

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

JANINE OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**O FAZER DO PSICÓLOGO JUNTO AO DOENTE, A FAMÍLIA E A EQUIPE
HOSPITALAR: OPORTUNIDADES E DESAFIOS**

VITÓRIA
2015

JANINE OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**O FAZER DO PSICÓLOGO JUNTO AO DOENTE, A FAMÍLIA E A EQUIPE
HOSPITALAR: OPORTUNIDADES E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como
requisito obrigatório para obtenção do título de
Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Margareth Marchesi Reis

VITÓRIA
2015

JANINE OLIVEIRA DO NASCIMENTO

**O FAZER DO PSICÓLOGO JUNTO AO DOENTE, A FAMÍLIA E A EQUIPE
HOSPITALAR: OPORTUNIDADES E DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de _____, por:

Prof^a. Ms. Margareth Marchesi Reis - Orientadora

Prof^a. Ms. Andrea Campos Romanholi – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a Christyne Gomes Toledo de Oliveira – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

Dedico este trabalho ao meu pai, Humberto Oliveira, que me ensinou a importância do aprendizado constante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter me dado saúde e persistência para chegar até aqui, pois concluir um curso de Psicologia não é tarefa fácil.

Meu agradecimento especialmente ao meu marido, Roberto, incentivador e companheiro de todas as horas; e à minha filha Bárbara pelos socorros imediatos.

Meus agradecimentos à Prof.^a Ms. Margareth Marchesi Reis, que além de orientadora deste trabalho, foi responsável por me apresentar ao mundo apaixonante da Psicologia Hospitalar quando ofertou o hospital como campo de estágio durante três períodos da graduação; sendo que neste último especial, presenciei seu empenho e dedicação na tentativa de que eu aprendesse sempre mais.

Não posso deixar de agradecer também às professoras Ms. Andrea Campos Romanholi e Dra. Christyne Gomes Toledo de Oliveira. À primeira, pelas grandiosas aulas na ênfase de Saúde durante o curso e a segunda, pelo cuidado e sensibilidade contagiante quando ministrava a disciplina Psicologia Hospitalar em sala de aula.

Aos colegas de sempre, pelo apoio, amizade e companheirismo, meu muito obrigada!

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana. (Carl Jung)

RESUMO

Este trabalho apresentou a trajetória da Psicologia Hospitalar, que embora recente, representa um campo fundamental na oferta de assistência com maior qualidade aos pacientes hospitalizados, proporcionada também aos seus cuidadores e familiares. Considerada ainda contribuinte da humanização do processo de internação, que para o doente e sua família representa um momento de fragilidade o qual gera angústia e mudanças no modo de pensar a vida. Portanto, a Psicologia Hospitalar visa à minimização do sofrimento do doente e o tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, além de propiciar no ambiente hospitalar a possibilidade de interlocução como outros saberes, visando assim ações interdisciplinares. Desta forma, objetivou-se compreender o modo de atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, identificando e descrevendo as atividades por ele desenvolvidas no cuidado ao doente, sua família e equipe de saúde, investigando os objetivos de seu trabalho no hospital, discutindo sua atuação em equipes multidisciplinares na instituição e ainda, conhecendo seus desafios. Através da descrição e análise das características dos psicólogos atuantes em hospitais, tanto públicos quanto privados e filantrópicos da Grande Vitória, esperou-se elucidar os questionamentos propostos, através dos preceitos da psicologia hospitalar e do campo da Saúde Coletiva, reconhecendo a inserção crescente da psicologia no ambiente hospitalar; e a necessidade urgente de sua atuação no suporte emocional à tríade paciente – família – equipe. O que se verificou foram os desafios que os profissionais enfrentam nesta área, que vão desde a consolidação do saber do psicólogo nas diversas formas de intervenção até a importância de estabelecimento de relações com outros saberes para que o paciente hospitalizado adquira um cuidado mais humanizado.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Cuidado. Interdisciplinaridade. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This work presented the trajectory of the hospital psychology, though recent, represents a fundamental field in offering higher quality assistance to hospitalized patients, provided also to their caregivers and families. The taxpayer still considered humanization of detention process, which for the patient and his family represents a moment of weakness that generates anguish and changes the way life is seen. Therefore, the hospital psychology aims at minimizing the suffering of the sick and the treatment of psychological aspects around the illness, as well as provide in hospital environment the possibility of dialogue as other knowledge, aiming thus interdisciplinary actions. Thus, the objective of understanding the role of the psychologist in the hospital environment, identifying and describing the activities carried out by him in care to the patient, their family and health team, investigating the goals of his work at the hospital and discussing. Through description and analysis of characteristics of psychologists who work in hospitals, both public and private and philanthropic in Grande Vitória, was expected to elucidate the questions proposed by the precepts of the hospital psychology and the field of collective health, recognizing the increasing insertion of psychology in the hospital environment; and the urgent need for his performance in the emotional support to the patient – triad family-team. What was found were the challenges faced by professionals in this area, ranging from the consolidation of knowledge of the psychologist in the various forms of intervention to the importance of establishing relations with other knowledge for hospitalized patients acquire more humanized care.

