradas, Multiprofissionais e em Área Profissional em Saúde: uma Revisão Integrativa” (2017), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, de autoria de Rafael Bruno Silva Torres, sob orientação da Profa. Dra. Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, e “Residência Multiprofissional em Oncologia: Expressões da Integralidade do Cuidado” (2018), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará, de autoria de Bruna Fabrícia Barboza Leitão, sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi.

lhadores da área da saúde às reais necessidades da população e ao desenvolvimento do próprio SUS (BRASIL, 2009). A Educação Permanente em Saúde (EPS) constitui, nessa perspectiva, uma alternativa viável à realização desses objetivos. Por EPS entende-se o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino, ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

Ao se discutir sobre possibilidades de EPS, as Residências em Saúde mostram-se como relevante processo formativo e um dos eixos de ação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS – BRASIL, 2004), por possibilitarem uma ampla intimidade entre formação, gestão, atenção e participação, mediante intercessões promovidas pela educação na saúde. Essa política constitui estratégia fundamental à transformação do trabalho, de modo que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e competente (CECCIM, 2005).

A vigência dos programas de Residência em Saúde se configura, então, como possibilitadora da busca pela integralidade em saúde. Em termos constitucionais, a integralidade desponta como um dos princípios do SUS e, portanto, segue sendo bastante ilustrativa das bandeiras de luta e das pautas do movimento da Reforma Sanitária, que antecedeu e culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988. Assim, frente a discussões que pausavam a reorientação radical do sistema e das práticas de saúde, chegou-se ao entendimento de que a integralidade constitui um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 1988).

Por Residências em Área Profissional da Saúde podem se compreender os programas em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinados às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de dois anos e em regime de dedicação exclusiva. Podem incluir 15 profissões da saúde – dentre elas, a Psicolo-

gia (BRASIL, 2012, 2014). Para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deve ser constituído por, no mínimo, três dessas profissões (BRASIL, 2012).

Nas leis iniciais que regulamentaram tais modalidades de Residência em Saúde, são utilizados os termos “Residência Multiprofissional” (para mais de três profissões de saúde) e “Área Profissional” (para uma profissão de saúde), diferenciadas da já existente “Residência Médica”. A partir de 2014, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) passou a se referir àquelas como “Residência em Área Profissional da Saúde”, diferenciando suas modalidades em “Multiprofissional” e “Uniprofissional”. O termo “Residência Integrada” aparece como um modelo de se pensar e fazer as Residências que só é encontrado em alguns programas, não havendo institucionalização oficial a respeito.

O aumento no número de RIS/RMS/RAP/RUS nos últimos anos leva a pensar sobre a importância que vêm tendo tais programas de pós-graduação na formação do profissional de saúde no Brasil, onde, a cada ano, são autorizados novos programas e bolsas. E, ao se pensar mais especificamente na relação entre psicologia e saúde, pode-se questionar: como a Psicologia participa das Residências em Saúde? Este capítulo se propõe a apresentar uma reflexão teórica acerca de um possível diálogo entre esses dois campos.

Psicologia e Residências em Saúde

Segundo Corrêa et al. (2014) e Martins et al. (2016), as RIS/RMS/RAP/RUS são programas em crescimento no Brasil e estão se consolidando devido ao seu formato de aprendizagem, que agrega ensino e serviço, formando profissionais qualificados com foco no trabalho interprofissional. Esses programas devem refletir a realidade social, política e cultural, fundamentados pelos princípios e diretrizes para o trabalho no SUS. As RIS/RMS/RAP/RUS trabalham com a imersão “no” e “pelo” trabalho (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), tendo como missão formar pro-

fissionais segundo as necessidades locais, com habilidades específicas, conforme as deficiências regionais (CHEADE et al., 2013).

As RIS/RMS/RAP/RUS “agregam diversos campos de saberes e têm por princípio o ensino, a pesquisa e a intervenção, envolvendo instituições públicas e privadas em todas as regiões do país” (SCHMALLER et al., 2012, p.348). Tais programas apresentam como principal desafio a superação de limitações decorrentes da formação original dos profissionais, contribuindo para uma atuação contextualizada e comprometida com o SUS, reconhecendo, ainda, que as diferentes categorias profissionais da saúde tendem a reproduzir uma visão fragmentada do fenômeno saúde. As Residências em Saúde operam, assim, a partir de um novo paradigma, promovendo uma visão sistêmica e uma ação baseada na colaboração interprofissional (VASCONCELOS et al., 2015).

Conforme Fiorano e Guarnieri (2015) e Bezerra et al. (2016), os profissionais de saúde não têm sido formados com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores suficientes para o adequado desempenho no SUS, visto que há uma crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos. Os programas de RIS/RMS/RAP/RUS, por sua vez, apresentam uma perspectiva teórica e pedagógica convergente com os princípios e diretrizes do SUS, promovendo exitosa aproximação entre o trabalho e a formação. Isso pode possibilitar mudanças no modelo técnico-assistencial, em razão do caráter interdisciplinar e da disponibilidade de espaços estratégicos para as transformações nos cenários de formação e das práticas de saúde, fortalecendo a relação ensino-serviço e contribuindo com práticas mais aproximadas das concepções de integralidade e de humanização da atenção.

Lobato, Melchior e Baduy (2012) reforçam as RIS/RMS/RAP/RUS como dispositivos de mudanças de práticas e potencializadoras da formação de agentes micropolíticos na construção do SUS. O cenário das Residências é de muitos: dos coordenadores de programas, das instituições, dos preceptores, dos tutores, dos professores, dos residentes e, também, de quem escreve e pesquisa sobre a temática (DALLEGRAVE; CECCIM, 2016). Essas

modalidades de formação se configuram, então, como práticas contra-hegemônicas que permitem vivenciar novas tecnologias do cuidado, buscando desassociá-las das antigas práticas de saúde (SALVADOR et al., 2011).

Nesse contexto, Ribeiro e Dacal (2012) salientam que refletir acerca da formação em Psicologia da Saúde (e mais especificamente em Psicologia Hospitalar – objetivo maior deste livro) leva ao reconhecimento de que a consolidação desse campo de conhecimento é historicamente recente e constrói-se em franca associação ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. As conquistas resultantes do movimento sanitário, dentre as quais se destaca a oficialização do SUS, em 1988, repercutiram na reorientação das práticas de saúde para uma perspectiva mais ampla e coletiva, de modo que o processo saúde-doença passou a ser abordado em sua real complexidade, o que necessariamente abriu espaço para a inserção de outras profissões, inclusive a Psicologia, demarcando-se a importância do trabalho interdisciplinar. Observa-se, nesse período, uma ampliação considerável dos postos de trabalho para psicólogos no sistema público de saúde.

Todavia essa ampliação do mercado de trabalho não foi devidamente acompanhada pelas necessárias mudanças nos modelos formativos, tendo em vista que a maioria dos cursos de graduação em Psicologia, tradicionalmente, estão focados na formação de profissionais liberais para a atuação individual em consultório particular. Desse modo, o cenário proporcionado pelas transformações políticas no sistema de saúde favoreceu a inserção do psicólogo em campos de atuação absolutamente inovadores, mas acabou por acolher profissionais ainda orientados pelos modelos hegemônicos já instituídos nos serviços e práticas de saúde.

A proposta das RIS/RMS/RAP/RUS auxilia, então, na formação de profissionais de saúde mais abertos à prática colaborativa e ao reconhecimento da interdependência entre as áreas. Destaca-se, então, a importância de uma educação interprofissional, já que a integralidade do cuidado é um dos princípios do SUS. A implantação desse novo modelo pode até despertar re-

ceios e inseguranças quanto ao seu manejo, principalmente relativo ao rompimento com o paradigma do ensino tradicional, por isso é fundamental que educação e o trabalho interprofissional sejam instituídos (DIAS et al., 2016).