Keywords: Hospital Psychology. Caution. Interdisciplinarity. Collective Health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	23
2.1.1.O subsistema público de saúde	24
2.1.1.1 O sistema único de saúde e suas diretrizes	25
2.1.1.2 A organização da oferta do serviço de saúde	27
2.1.1.2.1 <i>A atenção básica</i>	31
2.1.1.2.2 <i>A atenção secundária</i>	32
2.1.1.2.3 <i>A atenção terciária</i>	34
2.1.1.2.4 <i>A atenção terciária no SUS</i>	35
2.1.2 O subsistema privado de saúde	37
2.2 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE	38
2.3 A PSICOLOGIA E O HOSPITAL	42
2.3.1 A psicologia no contexto da saúde	42
2.3.2 A psicologia hospitalar e a psicologia da saúde	43
2.3.3 A psicologia no contexto hospitalar e suas práticas	44
2.3.4 Diferentes práticas e diferentes olhares da psicologia no hospital	49
2.3.5 O psicólogo hospitalar e o trabalho em equipe	52
2.3.6 A psicologia e a psicologia hospitalar como formação	54
3 METODOLOGIA	59
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	60
3.2 CAMPO DE ESTUDO	60
3.3 PARTICIPANTES	60
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	61
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	61
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	61
3.7 PREVISÃO DE ANÁLISE DE DADOS	62
4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA	65

4.1. QUANTO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PSICÓLOGO NO HOSPITAL	65
4.2 O OBJETIVO DO TRABALHO DO PSICÓLOGO NO HOSPITAL.....	68
4.3 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR.....	71
4.4 O (S) DESAFIO (S) QUE A PSICOLOGIA ENFRENTA NO AMBIENTE HOSPITALAR	74
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A.....	91
APÊNDICE B.....	93

1 INTRODUÇÃO

A palavra Hospital tem sua origem na língua latina, derivando o termo *hospes*, cujo significado é lugar onde se hospedava peregrinos, pobres e enfermos. Atesta-se que o surgimento do hospital é anterior ao cristianismo, mas que através dele, houve um impulso nas práticas e horizontes nos serviços assistenciais. No princípio do cristianismo, ainda, as práticas médicas fundiam-se com a religião, e o avanço da era cristã trouxe a propagação e desenvolvimento das instituições hospitalares, predominantemente religiosas (BRASIL, 1965).

Segundo Foucault (2010), a história do hospital constitui-se em dois momentos: o primeiro, anterior ao século XVIII, visto como abrigo para leprosos, portadores de doenças venéreas e mais tarde para loucos; tratando-se de local administrado predominantemente por religiosos, a fim de garantir através da conduta do cuidado com o doente, um lugar no paraíso para o cuidador.

Em um segundo momento, ocorre a entrada da medicina no contexto hospitalar, os médicos então deixam de atender aos enfermos em suas residências para ocuparem efetivamente os hospitais e a partir disso, marcar o nascimento da clínica até o estabelecimento do modelo hospitalar conhecido na atualidade. O surgimento do hospital então, como instrumento terapêutico é:

uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 2008, p. 99).

Antes disso, porém, conforme já mencionado, cabia ao hospital um lugar para recolhimento do pobre doente, um pobre que precisava ser assistido e contido para que sua doença não afetasse aos demais, e o afastamento da doença significou o primeiro fator de transformação do hospital em instituição medicalizada, transformando também a medicina em medicina hospitalar. Diante disto, o hospital era primordialmente reconhecido como instituição de recolhimento e segregação, um abrigo para morrer (FOUCAULT, 2008).

Conforme Foucault (2008) relativamente recente também, especificamente no final do século XVIII, surge a figura do grande médico do hospital, que seria considerado mais sábio quanto maior fosse sua experiência hospitalar, a ele eram designadas visitas

nos leitos dos doentes, atendendo ao chamado das comunidades religiosas. Daí surge uma codificação de procedimentos e hierarquia no ambiente hospitalar, cuja importância central era o saber do médico, seguido de assistentes, alunos e enfermeiros.

De acordo com os primeiros registros, o acompanhamento psicológico aos enfermos era exercido pelos religiosos, sobretudo freiras que através de preces ofereciam cuidado e atenção aos pacientes internados, restabelecendo-lhes a confiança e crença na melhoria da saúde. Esse modelo de cuidado ao paciente evoluiu principalmente após a Segunda Guerra Mundial, com as mudanças ocorridas nas instituições de saúde, que acompanharam as demandas da sociedade, organizando-se em equipes multidisciplinares para um cuidado mais integral do doente (A HISTÓRIA...,2006, p. 22).

No Brasil, segundo Sebastiani (apud ALMEIDA; CANTAL; COSTA JUNIOR, 2008), a Psicologia iniciou sua atuação em hospitais na década de 1950, quando a profissão de psicólogo ainda não era regulamentada. A partir dos anos 1970 surgiram as produções científicas nesta área, mostrando a necessidade de pesquisas em ambulatórios, unidades básicas de saúde e em programas de prevenção e educação em saúde.

Rodríguez - Marín (2003, p. 833), define a Psicologia Hospitalar como “um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais proporcionados pelas suas várias correntes que oferecem uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados [...]”. Assim, no hospital o psicólogo utiliza-se de saberes e técnicas, para então aplicá-los de maneira sistemática e coordenada, objetivando melhorar a assistência, oferecendo uma visão integrada do paciente hospitalizado; e em razão disto, vale ressaltar que:

[...] o indivíduo hospitalizado é diferente daquele que procura o consultório, pois este traz uma demanda espontânea. Ele não possui quadros clássicos de psicopatologia, doença de ordem orgânica, agravada ou moderada, ele traz uma demanda psicológica específica. Necessita comunicar-se bem com seu médico, ou colocado de uma forma correta, necessita que seu médico se comunique adequadamente consigo, necessita informações e apoio. (GORAYEDE, 2001, p. 264).

O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao controle dos sintomas que comprometem o bem-estar do paciente e, segundo Avellar, (2006, p. 492) “a Psicologia entrou no hospital

trazendo um olhar que abre espaço para uma escuta diferenciada, na qual a história do paciente internado se torna significativa para entender a história da sua doença.”

A Psicologia Hospitalar “ainda é uma especialidade em fase de estruturação [...] e acredita-se que só a experiência pensada, sistematizada e aplicada é que poderá aprimorar o trabalho e abrir cada vez mais as portas das instituições hospitalares [...]” (ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 5).

Sabemos que a situação de internação, independente da causa e do tempo de sua ocorrência, significa para o doente e sua família um momento de fragilidade, podendo gerar angústia e mudanças no modo de pensar a vida. A partir disso, a atuação do psicólogo torna-se necessária na atenção e cuidado desse paciente, contribuindo no auxílio do enfrentamento de tal situação.

De que forma então, a Psicologia insere-se no ambiente hospitalar? Quais os recursos são aplicados no desenvolvimento desse trabalho? O objetivo de nossa pesquisa foi compreender a atuação do psicólogo no ambiente hospitalar, buscando identificar e descrever as atividades por ele desenvolvidas e os objetivos de seu trabalho, discutindo também sua inserção em equipe multidisciplinar, pois nas instituições de saúde a importância do papel de cada profissional contribui para um atendimento ao doente de forma integral e com qualidade; e o que ocorreu foi que o psicólogo inseriu-se neste contexto de forma tão emaranhada que muitas vezes não teve consciência dessa realidade (ANGERAMI-CAMON, 2013); e, por fim buscamos descrever as dificuldades encontradas e enfrentadas pela entrada da Psicologia neste ambiente, que representa uma história ainda recente, e que diante disto encontra-se ainda em construção.