Na Psicologia, o programa de Residência ajuda a construir, fortalecer e potencializar a identidade do núcleo profissional, construindo o *setting* e cultivando o cuidado no território do usuário, além de proporcionar aprendizado acerca do trabalho em equipe, do compartilhamento de responsabilidades, da importância de conhecer o contexto antes de planejar intervenções e também da necessidade de articulação intersetorial (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI, 2015; MENDES et al., 2011; LIMA; SANTOS, 2012). Moraes, Castro e Souza (2012) referem também ao acompanhamento psicológico do paciente desde o início da internação hospitalar até a alta, por meio tanto da busca ativa, quanto da interconsulta e dos encaminhamentos posteriores.

A vivência hospitalar favorece a discussão sobre a necessária articulação dos níveis de atenção à saúde em busca da integralidade da assistência. O cotidiano do hospital também proporciona aos residentes lidarem diariamente com situações que possibilitam o exercício de habilidades como flexibilidade, confiança, paciência, adaptação e reconhecimento de suas limitações profissionais (LANDIM; BATISTA; SILVA, 2010).

Reis e Faro (2016) esclarecem que a inserção de psicólogos nessa modalidade formativa possibilita o desenvolvimento de aspectos relacionados tanto à dimensão do *núcleo* profissional – naquilo que seria específico da Psicologia - como à dimensão do *campo* – naquilo que se revela como eixo comum aos profissionais componentes das equipes de saúde. Meira e Silva (2011) ratificam essa percepção ao afirmarem que a Residência possibilita um agir reflexivo na realização de ações de núcleo e de campo, ligadas especificamente à Psicologia ou em caráter interdisciplinar, junto com os colegas residentes e com as equipes.

Na dimensão do núcleo profissional, considerando-se as especificidades do campo disciplinar da Psicologia, estudos realiza-

dos com psicólogos egressos de RMS demonstram que a intensa experiência prática em articulação direta e contínua com a teoria, conferidas pelo desenho pedagógico da Residência, possibilita o aperfeiçoamento da escuta psicológica qualificada e atenta às necessidades de saúde dos sujeitos e coletividades, contribuindo, em última análise, com a ampliação do olhar da equipe sobre os usuários, no sentido de compreendê-los em toda a sua complexidade, e não mais restritos a um diagnóstico ou tratamento. Foi destacada, assim, a importância do serviço de escuta psicológica como um disparador dos processos coletivos e de inserção do saber e das práxis da Psicologia no trabalho em saúde.

Na perspectiva do campo, destaca-se como contribuição para a formação do psicólogo toda a potencialidade inerente à opção pelo trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, tal como previsto nos projetos políticos-pedagógicos das RMS, principalmente aquelas realizadas em instituições hospitalares (REIS; FARO, 2016).

Sabe-se que, no contexto hospitalar, a prática do trabalho em equipe não é uma proposta consensual e pacífica entre os profissionais, em razão de que a cultura institucional hospitalar, apesar das mudanças em curso, ainda é pautada por uma lógica fragmentada de produção do cuidado, que situa todas as demais categorias profissionais em um polo inferior frente à soberania biomédica. Feuerwerker e Cecílio (2007), ao situarem a integralidade como eixo articulador das práticas de saúde, entendem que deve estar também presente nos hospitais, no entanto, os valores aclamados pela atenção integral, tais como a concepção ampliada de saúde e a construção multiprofissional de projetos terapêuticos conduzidos por equipes, são pouco acolhidos em um cenário demarcado por relações de poder e disputa entre as profissões. As Residências em Saúde, diante disso, colocam-se como contraponto ameaçador à hegemonia da ordem tradicionalmente estabelecida.

Há que se considerar ainda que o mero agrupamento de profissionais de diferentes categorias em um mesmo espaço e tem-

po não constitui garantia de um trabalho efetivamente integrado. Nesse sentido, as Residências em Saúde, ao possibilitarem ao psicólogo a inserção permanente em equipe, estimulando-o a interagir com outros saberes e fazeres, fomenta a ampliação do olhar sobre o fenômeno saúde, possibilitando também o entendimento acerca das especificidades das outras profissões. Peduzzi (2007) reitera que os serviços e práticas de saúde geralmente conformam o exercício multiprofissional à subordinação e à hierarquização, submetendo os profissionais “não-médicos” à racionalidade biomédica predominante. Frente a isso, o trabalho em equipe constitui ferramenta necessária para a mudança das práticas tradicionais de saúde, pautadas na lógica da fragmentação dos saberes, nos atos profissionais isolados e centrados em uma dimensão exclusivamente técnica.

Assim, considera-se que, para o alcance do que Peduzzi (2001) denominou *equipe integração* (em oposição à *equipe agrupamento*), não há necessidade de anulação das especificidades das categorias profissionais, como temem as corporações. Ao contrário, deve-se fomentar a construção de um horizonte normativo comum a todos os trabalhadores da saúde, pautado pela integralidade da atenção, pela centralidade do cuidado em saúde e pela prioridade no atendimento das necessidades de saúde dos usuários e coletivos.

De acordo com a pesquisa de Torres, Barreto e Carvalho (2015), de todas as aprendizagens referidas pelos residentes, aquela que se sobressai como mais emergente é o aprendizado entre as profissões e o trabalho em equipe. Segundo Luz et al. (2016), as atividades no cenário das RIS/RMS/RAP/RUS, pela característica intrínseca da interdisciplinaridade, refletem em aspectos de extrema relevância para a formação profissional, conferindo um caráter inovador às condutas assistenciais.

Considera-se que as RIS/RMS/RAP/RUS contribuem para que profissionais com distintas formações e dispostos a transitar entre diferentes áreas articulem seus saberes específicos na organização do trabalho, possibilitando tanto compartilhar ações,

como delegar atividades a outros profissionais da área da saúde, nos moldes de uma prática colaborativa. É a partir dessa formação que se espera que o psicólogo residente seja um profissional capaz de promover transformações e inovações nas práticas de saúde, a fim de consolidar esse sistema e proporcionar atenção e gestão qualificada e integral à sociedade (SILVA et al., 2016).

A complexidade da atenção à saúde exige o engajamento do profissional, a capacidade de escuta, o compromisso ético e a visão integral do sujeito do cuidado. Nas RIS/RMS/RAP/RUS, o trabalho aparece articulado à vida, exigindo superação de preconceitos e mudanças de atitude (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013). Nas Residências em Saúde, confirma-se que a especialização em saúde exige domínio de aspectos de campo e núcleo, que se interligam contínua e complexamente (TORRES; BARRETO; CARVALHO, 2015).

Considerações finais

A reorganização do modelo assistencial com base nos princípios do SUS ainda constitui um grande desafio para os diversos atores sociais da Saúde Pública. A formação em saúde ainda é um “nó crítico” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial no Brasil. Destacam-se alguns entraves para o processo de ensino-aprendizagem nos contextos concretos do SUS: falta de diálogo entre profissionais, preceptores e tutores; deficiência na preparação para o trabalho coletivo, inclusive para a produção de conhecimento, e ainda a tendência de os profissionais atuarem de forma isolada, dissociada e fragmentada, independentes dos demais.

A Psicologia, por sua vez, na medida em que se comprometa com a formação de profissionais produtores de uma prática crítica e ético-política, segue com o desafio de transformar a instituição hospitalar em mais um cenário de resistência e subversão à racionalidade biomédica vigente, promovendo a defesa intransigente da vida a partir de construções mais solidárias e igualitárias.

Reafirmarmos a necessidade de se compreenderem os processos formativos em saúde como dispositivos que agreguem concomitantemente as dimensões técnica e política, possibilitando ir além dos “especialismos”, que aprisionam os profissionais em territórios restritos de poder corporativo e que, assim, impedem o intercâmbio entre a diversidade de vozes presentes no campo da saúde, condição considerada indispensável para a garantia da integralidade da atenção. Pensar a formação em saúde nesses moldes implica em reconhecer nos profissionais a condição de permanentes aprendizes, entendendo que a formação e o exercício profissional não constituem etapas excludentes, mas que coexistem e se retroalimentam a partir da problematização das experiências cotidianas, com o incremento de práticas sociais criativas que escapem das reproduções protocoladas.

Por fim, avaliamos que as Residências em Saúde têm um potencial enorme de (trans)formação dos trabalhadores da área, dentre eles, os psicólogos, sendo que, para tanto, tais programas devem ser alvo de contínuas pesquisas e de investimentos dos ministérios da Saúde e da Educação, em prol do contínuo aprimoramento dos recursos humanos para o SUS. A longo prazo, talvez, Residências em Saúde podem vir a se tornar também o “padrão ouro” da formação de profissionais de saúde, assim como já acontece na Medicina.

Referências

- BEZERRA, T.C.A. et al. Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 445-72, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. *Portaria nº 198*, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/POR-TARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>> Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. *Portaria Interministerial MS/MEC nº 45*, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2007. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6694> Acesso em: 22 ago. 2014.

_____. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PoliticaNacionalEducPermanente-Saude_V9.pdf> Acesso em: 20 ago. 2014.

_____. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. *Resolução nº 02*, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192> Acesso em: 26 nov. 2016.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. *Resolução nº 05*, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>> Acesso em: 26 nov. 2016.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 219-30, out./dez. 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext> Acesso em: 22 ago. 2014.

CEZAR, P.K.; RODRIGUES, P.M.; ARPINI, D.M.A. Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 35, n. 1, p. 211-24, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000012014>> Acesso em: 24 jun. 2017.

CHEADE, M.F.M. et al. Residência multiprofissional em saúde: a busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.*, v. 18, n. 3, p. 592-5, jul./set. 2013.

CORRÊA, L.Q. et al. A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v. 27, n. 3, p. 428-33, jul./set., 2014.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R.B. Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 377-87, 2016.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-26, jan./mar. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100018> Acesso em: 18 ago. 2014.

DIAS, I.M.A.V. et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 257-67, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400257&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 965-71, 2007.

FIORANO, A.M.M.; GUARNIERI, A.P. Residência multiprofissional em saúde: tem valido a pena? *ABCS Health Sci.*, v. 40, n. 3, p. 366-69, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.823>> Acesso em: 26 jun. 2017.

LANDIM, S.A.; BATISTA, N.A.; SILVA, G.T.R. Vivência clínica hospitalar: significados para enfermeiros residentes em Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 913-20, nov./dez. 2010.

LIMA, M.; SANTOS, L. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 32, n. 1, p. 126-41, 2012.

LOBATO, C.P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R.S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1273-91, 2012.

LUZ, A.R. et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. *Rev. Eletr. Gestão Saúde*, v. 7, n. 1, p. 270-81, 2016.

MARTINS, G.D.M. et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 1-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300405&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2017.

MEIRA, M.A.; SILVA, M.O. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de um psicólogo em uma Residência Multiprofissional. *Rev. Bras. Cie. Saúde*, v. 15, n. 3, p. 369-76, 2011. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>> Acesso em: 25 jun. 2017.

MENDES, L.C. et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, 125-141, jan./jun. 2011.

MORAIS, J. L.; CASTRO, E. S. A.; SOUZA, A. M. A inserção do psicólogo na residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência em oncologia. *Psic. Rev.*, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 389-401, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2012v18n3p389>> Acesso em: 15 mar. 2015.

NASCIMENTO, D. D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-27, 2010. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/29705/31580> Acesso em: 22 ago. 2014.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO R.; BARROS M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/Abrasco, 2007. p. 161-168.

REIS, B.A.O.; FARO, A.A. Residência Multiprofissional e a Formação do Psicólogo da Saúde: Um Relato de Experiência. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 8, n. 1, p. 62-70, jan./jul. 2016.

RIBEIRO, J.C.S.; DACAL, M.D.P.O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 65-84, jul./dez. 2012.

SALVADOR, A. S. et al. Construindo a multiprofissionalidade: um

olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Rev. Bras. Cienc. Saúde*, João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 329-38, 2011. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/10834/6820>> Acesso em: 23 ago. 2014.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-12, 2013.

SCHMALLER, V.P.V. et al. Trabalho em saúde, formação profissional e inserção do Serviço Social na residência multiprofissional em saúde da família. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 346-61, ago./dez. 2012.

SILVA, C.T. et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*, v. 25, n. 1, p. 01-09, 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>> Acesso em: 24 jun. 2017.

VASCONCELOS, M.I.O. et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 53-77, 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00080>> Acesso em: 24 jun. 2017.

TORRES, R.B.S.; BARRETO, I.C.H.C.; CARVALHO, J.B. Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. *ABCS Health Sciences*, v. 40, n. 3, p. 370-76, 2015. Disponível em: < <http://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/824/719>> Acesso em: 20 mar. 2016.



UNIDADE IV

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

NO HOSPITAL GERAL



4.1 INTERVENÇÕES PSICOEDUCATIVAS: CONTRIBUIÇÕES PARA PACIENTES E FAMILIARES NO HOSPITAL

Tatiana Bukstein Vainboim

A Psicologia Hospitalar teve sua área reconhecida como uma especialidade quando o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 20 de dezembro de 2000, promulgou a Resolução n. 014, regularizando a concessão de título de especialistas. Nos últimos anos, vem crescendo e se ampliando a participação do psicólogo no hospital, assim, o presente capítulo ilustra algumas das possibilidades dessa intervenção profissional em ambiente hospitalar.

Comunicação vem do latim *communicare*, significando “ter algo em comum, repartir, compartilhar”. Posteriormente o termo incorporou o sentido de “estar em contato ou relação com alguém”. Sendo assim, a boa comunicação pressupõe ter algo em comum com alguém ou ter a predisposição ao compartilhamento do que possuímos (OSORIO, 2007).

A comunicação é muito importante no cuidado em saúde, visto que a informação sobre sua doença, além de ser direito do paciente, pode melhorar a adesão aos tratamentos. Isso porque, quando a pessoa sabe ao que vai ser submetida, pode colaborar mais, além de cuidar de maneira preventiva das emoções perturbadoras que emergem quando enfrenta o desconhecido. Receber também esclarecimentos sobre os efeitos colaterais dos tratamentos faz com que o paciente possa se preparar melhor para enfrentá-los.

Nesse sentido, as intervenções pedagógicas, de acordo com Liberato e Carvalho (2008,) são frequentemente necessárias e eficientes. Afonso (2006) orienta que as ações educativas em saúde

devem promover a reflexão e a apropriação de conhecimentos pela população, ampliando sua compreensão da saúde e potencializando sua busca por qualidade de vida.

Especificamente, a intervenção psicoeducativa, segundo Yin e Oliveira (2004), atua em dois níveis: i) didático: ao oferecer informações e orientação em relação à doença, sintomas, sinais e tratamento, e ii) terapêutico: ao proporcionar suporte para conflitos pessoais e/ou interpessoais surgidos com a doença e melhorar o relacionamento entre pacientes e cuidadores. Essas intervenções podem ocorrer individualmente ou em grupo.

Para Afonso (2006), os grupos psicoeducativos permitem que os participantes reflitam sobre uma determinada questão de saúde e sobre a própria experiência. Nesse contexto a pesquisa-ação emancipatória deve promover a consciência crítica dos participantes a partir da autorreflexão, bem como a participação em decisões relacionadas às transformações de suas vidas.