A presente pesquisa buscou também alcançar e ampliar os conhecimentos referentes à atuação do psicólogo em hospitais; esperou-se a partir desta investigação explorar as informações que surgiram no seu decorrer, como quais os tipos de intervenção ele pratica, quando é mais solicitado pelas equipes, como é visto pelas equipes e quais desafios ele enfrenta no seu dia a dia

O objetivo da Psicologia Hospitalar, segundo Angerami-Camon (2010, p. 10) “é a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização”; então, buscou-se compreender e descrever de que forma isso ocorre; quais os manejos utilizados no cuidado ao doente e seus familiares ou acompanhantes e como o psicólogo é visto

pelas equipes multiprofissionais, interação que segundo constou, muito desafiadora ainda, fazendo com que o psicólogo fixe diariamente nas instituições seus saberes e práticas.

Sabemos que a humanização é fator primordial no enfrentamento da doença e melhora dos pacientes e que o psicólogo pode contribuir para esse processo; mas sabemos também que o psicólogo no contexto hospitalar enfrenta desafios e resistências, principalmente sobre a prevalência do saber médico, ainda hegemônico. Muitas vezes, o psicólogo é reconhecido como aquele que só conversa ou brinca, ou como suporte ao noticiar o óbito do doente para família; mas o que se esperou foi reconhecer esse profissional como necessário também no ambiente hospitalar, enfrentando os desafios na sua atuação; ora propostos pela equipe; ora pela instituição, sendo assim parte integrante e relevante nas discussões interdisciplinares que envolvem a aspectos da visão integral do doente, da família e da equipe.

Vale ressaltar que tal proposição acerca da atuação do psicólogo no hospital não se trata apenas de uma posição idealista, mas sim respaldada em princípio do sistema único de saúde que se espraia pelo setor privado, haja vista a sua fundamentação teórica atual, relevante e coerente também com as instituições privadas.

Portanto trata-se de um estudo que tem relevância atual, pois a psicologia hospitalar por ser ainda um campo de conhecimento novo, muito tem a ser explorado, sendo importante a verificação na prática das diferentes formas de inserção do psicólogo na instituição hospitalar, “seu fazer”; e com isso trazer a reflexão sobre a demanda explicitada e a demanda que ainda não foi explicitada para que se possa ampliar o raio de intervenções do psicólogo no hospital.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, historicamente, questões ligadas à saúde pública aparecem desde o período colonial. De paraíso tropical cercado de belezas naturais passou a ocupar lugar de difícil sobrevivência, onde as enfermidades eram muitas e os recursos poucos; assim como poucos também eram os que aceitavam aqui morar. Durante o período colonial, na ocorrência de enfermidades eram os curandeiros negros ou índios que cuidavam da população em geral. Os médicos europeus eram raros e caros (BERTOLLI FILHO, 2011).

Ainda no Brasil Colônia, em 1498, foi fundado o primeiro hospital da Santa Casa de Misericórdia,

cumprindo a promessa cristã de socorrer todos os enfermos, principalmente os mais pobres. A transposição desse ideal para os territórios colonizados por Portugal levou à criação de Santas casas nos principais núcleos brasileiros. A primeira foi fundada na vila de Santos, em 1543, seguida pelas do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da Vila de São Paulo, ainda no século XVI. Todas elas foram financiadas por doações feitas pelas elites regionais e por verbas públicas. Atualmente existem centenas de Santas Casas espalhadas por todo Brasil, atuando como um dos principais centros de assistência médica da população (BERTOLLI FILHO, 2011, p. 11).

Apesar da tentativa feita pela Corte Portuguesa em solucionar os problemas de saúde pública através de investimento em pesquisas das doenças tipificadas como males tropicais, o Brasil era reconhecido como um dos países mais insalubres do mundo e era lugar de passagem a ser evitado durante as expedições (BERTOLLI FILHO, 2011).