As práticas grupais são especialmente proveitosas, pois facilitam a expressão de sentimentos e a troca de experiências relacionadas à doença e ao tratamento, o que tende a diminuir o nível de ansiedade dos participantes e a potencializar a ocorrência de processos de mudança e enfrentamento (HOLLAND; HOLAHAN, 2003; PINHEIRO et al. 2008; SANTOS et al. 2011).

Nessa perspectiva, os grupos terapêuticos constituem uma estratégia para o manejo das emoções dos pacientes, facilitando a adesão ao tratamento. O trabalho é caracterizado por um processo educativo que tem como proposta o compartilhamento de dúvidas, angústias e receios, com troca de experiências. O objetivo é oferecer alternativas que auxiliem no enfrentamento e na superação das dificuldades, com a adaptação do estilo de vida do paciente à sua nova condição de saúde (MALDANER et al., 2008). Nesse sentido, o paciente passa a refletir sobre sua problemática, o que o estimula a encontrar seus próprios recursos de enfrentamento, devendo sentir-se acolhido, pois se trata de uma proposta que une apoio e aprendizagem, isto é, uma prática que tem caráter informativo, reflexivo e de suporte emocional (SIL-

VEIRA; RIBEIRO, 2005). Os grupos terapêuticos apresentam, assim, grandes vantagens para o paciente, com suporte social, aprendizado sobre a doença, convívio com outros pacientes, troca de experiências, propiciando a sensação de aproveitamento do período em tratamento (REBELO, 2007; ROSO, 2012).

O papel do terapeuta no grupo é facilitar a relação entre os membros, de modo a criar um clima de confiança e segurança. Deve-se atentar para a linguagem utilizada, as regras e barreiras dos participantes do grupo, possibilitando também o acolhimento e a integração de novos membros, de modo a se ampliar a consciência do grupo (REBELO, 2007).

O panorama atual revela uma multiplicidade de intervenções psicoterápicas em grupo nos mais variados contextos e evidencia a crescente aceitação dessa prática entre os profissionais e os próprios pacientes, sobretudo nas instituições (GUANAES; JAPUR, 2001). Rebelo (2007) aponta que o trabalho em grupo oferece melhor custo benefício para os hospitais, especialmente para o SUS, tanto pelos resultados clínicos de grande melhora quanto pela rentabilidade dos recursos dispostos (humanos, físicos e financeiros), porém, em algumas situações, tem-se um complicador para executar as atividades em grupo, que são as dificuldades operacionais nos ambientes hospitalares (BEHELLI; SANTOS, 2005; NAKAO, 2013). Dependendo do ambulatório e da doença a ser tratada, há dificuldades na logística e no comparecimento dos participantes ao local e data estipulados.

A autora implantou, no ambulatório de tumores cerebrais da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o serviço de psicologia, com atendimentos para os pacientes, e criou um programa psicoeducativo voltado para os familiares, de modo que pudessem ter um espaço de acolhimento e escuta. Tais serviços buscam informar, esclarecer, orientar e melhorar a relação entre paciente/familiar e equipe profissional (VAINBOIM, 2011).

Uma vez que a família do paciente e os cuidadores familiares “adoecem” juntos, a Organização Mundial da Saúde (1990) os

considera “unidade de cuidados”, o que leva à inclusão dos familiares no atendimento, pois não são vistos somente como provedores de cuidados, mas como pacientes de segunda ordem. A ajuda psicológica às famílias é, pois, considerada essencial, visto que são também sofredores os familiares, os quais, no seu despreparo frente à doença, confusos ainda com a sobrecarga de suas novas funções, experimentam medos e angústias. A boa comunicação entre pacientes e familiares e/ou cuidadores é considerada, portanto, de extrema importância para todos, incluindo-se a equipe profissional.

Por esse motivo, optou-se por montar um programa psicoeducativo para os cuidadores familiares, porém, considerando que os pacientes portadores de tumor cerebral maligno têm uma sobrevivência baixa, com média de um ano, pôde-se perceber que seria inviável montar um grupo com os participantes. Primeiro, porque não teríamos tempo para esperar reunir familiares, uma vez que os pacientes iam falecer em curto espaço de tempo; segundo, como o cuidador familiar vivencia elevada sobrecarga, não havia como marcar um dia e horário específicos para ele comparecer ao ambulatório, pois muitas vezes não tinha com quem deixar o paciente. Dessa forma, com um atendimento individualizado, ele marcaria o horário em que pudesse comparecer individualmente.

A autora criou então um programa psicoeducativo individual para atender às necessidades desses cuidadores familiares. Esse programa teve os seguintes objetivos:

- prestar apoio emocional, orientação e informação;
- melhorar a relação entre os pacientes e seus cuidadores, no enfrentamento da doença;
- estimular um diálogo aberto em casa e
- melhorar a qualidade de vida de ambos.

Os cuidadores, individualmente, participaram de quatro sessões com 45 minutos de duração cada, sendo esses encon-

tros realizados uma vez ao mês no ambulatório, até se completar o número de quatro encontros. Os temas abordados foram os seguintes:

Primeira sessão:

- explicação do programa e
- informações acerca da doença e seu impacto na vida do paciente e de seu cuidador familiar.

Segunda sessão:

- cuidados em casa;
- informações sobre o tratamento e efeitos secundários;
- importância do papel dos familiares e da comunicação entre eles e
- melhoria da comunicação em casa e com outros profissionais da equipe de saúde.

Terceira sessão:

- escuta e validação das emoções surgidas com o impacto da doença na qualidade de vida e
- estágios do processo de enfrentamento pelos quais passam os pacientes e os familiares após saber do diagnóstico e do prognóstico, de acordo com Kübler-Ross (1998).

Quarta sessão:

- discussão sobre o tema “qualidade de vida”;
- possibilidades de autoajuda e
- fechamento, com avaliação, pelos participantes, da experiência no programa psicoeducativo.

No início de cada sessão, foram explicados ao cuidador familiar os temas a serem abordados naquele encontro. Houve

espaço também para esclarecer toda e qualquer dúvida, sendo que, quando a autora não sabia a resposta, dava-a na sessão seguinte, após obter informações com os médicos. Na eventualidade de morte do paciente, foi facultado ao cuidador familiar permanecer no programa psicoeducativo e, quando a opção foi permanecer, o luto foi introduzido entre os temas na primeira sessão à qual ele compareceu.

Para mensurar o impacto do programa, de início, foi aplicada uma entrevista psicológica semidirigida (Fase I) e o instrumento de avaliação de qualidade de vida *WHOQOL-bref*, traduzido e validado para português pelo Grupo *WHOQOL* Brasil (FLECK et al., 2000). Após participarem das quatro sessões do programa psicoeducativo, foi realizada a entrevista psicológica semidirigida (Fase II), sendo reaplicado o instrumento de avaliação de qualidade de vida *WHOQOL-bref*, a fim de se compararem os resultados após a intervenção. A entrevista (Fase II) abordou questões referentes às possíveis mudanças ocorridas na vida dos cuidadores após a intervenção psicológica, dificuldades que tenham surgido e que permaneceram, bem como abriu-se espaço para pequenos relatos de experiência.

Como resultado, notou-se que o fato de a proposta do estudo ter sido oferecer um espaço psicoeducativo, e não somente psicoterapêutico, teve um efeito benéfico. Isso porque, muitas vezes, os familiares não faziam perguntas ao médico nem tiravam suas dúvidas, pois, por diversas vezes, o paciente está junto no momento da consulta médica e tem medo da possível resposta, então a família se abstém de indagar. Com a participação no programa, os familiares sentiram-se acolhidos, sabendo que a psicóloga poderia ser um importante canal de comunicação. Nesse sentido, é importante que a família tenha, dentro da equipe, uma pessoa que seja referência e à qual poderá recorrer quando sentir necessidade, sendo a mais indicada para isso a pessoa do psicólogo. Cabe, pois, ao psico-oncologista ser o mediador entre paciente, família e equipe de profissionais de saúde.