No final do Império, “era rudimentar e centralizada a organização sanitária brasileira, incapaz de responder às epidemias e de assegurar assistência aos doentes, sem discriminação” (PAIM, 2009, p. 27), o mais comum era que pessoas com alto recurso financeiro fossem cuidadas por médicos particulares, enquanto pobres e indigentes eram socorridos pela caridade e filantropia das casas de misericórdia.

Nos períodos compreendidos entre a Colônia e a República Velha, o desafio da saúde era erradicar as doenças pestilenciais e as doenças de massa (sífilis e tuberculose, por exemplo) e priorizar a vigilância sanitária nos comércios e portos.

De acordo com Paim (2009, p. 27) “com a proclamação da República, a responsabilidade pelas ações de saúde passou a ser atribuída aos estados. No âmbito federal, foram reunidos os serviços de saúde terrestres e marítimos na Diretoria Geral de Saúde Pública (1897)” atuando onde os estados não intervinham.

Nos períodos da ditadura (Era Vargas e Ditadura Militar), incluindo a política brasileira na fase de instabilidade democrática, os desafios da saúde pública, que já era institucionalizada com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública e posteriormente em 1953, a criação do Ministério da Saúde; compreendiam cuidar das endemias rurais (doença de Chagas e malária) e doenças modernas (doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito). Nesse período, expande-se a assistência hospitalar e surgem as empresas de saúde (PAIM et al., 2011).

Até se chegar ao que é hoje, incluindo o surgimento e o desenvolvimento dos hospitais, a atenção à saúde no Brasil, foi percorrendo um longo caminho contemplado de mudanças significativas e desafios neste percurso.

Atualmente, “o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, gerando uma combinação público privada financiada sobretudo por recursos privados” (PAIM et al., 2011, p. 19), sendo composto por três subsetores:

O subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM et al., 2011, p. 19).

2.1.1 O subsistema público de saúde

Em 1990, houve a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido pela constituição de 1988 e normatizado pela aprovação da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 que se referia às atribuições e organização do SUS e a lei 8142/90 que veio como forma de complementação à anterior no que se refere ao repasse de financiamento e ao controle social. Dois anos depois, ocorreu, a retomada da Reforma

Sanitária e a partir daí, em 1994 o aumento da descentralização dos serviços de saúde. Sobre isso, Paim e outros (2011, p. 19) explicam que:

A descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira, iniciado pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. Esse novo acordo federativo deu mais autonomia aos municípios, mas também expandiu os recursos e controles do nível federal. A saúde foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal. A descentralização do sistema de saúde foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo.

Segundo Paim (2009, p. 27), “muito antes da existência do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bastante confusa e complicada. Havia uma espécie de *não-sistema de saúde*, com certa omissão do poder público”, sem integração com a medicina previdenciária, nem com a saúde do trabalhador, já que “viviam em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública, e por outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho[...]” (PAIM, 2009, p. 31), coexistindo “as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial”(PAIM, 2009, p. 31).

2.1.1.1 O sistema único de saúde e suas diretrizes

Segundo Paim e outros (2009, p. 27), “em 1988, a Constituição brasileira reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS, que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social”. Tal reconhecimento foi possível após lutas políticas e a atuação do Movimento pela Reforma Sanitária, que teve como característica fundamental “o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais” (PAIM et al., 2011, p. 11).

A implantação do SUS ocorreu de forma complexa, pois além de simultânea ao processo de democratização, “aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado” (PAIM et al., 2011, p.11), haja vista o apoio

estatal dado aos setores privados que concentravam os serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas do país (PAIM et al., 2011).

O SUS é integrado por um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, e:

ainda de acordo com a Constituição, seria organizado a partir de três orientações fundamentais ou diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera do governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade (PAIM, 2009, p. 49).