Essa experiência prática da autora corroborou o pensamento de Liberato e Carvalho (2008) quanto aos métodos pedagógi-

cos e psicoterapêuticos, se aplicados de forma adequada, contribuam para a melhora da qualidade de vida de pacientes e seus familiares, bem como da equipe de saúde.

No que diz respeito aos atendimentos direcionados aos familiares, as análises feitas permitem dizer que o programa psicoeducativo se mostrou benéfico, ao orientar e informar, além de minimizar o estresse desencadeado pela doença e permitir uma melhora no bem-estar e na qualidade de vida do familiar, o qual vivencia um sentimento de perda iminente, desgaste físico e emocional, sendo que, muitas vezes, acaba por esquecer e ignorar seus próprios problemas e partilhar os mesmos medos e angústias que o ente querido. Desse modo, todos os familiares que participaram do programa psicoeducativo apresentaram uma melhora significativa na qualidade de vida em todos os domínios, principalmente no psicológico. O estudo da autora foi pioneiro com essa população, visto que não se encontraram na literatura pesquisas com intervenções psicoeducativas junto a pacientes e/ou familiares de portadores de tumores cerebrais.

Encontrou-se um estudo que relata a experiência de grupo psicoeducativo com cuidadores de pacientes com distrofia muscular de Duchenne (CERDEIRA; VILLELA, 2011). A proposta do grupo, segundo as autoras, baseou-se na ideia de que um espaço de informação, discussão de dúvidas e expressão de experiências poderia contribuir para a diminuição das ansiedades e dificuldades relacionadas aos cuidados do paciente, criando novas alternativas para lidar com as demandas cotidianas. Os resultados mostraram que o grupo psicoeducativo com essa população é viável e efetivo em um hospital. A adesão à proposta dos grupos pelos cuidadores foi outra evidência de que eles necessitam e buscam um espaço em que sua voz seja ouvida e seu sofrimento acolhido.

O estudo de Santana et al. (2010) avaliou o impacto psicológico de um grupo educativo junto a 73 pacientes cardíacos indicados a cirurgia em um hospital universitário. Os pacientes foram submetidos a sessão multidisciplinar com exposição dialogada sobre cardiopatias, procedimento cirúrgico e sintomas

psicológicos. Verificou-se que o grupo foi benéfico para o ajustamento psicossocial dos pacientes ao estressor, pois eles se sentiram esperançosos após participarem da intervenção e avaliaram que a atividade foi muito importante para ajudar a enfrentar o procedimento cirúrgico.

Outro achado relevante foi um grupo psicoeducativo multifamiliar oferecido a pacientes adolescentes com transtornos alimentares e a suas famílias, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (NICOLETTI et al., 2008). Segundo os autores, o grupo psicoeducativo multifamiliar é uma das modalidades de intervenção que tem por objetivos esclarecer, orientar e informar sobre as características clínicas da doença, bem como suas consequências físicas, psicológicas e nutricionais, com vistas a oferecer maiores subsídios às famílias no enfrentamento da doença, possibilitar maior adesão ao tratamento e prevenir a recaída.

Como a etiologia dos transtornos alimentares é multifatorial, faz-se necessário que o tratamento envolva uma equipe multiprofissional composta por profissionais capacitados, que podem utilizar técnicas terapêuticas variadas. A família é parte essencial no tratamento, uma vez que também sofre o impacto e o desgaste emocional e físico que o transtorno ocasiona no paciente. Nessa iniciativa, a equipe é formada por psiquiatras, nutricionistas, psicólogos e endocrinologistas. O grupo psicoeducativo multifamiliar é coordenado pela terapeuta familiar da equipe e auxiliado por uma psicóloga. Os encontros são mensais, com uma hora e meia de duração, sendo realizados de quatro a seis encontros, nos quais são expostos os temas essenciais do tratamento. A equipe médica é responsável por dois encontros; a psicologia, nutrição e terapia familiar realizam, cada uma, um encontro, sendo o último encontro reservado para encerramento, questionamentos e avaliações.

A dinâmica dos encontros ocorre da seguinte forma: nos primeiros cinco minutos, a terapeuta familiar apresenta o convidado do dia e o tema a ser tratado. O profissional convidado apresenta sua palestra em 40 minutos e, em seguida, durante 15

minutos, as famílias ficam à vontade para fazer perguntas específicas sobre o tema abordado. Como resultado, a experiência com o grupo psicoeducativo multifamiliar apontou importantes benefícios da inclusão da família no tratamento dos transtornos alimentares, sendo positiva tanto para esses familiares quanto para a própria equipe multidisciplinar.

Conclui-se que as intervenções psicoeducativas são benéficas, podendo ser aplicadas nos hospitais, em pacientes com diversos tipos de doenças e seus familiares, individualmente ou em grupo.

Referências

AFONSO, M.L.M. Anotações para uma discussão sobre a ética do trabalho com oficinas na área da saúde. In: _____. (Org.). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 371-86.

BEHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. O paciente na psicoterapia de grupo. *Rev. Latino-americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 118-25, 2005.

CERDEIRA, M.E.; VILLELA, E.M.B. Grupo psicoeducativo em sala de espera com cuidadores de pacientes com distrofia muscular de Duchenne. In: JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7., 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011. p.1-18.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução n. 014/2000*, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; SANTOS L.; PINZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, n. 34, p. 178-83, 2000.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: análise do manejo terapêutico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 1, p. 191-9, 2001.

HOLLAND, K.D.; HOLAHAN, C.K. The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, v. 18, n. 1, p. 15-29, 2003.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. O que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIBERATO, R.P.; CARVALHO, V.A. Psicoterapia. In: CARVALHO, V.A.; FRANCO, M.H.P.; KOVÁCS, M.J.; LIBERATO R.; MACIEIRA, R.C.; VEIT M.T.; GOMES, M.J.B.; BARROS, L.H. (Orgs.). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p. 341-50.

MALDANER, C.R.; BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; BUDO, M.L.D.; PAULETTO, M.R. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 4, n. 29, p. 647-53, 2008.

NAKAO, R.T. *Variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas associadas à adesão à hemodiálise*. 2013. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências: Psicologia). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

NICOLETTI, M.; GONZAGA, A.P.; MODESTO, S.E.F.; COBELO, A.W. Grupo Psicoeducativo Multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares na adolescência. *Psicologia em Estudo*, v. 15, n. 1, p. 217-223, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cancer Pain Relief*. Genebra, 1990.

OSÓRIO, L.C. *Grupoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

PINHEIRO, C.P.O.; SILVA, R.M.; MAMEDE, M.V.; FERNANDES, A.F.C. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 16, n. 4, p. 733-8, 2008.

REBELO, H. Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, v. 25, n. 4, p. 543-57, 2007.

ROSO, C.C. *O cuidado de si de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento conservador*. 2012. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2012.

SANTOS, M.A.; PRADO, M.A.S.; PANOBIANCO, M.S.; ALMEIDA, A.M. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. *Revista da SPAGESP*, v. 12, n. 2, p. 27-33, 2011.

SANTANA, J.J.R.A.; FERNANDES, L.F.B.; ZANIN, C.R.; WAETEMAN, C.M.; SOARES, M. Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico. *Estudos de Psicologia*, v. 27, n. 1, p. 31-39, 2010.

SILVEIRA, L.M.C.; RIBEIRO, V.M.B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

VAINBOIM, T.B. *Qualidade de vida e intervenção psicoeducativa com cuidadores não-profissionais de pacientes portadores de glioblastoma multiforme*. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado em Neurologia)-Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2011.

YIN, M.L.Y.; OLIVEIRA, M.G. Relato de uma experiência psicoeducacional com familiares de portadores de transtornos do humor. *Rev. Bras. Ter. Comp. Cogn.* n. 6, p. 135-42, 2004.



4.2 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO E VISUALIZAÇÃO NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

*Elisa Maria Parahyba Campos Rodrigues
Anali Póvoas Orico Vilaça
Camilla Maria Santos Pinho*

Introdução

Em sua multiplicidade e pluralidade, a Psicologia adentra, também, o âmbito hospitalar e, mais amplamente, o campo da saúde. A atuação do psicólogo hospitalar, pautada no saber biopsicossocial, vai na direção “integradora e holística em saúde, baseada nas concepções psicossomáticas e de não exclusão dos aspectos psicológicos, ambientais, familiares e institucionais que definem o processo de doença” (CHIATTONE, 2002, p. 98). Na busca de uma atuação com foco na promoção de saúde, e não apenas na prática curativa do corpo ou do órgão doente, os psicólogos e profissionais de saúde têm investido no resgate das técnicas complementares alternativas de cuidado, destacando-se as técnicas de relaxamento e visualização (LUFIEGO, 2017).

As técnicas de relaxamento ganharam espaço nas práticas clínica e hospitalar a partir dos estudos de Schultz, na Alemanha, entre 1908 e 1912, com o método denominado *treinamento autógeno*, sendo reforçadas, na década de 1930, com as pesquisas do médico fisiologista americano Jacobson, as quais sinalizaram diversos benefícios do *relaxamento progressivo muscular*. Essas duas técnicas de relaxamento, que abriram caminho para inúmeras pesquisas no campo hospitalar, são, até hoje, as mais usadas na prática da psicologia, ao lado das meditações (FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006).

Já os relaxamentos com associação de visualizações com imagens mentais foram amplamente difundidos pelo Programa Simonton (1987) na prática com pacientes oncológicos. Essa técnica foi desenvolvida por Creighton, a partir do programa, em grupo multidisciplinar pioneiro organizado pelo casal Simonton. A psicóloga e o médico oncologista colocaram em prática técnicas de relaxamento e visualização na complementação dos tratamentos médicos tradicionais de cuidado oncológico (CAMPOS, 2010; GIMENES; CARVALHO; CARVALHO, 2002).

As técnicas complementares reforçam a importância da relação mente-corpo, visto que as emoções têm papel fundamental no desenvolvimento de doenças e na manutenção e recuperação da saúde. Simonton, Matthews-Simonton e Creighton (1987, p.16) apontam a importância do envolvimento do próprio paciente em seu processo de saúde-doença, sendo, pois, incluído no processo e responsável por “participar da recuperação de sua saúde e viver de forma compensadora e realizadora”.

No âmbito da Psicologia da Saúde, a área da Psiconeuroimunologia, com sua interface dos sistemas psíquicos, neuroendócrinos e imunológico, tem auxiliado no entendimento de como as emoções e estados mentais provocam alterações corporais e vem reafirmando, cada vez mais, a importância das práticas de relaxamento e visualização no processo de saúde e na busca pelo bem-estar. O uso de tais técnicas visa contribuir para o autoconhecimento, propiciando ampliação da consciência, o fortalecimento do sistema imunológico através da compreensão do processo integrado corpo e psiquismo, assim como estimular o sistema imunológico na recuperação da saúde (MULLER et al., 2009).

Treinamento autógeno

Johanes Schultz, influenciado pelo método da ioga hindu, desenvolveu uma técnica capaz de favorecer o relaxamento muscular por meio da auto indução através de metáforas onde a pessoa associa partes do seu corpo a sensações de peso ou calor. O

treino, que tem como base a repetição e progressão dos exercícios, busca o gradual amortecimento do ciclo ansiedade-tensão. Inicialmente, os exercícios são guiados por um terapeuta, que fala em voz baixa, ritmada e monótona, objetivando induzir o paciente a um estado semi-hipnótico, de modo a alcançar um nível de diminuição da tensão, obtendo como resultado tranquilidade e autocontrole (FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006).

A proposta é que o treino seja realizado diariamente, com a repetição dos exercícios duas vezes ao dia, alcançando, progressivamente, a realização de quatro exercícios. O primeiro inicia-se de forma guiada, com solicitação de respiração profunda e calma, fazendo-se, aos poucos, uso de metáforas, como, por exemplo: “imagine que seu braço direito está ficando pesado, cada vez mais pesado, como se fosse chumbo”. O treino deve ser repetido seis vezes no braço direito e, depois de um intervalo, por mais seis vezes no braço esquerdo. No próximo passo, as mesmas orientações devem ser seguidas com a inclusão dos membros inferiores, tanto a perna direita quanto a esquerda. No exercício três, o relaxamento deve ser expandido para o restante do corpo, propiciando um relaxamento cada vez mais profundo. Após realizar as etapas 1 e 2, o indivíduo deve ser instruído a imaginar que “seu corpo todo agora está ficando pesado, pesado, como se fosse um chumbo”, sendo repetido, em média, seis vezes, até que ele sinta a sensação de peso e o relaxamento desejado (CÂMARA, 2006; FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006). No último e quarto exercício, deve-se incluir a sensação de temperatura, objetivando-se um relaxamento intenso:

- a. Imaginar que seu braço direito está ficando “pesado, pesado e morno”. Pode-se aqui usar também analogias, por exemplo, que o braço está imerso em uma bacia com óleo ligeiramente aquecido. Repete-se a fórmula verbal por uma seis vezes e passa-se para o braço esquerdo após breve intervalo de alguns segundos.

- b. Usando a mesma fórmula verbal, o paciente deve imaginar que sua perna direita está pesada e morna. Depois a mesma auto-sugestão à perna esquerda.
- c. Imagina agora que todo o corpo está ficando pesado e morno, como se estivesse imerso em uma banheira com água morna. (FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006, p. 491)

Relaxamento progressivo muscular

O relaxamento progressivo muscular foi desenvolvido por Jacobson, em 1938, a partir de suas pesquisas sobre a relação entre as atividades mentais e o grau de tensão dos músculos. Trata-se de um exercício que envolve a prática e repetição da contração e descontração dos principais grupos musculares do corpo, facilitando a distinção entre os músculos tensionados e relaxados, de forma progressiva, até que se consiga promover um relaxamento integral (FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006).

Jacobson postulou que a aprendizagem do relaxamento muscular, região por região, progressivamente, pode colocar em repouso, do ponto de vista mental, territórios do cérebro correspondentes às partes do corpo assim relaxadas. Desse modo, a pessoa consegue um relaxamento geral do corpo, que, por sua vez, favorece um estado de tranquilidade mental e emocional. (FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006, p.490)

Segundo Kapczinski e Margis (2004), inicialmente, no processo de tensão e relaxamento, o paciente deve incluir um grande número de grupos musculares, sucessivamente, podendo ser mãos e antebraços, braços, partes superior e inferior da face, pescoço, peito, ombros, dorso, abdome, coxas, pernas e pés. Com a prática, pode-se reduzir, gradativamente, para oito, e depois quatro grupos musculares, a fim que se alcance o relaxamento desejado. Busca-se assim influenciar positivamente a diminuição da ansiedade, sonolência, lassidão, pulsação, bem como tornar

a respiração mais lenta e discreta e induzir a queda da pressão arterial, favorecendo também um estado de tranquilidade mental (FIGUEIREDO; GIGLIO; BOTEGA, 2006).