Sobre a descentralização, “um dos argumentos mais utilizados para justificar essa diretriz diz respeito ao fato de que as pessoas moram nos municípios, não na União” (PAIM, 2009, p. 49). Dessa forma, devido às diversidades regionais que o Brasil possui, incluindo aí realidades sociais, demográficas e sanitárias, melhor seria que os problemas de saúde fossem resolvidos em cada local, onde as pessoas residissem, e com isso:

as decisões não devem estar centralizadas em Brasília, sede do governo federal. As decisões do SUS seriam tomadas em cada município, estado e Distrito Federal, por meio das respectivas secretarias de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde coordenar a atuação no âmbito federal (PAIM, 2009, p. 49).

O atendimento integral enquanto diretriz do SUS, “envolve a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Mas, além de ser integral, o atendimento do SUS deve priorizar as atividades preventivas” (PAIM, 2009, p. 50). Tais ações são necessárias e importantes na medida em que evitam o adoecimento das pessoas, previnem riscos de acidentes ou outros agravos. E algumas formas de prevenção compreendem a oferta de vacinas, as campanhas de combate ao mosquito da dengue, controle da qualidade do ar ou da água, e dos alimentos, por exemplo; nestes casos, é função do sistema de saúde:

garantir uma assistência efetiva e de qualidade, capaz de resolver esses problemas tão logo apareçam. Essa diretriz do SUS, que busca compatibilizar ações preventivas e curativas, individuais ou coletivas, é conhecida como integralidade da atenção (PAIM, 2009, p. 50).

E essa garantia independe do cuidado prestado à pessoa já doente, ou seja, “não sendo possível eliminar as doenças, violências e acidentes, sempre se faz necessário e inadiável assegurar o cuidado oportuno para as pessoas” (PAIM, 2009, p. 50).

A prática do atendimento integral representa um modo novo de atenção e cuidado, conforme vão surgindo necessidades específicas das pessoas, de acordo com o bairro ou a cidade que ocupam (PAIM, 2009).

A participação da comunidade nas ações relacionadas à saúde, constitui uma diretriz que reflete as premissas da Constituição Federal de 88, considerada a Constituição Cidadã, pois “antes mesmo de estabelecer artigos relacionados com a saúde, apresentava como fundamental o princípio da dignidade da pessoa humana [...] que deve anteceder quaisquer questões na sociedade brasileira [...]”(PAIM, 2009, p. 51); a respeito disso, Paim (2009, p. 51) argumenta ainda que essa diretriz “expressa uma orientação para democratizar os serviços e decisões em relação à saúde. Trata-se de uma recomendação de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), para o desenvolvimento de sistemas de saúde[...]; e mais além, representa a “superação do autoritarismo impregnado nos serviços e práticas de saúde desde os governos militares, criando espaços para o envolvimento dos cidadãos nos destinos do sistema de saúde” (PAIM, 2009, p. 51), assegurando o controle social sobre o SUS, o que antes não existia.

2.1.1.2 A organização da oferta do serviço de saúde

De acordo com Paim (2009, p. 43), “a proposta do SUS está vinculada a uma ideia central: todas as pessoas têm direito à saúde. Este direito está ligado à condição de cidadania”, o que significa dizer que não é necessário avaliar quem busca pelo atendimento de saúde conforme o poder aquisitivo, conforme algum mérito, conforme condição de pobreza ou por caridade, ou ainda conforme a inserção no mercado de trabalho; desta forma o SUS abrange uma “sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios” (PAIM, 2009, p. 43) e com acesso universal, ou seja, “significa a possibilidade de todos os brasileiros poderem alcançar uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural” (PAIM, 2009, p. 45) e isso prevalece para todos: índios, negros, quilombolas, iletrados ou de qualquer orientação sexual.

Em relação ao acesso igualitário, o serviço de saúde é fornecido igualmente para todos, sem discriminação ou preconceito, “quer dizer que a igualdade é um valor importante para a saúde de todos” (PAIM, 2009, p. 45) embora em situações “que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades, impedindo de atingir a igualdade” (PAIM, 2009, p. 45).

Tanto o acesso universal quanto o acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação previstos na Carta Magna, permitem o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde, e esta integração de conjunto de ações e serviços públicos de saúde formam uma organização em rede, de forma regionalizada e hierarquizada (PAIM, 2009, p. 47).