Técnica de visualização

As técnicas de relaxamento podem ser associadas com visualizações de imagens mentais para se alcançarem objetivos específicos, principalmente aumentar a consciência da pessoa; no caso da prática hospitalar e da saúde, mobilizar sua participação no processo de recuperação da saúde (MULLER et al., 2009; SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987). O casal Carl e Stephanie Simonton desenvolveu um programa que usa técnicas de relaxamento e de visualização com objetivo de “ajudar o paciente com câncer a lidar com suas emoções, identificar suas necessidades existenciais, expressar seus sentimentos, comunicar-se e ter uma atitude ativa e participativa em relação à sua enfermidade” (GIMENES; CARVALHO; CARVALHO, 2002, p. 59).

O chamado Método Simonton foi desenvolvido em 1969, no *Cancer Counseling and Research Center*, em Dallas, tendo a visualização como ponto central da abordagem (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987). O programa, baseado na perspectiva de que crenças, emoções, estresse e estilo de vida são importantes fatores que influenciam tanto a saúde quanto a resposta à doença, bem como o enfrentamento e resposta ao tratamento, é, ainda nos dias de hoje, utilizado de forma complementar na atenção ao paciente com câncer (TEIXEIRA; PIRES, 2010; SIMONTON CANCER CENTER, s.d.).

O novo Programa Simonton, intitulado “*Getting Well Again’ SCC’s New Patient Program*”, atualmente sob responsabilidade do *Simonton Cancer Center* (SCC), é referência em treinamento de profissionais de saúde e também no desenvolvimento do programa de assistência a pacientes com câncer e seus acompanhantes (pessoas de apoio de sua preferência, “*support person*”). Usando técnicas de visualização, psicoeducação e psi-

coterapia, o programa tem o objetivo de propiciar ferramentas e técnicas para que o indivíduo

Melhore sua saúde física e mental. Gerencie os sintomas associados à dor e ao medo. Seja mais eficiente em sua comunicação - com seus entes queridos e sua equipe médica. Desenvolva crenças mais saudáveis sobre o seu câncer, seus tratamentos e seu futuro. Crie um plano de saúde de 2 anos. Resolva o sofrimento emocional. Use o poder da mente e da imaginação para ajudar na sua cura. Integre assuntos de vida e morte. Use sua sabedoria interior para fortalecer sua esperança e determinação. Aborde questões espirituais. Reduza o estresse (SIMONTON CANCER CENTER, s.d.).

No Programa Simonton, a visualização é associada à técnica de relaxamento progressivo muscular de Jacobson, que tem como objetivo levar o paciente a reduzir a tensão e a concentrar-se nas imagens mentais. As instruções tanto do relaxamento físico como da visualização devem ser guiadas por um profissional de saúde, um amigo ou por meio de uma gravação. Após o relaxamento, o paciente é orientado, em diferentes passos, a mentalizar seu próprio corpo eliminando as células do câncer, fortalecendo seu organismo, bem como visualizando a eficácia do tratamento ao destruir o câncer (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987). Destacam-se algumas das orientações:

10. Em seguida, imagine o câncer, seja em termos reais ou simbólicos. Pense no câncer como composto de células fracas e confusas. Lembre-se de que o nosso corpo destrói células cancerosas milhares de vezes, durante a vida. Enquanto imagina o câncer, é necessário que se dê conta de que a sua recuperação exige que as defesas naturais do seu corpo voltem a um estado natural e saudável.

11. Se você estiver seguindo um tratamento, imagine o tratamento entrando no seu corpo de uma forma que você o compreenda. Se estiver seguindo um tratamento por irradiação,

imagine-o como sendo um feixe de milhões de projéteis de energia atacando as células que se encontram no caminho.

12. Imagine os seus glóbulos brancos entrando no local onde se encontra o câncer, reconhecendo as células anormais e destruindo-as. Há um imenso exército de glóbulos brancos. São muito fortes e agressivos. E, também, muito espertos. Não existe dúvida: eles vencerão a batalha.

[...]

15. Imagine-se bem, livre de doenças, cheio de energia (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987, p. 127).

Os autores pontuam que o relaxamento e a visualização são processos passíveis de aprendizagem, tornando-se, com o passar do tempo, mais fáceis de serem realizados. Essas técnicas podem ser apropriadas objetivando-se o restabelecimento de outras enfermidades, bem como o controle da dor. Com a prática, intenta-se que o paciente tenha motivação para recuperar sua saúde; alcance autodescoberta e autocontrole; mude de atitude, fortalecendo sua vontade de viver; vivencie menos estresse e tensão e, ainda, que promova mudanças significativas em outras áreas da sua vida. Importante frisar que as técnicas não objetivam iludir o paciente quanto a sua real situação de saúde, mas torná-lo capaz de visualizar-se alcançando o resultado desejado, evitando concentrar-se apenas no estado de adoecimento: “o processo de visualização não é um método de autoilusão; é um método de direcionamento de si mesmo” (SIMONTON; MATTHEWS-SIMONTON; CREIGHTON, 1987, p. 132).

Exemplos na prática contemporânea brasileira

Na literatura científica brasileira, há evidências que relacionam as técnicas de relaxamento utilizadas com pacientes hospi-

talizados aos efeitos benéficos na qualidade de vida e no enfrentamento da doença, tornando possível reduzir sintomas ansiosos, melhorar a qualidade do sono, diminuir a angústia relacionada à dor (COSTA; REIS, 2014), baixar o nível de estresse (NOVAIS et al., 2016) e também exercitar habilidades adaptativas, que contribuem para a adesão ao tratamento e para a autonomia, uma vez que o próprio paciente aprende a técnica e pode repeti-la mesmo na ausência do profissional de saúde que o acompanhou, até após a alta hospitalar (AZEVEDO; SANTOS, 2011).

Azevêdo e Santos (2011) realizaram, na Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) do Hospital de Urgências de Sergipe (HUSE), intervenção psicológica durante o atendimento a uma criança queimada - uma paciente de sete anos, do sexo feminino -, atendida no período de oito semanas durante a internação. Nesse caso, foi utilizado, entre outras técnicas, o treino de relaxamento autógeno. Assim, durante os atendimentos, a criança foi orientada a tencionar e relaxar partes do corpo por meio da imaginação, identificando onde havia dor e imaginando o local sem dor.

Foram apresentadas as seguintes instruções para a criança: feche os olhos e preste atenção no ar que entra e sai do seu corpo; imagine um balão no seu abdômen, e, quando você inspirar, estará enchendo-o, ao expirar lentamente, pense que você está apagando uma vela e sentindo o seu corpo relaxado. A criança foi orientada a praticar a respiração diafragmática, principalmente nas situações que envolviam os procedimentos de rotina do setor, tais como a realização de curativos na enfermaria hospitalar (AZEVEDO; SANTOS, 2011, p. 333).

Como benefícios da técnica de relaxamento, foi possível observar que a prática contribuiu para o desenvolvimento de habilidades adaptativas que favoreceram a aderência da paciente ao tratamento e meios de manejo da dor. A técnica de relaxamento permitiu desenvolver na criança a capacidade de reflexão acerca

de reações corporais e a avaliação dos níveis da dor (AZEVEDO; SANTOS, 2011).