Mendes (2010, p. 2300) conceitua redes de atenção à saúde:

São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Desse modo, explica que “todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário” (MENDES, 2010, p. 2300).

Paim (2009, p. 48) complementa que:

No caso do setor de saúde, a ideia de rede supõe certa ligação ou integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de forma isolada, autarquizada, ou seja, sem comunicação entre si[...]. No SUS não há proprietário único, posto que os estabelecimentos públicos de saúde pertencem aos municípios, estados, Distrito Federal e União, ao passo que os serviços particulares contratados são de propriedade privada [...].

Para a constituição da rede são necessários três elementos: “a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde” (MENDES, 2010, p. 2300). O primeiro elemento desta constituição é a população, significando sua razão de ser, de existir, “colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica” (MENDES, 2010, p. 2300), e cuja habilidade de atenção do sistema está em atender suas demandas de acordo com sua cultura e preferências e de seus territórios singulares. “Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser plenamente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes” (MENDES, 2010, p. 2300), tratando-se de uma tarefa complexa e estruturada “em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária” (MENDES, 2010, p. 2301) envolvendo dentre os fatores, “o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócios-sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família[...].” (MENDES, 2010, p. 2301).

O segundo elemento componente da rede de atenção à saúde, de acordo com Mendes, é “a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.” Nesta estrutura estão contidos o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, compreendendo a atenção primária de saúde; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; o sistema logístico e finalmente, o sistema de governança da rede de saúde (MENDES, 2010, p. 2301).

O terceiro elemento constitutivo da rede de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde, que compreendem, segundo Mendes (2010, p. 2301):

aos sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Em relação à visão epidemiológica “a necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde”, (MENDES, 2010, p.2301) compreendendo modelos para as condições agudas e crônicas de saúde; e em relação às situações demográficas, a regionalização da rede, conforme Paim (2009, p. 48), “possibilita que a distribuição dos estabelecimentos de saúde (centros de saúde, ambulatórios, laboratórios, hospitais etc.) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados” e oposto a isso, os serviços especializados permaneçam concentrados e centralizados. Dessa forma, Paim (2009, p. 48) explica que:

A regionalização corresponde a um dos princípios organizativos do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento.

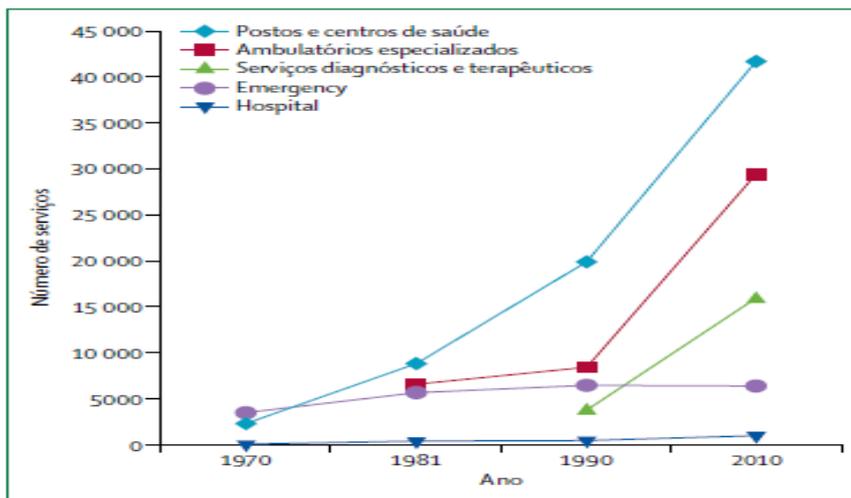
Quanto à organização dos serviços de saúde, de acordo com Mendes (2010, p. 2303) “há na literatura internacional [...] evidências de boa qualidade que as redes de atenção podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos do sistema de atenção à saúde.” São resultados positivos “na atenção às pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes;

no aumento da satisfação dos usuários; no controle de doenças cardiovasculares; no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados” (MENDES, 2010, p. 2303)

No Brasil, conforme descreve Mendes (2010) ainda não existem avaliações robustas em relação ao tema das redes de atenção à saúde, mas casos estudados “de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorre em países desenvolvidos, podem ter impacto significativo nos níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS” (MENDES, 2010, p. 2303).