Novais et al. (2016) realizaram um ensaio clínico randomizado com 40 pacientes acometidos por esclerose múltipla (EM) em seguimento no ambulatório de neurologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo. Tendo como pesquisadores profissionais da área de Enfermagem, esse estudo utilizou a técnica de relaxamento muscular progressivo aliado a técnicas de respiração, além de controle de parâmetros clínicos de frequência respiratória, cardíaca, pressão arterial sistólica e diastólica, no período de oito semanas. A pesquisa objetivou avaliar os níveis de estresse, fadiga, qualidade do sono e depressão, após o treino diário do relaxamento previamente orientado aos pacientes. A técnica mostrou-se eficaz como um método ativo, participativo, dinâmico, proporcionando autonomia aos pacientes, uma vez que se aplicou não apenas durante o atendimento ambulatorial no hospital, mas também em seu domicílio (NOVAIS et al., 2016).

O estresse pode comprometer a qualidade de vida de pacientes com EM, contribuindo para um pior curso clínico da doença, tornando-se essencial avaliar o nível de estresse desses indivíduos e elaborar propostas de enfrentamento às situações estressoras, utilizando tecnologias inovadoras (como o relaxamento), que poderá proporcionar melhor vivência do processo saúde doença (NOVAIS et al., 2016, p. 7).

Machado et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática de intervenções não farmacológicas para o sono em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. No estudo, foram utilizados, além da técnica de relaxamento muscular progressivo, dispositivos para induzir o sono ou minimizar possíveis interrupções e também estratégias educacionais, tais como orientação verbal e folheto explicativo. Embora tenha sido evidenciada a necessidade de novos estudos sobre práticas não farmacológicas, sobretudo no Brasil, foi possível comprovar que a utilização da técnica de relaxamento

resultou na melhora significativa da qualidade do sono nos pacientes após cirurgia cardíaca, além de benefícios, como o alívio da ansiedade e da dor, o que também influencia a qualidade do sono. Foi possível ainda verificar que a educação do paciente favoreceu maior envolvimento e participação no tratamento.

Em um ensaio clínico não randomizado realizado com 113 participantes diagnosticados com câncer, Lufiego (2017) investigou a relevância da intervenção da técnica de relaxamento com visualizações, durante sessões de quimioterapia, no controle das variáveis depressão, ansiedade e estresse. Os participantes foram divididos em Grupo Experimental (GE) e Grupo Controle (GC). Os participantes do GE foram submetidos a sessões de relaxamento com imagem guiada, nas quais, por meio de uma gravação,

O paciente era levado a imaginar-se visualizando o(s) órgão(s) em que o câncer se encontrava, bem como a imaginar o medicamento da quimioterapia entrando em seu corpo e destruindo as células cancerosas e, ao mesmo tempo, devolvendo saúde e equilíbrio às células saudáveis, restituindo o estado físico anterior ao câncer (LUFIEGO, 2017, p. 30).

Lufiego (2017) observou que o grupo de pacientes com câncer, em tratamento quimioterápico, que exercitou a técnica de relaxamento com imagem guiada apresentou melhora na média das três variáveis mensuradas. Especificamente quanto aos sintomas depressivos, no GE, foi observada diminuição nos níveis graves, moderado e leve, enquanto no GC não houve alteração no nível grave, sendo observado um discreto acréscimo da pontuação no nível moderado. Nos casos dos sintomas ansiosos, ao final da pesquisa, o GE reduziu os escores nos níveis grave, moderado e leve, enquanto no GC o escore do nível moderado teve aumento para os sintomas de ansiedade. A variável estresse sofreu uma redução significativa no GE, sendo que, no GC, foi observado um aumento. O estudo foi corroborado pela literatura na área, segundo a qual a experiência com técnicas de relaxamento associadas à imagem guiada auxilia na redução de variáveis emocionais e possibilita ao paciente uma melhora na qualidade de vida.

Conclusão

A análise das pesquisas brevemente mencionadas neste capítulo, bem como o estudo da teoria acerca das técnicas de relaxamento e visualização indicam a importância e os impactos do envolvimento do paciente no seu próprio cuidado e tratamento. Ao tempo que os tratamentos e as tecnologias médicas desenvolvem-se, as equipes com um olhar amplo e integrado têm resgatado formas simples e tradicionais, buscando reinseri-las na promoção da saúde global do indivíduo.

Por se tratar de técnicas de fácil aplicação, de baixo custo e que podem ser reproduzidas em diferentes momentos, na presença ou não do profissional de saúde, o paciente pode continuar sozinho o seu próprio cuidado, com consequências positivas na recuperação de sua saúde. Com o treino de tais práticas, é possível melhor adaptar-se ao processo de internação, às limitações impostas pelo adoecimento, favorecendo, assim, o autoconhecimento e melhorias na qualidade de vida durante o período de internação e também após a alta hospitalar.

As práticas definidas como complementares ao tratamento médico/ farmacológico podem, portanto, trazer ganhos ao cuidado na atenção básica à saúde, tanto pela redução de custos de internação quanto pelo incremento ao cuidado, inclusive podendo ser oferecidas também aos profissionais de saúde que vivenciam diariamente situações limite estressantes, como a vivência de perdas e do luto.

Referências

AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos; SANTOS, Ana Flávia Trindade dos. Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 31, n. 2, p. 328-339, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 abril de 2018.

CÂMARA, Fernando Portela. Treinamento autógeno simplificado: um método de terapia integral. *Psychiatry on line Brasil*, v. 11, n. 7, 2006. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano06/artigo0706.php>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. *A psico-oncologia: uma nova visão do câncer - uma trajetória*. 2010. 155 f. Tese (Livre-docência) - Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2010.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 73-167.

COSTA, Aline Isabella Saraiva; REIS, Paula Elaine Diniz dos. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. *Rev. Dor*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 61-64, mar. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132014000100061&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 de abril 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20140014>.

FIGUEIREDO, José Henrique; GIGLIO Joel Sales; BOTEGA, Neury José. Tratamento psicológicos: psicoterapia de apoio, relaxamento, meditação. In: BOTEGA, Neury José. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 483-496.

GIMENES, Maria Glória; CARVALHO, Maria Margarida M. J.; CARVALHO, Vicente Augusto. Um pouco da história da Psico-oncologia no Brasil. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 47-71.

KAPCZINSKI, Flávio; MARGIS, Regina. Transtorno de ansiedade generalizada. In: KNAPP, Paulo. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 193-208.

LUFIEGO, Claudia Adriana Facco. *Avaliação da eficácia da técnica de relaxamento com imagens guiadas em pacientes oncológicos submetidos a tratamento quimioterápico*. 2017. 93f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2017.

MACHADO, Fernanda de Souza et al. Non-pharmacological interventions to promote the sleep of patients after cardiac surgery: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2926, p. 4-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100606&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abril de 2018.

MULLER, Marisa Campio; CALVETTI, Prislá Ucker; REDIVO, Luciana Balestrin; GEYER, Júlia Gaertner; JARROS, Rafaela Behs. Técnicas de relaxamento e visualização na psicologia da saúde. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 1. n. 1, p 24-33, 2009. Disponível em: <DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n1p24-33>> Acesso em: 08 abr. 2018

NOVAIS, Paolla Gabrielle Nascimento et al. Efeito do relaxamento muscular progressivo como intervenção de enfermagem no estresse de pessoas com esclerose múltipla. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, e2789, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100409&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr.2018.

SIMONTON, O. Carl; MATTHEWS-SIMONTON, Stephanie; CREIGHTON, James L. *Com a vida de novo: uma abordagem de auto-ajuda para pacientes com câncer*. Tradução de Heloisa de M. A. Costa. 6. ed. São Paulo, SP: Summus, 1987.

SIMONTON CANCER CENTER. *Getting Well Again SCC's new patient program*. Malibu, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.simontoncenter.com/cancerretreats.html>> Acesso em: 08 abr. 2018.

TEIXEIRA, Elizabeth Batista; PIRES, Eliana Ferrante. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. *Revista Saúde UNG - SER*, v. 4, n. 1, p.40-52, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/265/621>>. Acesso em: 08 abr. 2018.