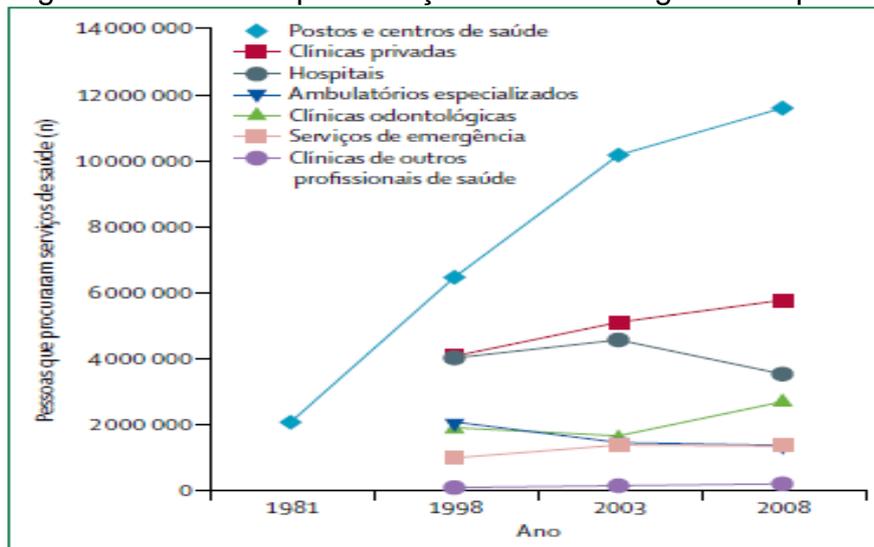
Os gráficos abaixo ilustram a evolução da oferta de saúde no Brasil até o ano de 2010, de acordo com os tipos de serviços existentes, e os serviços de saúde mais procurados de acordo com os tipos de serviços ofertados, tendo como última referência o ano de 2008.

Figura 1 -Tipos de serviços de saúde no Brasil, 1970–2010



Fonte: Paim et al., 2011

Figura 2 -Demanda por serviços de saúde segundo o tipo de serviço



Fonte: Paim et al., 2011

2.1.1.2.1 A atenção básica

Segundo Paim e outros, 2011, p. 21, “o desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS.” Isso devido ao impulso no processo de descentralização e destaque de programas inovadores que ofertam acesso universal e serviços abrangentes, além de “coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado (p. ex., assistência especializada e hospitalar), bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças” (PAIM et al., 2011, p. 21).

Uma das propostas de atenção primária de saúde mais abrangentes refere-se ao Programa de Saúde da Família (PSF), que foi estruturado a partir de 1994 pelo do Ministério da saúde. O programa reflete uma estratégia do governo para o modelo de assistência em saúde do SUS e busca:

a integração entre ações preventivas e curativas para cada seiscentas a mil famílias em territórios definidos, contando com o trabalho de equipes constituídas, basicamente, por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (PAIM, 2009, p. 76).

Alguns resultados positivos de investimentos no Programa de Saúde da Família demonstraram que “Em 2008, 57% dos brasileiros referiram a atenção básica como serviço de saúde de uso habitual” (PAIM et al., 2011, p. 23); além disto:

alguns usuários das unidades de saúde da família afirmaram que os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos quando feitos por uma equipe de saúde da família e que o tempo de espera é mais curto que

nos casos de encaminhamentos feitos por outras fontes (PAIM et al., 2011, p. 23).

Utilizado como estratégia para a reorganização da atenção básica, o PSF passa por diversos estudos para sua avaliação, o que tem contribuído para a constante reorientação do sistema de saúde e modificações nas formas de atenção, que em alguns municípios ainda enfrenta dificuldades; pois o PSF “encontra-se consolidado apenas nos municípios de pequeno porte e com pouca ou nenhuma capacidade instalada de serviços de saúde, servindo para a expansão de cobertura de serviços de saúde”(PAIM, 2009, p. 77). Quando se trata de capitais e grandes centros urbanos, o que se tem como uma das dificuldades para sua consolidação é a:

exclusão de grandes parcelas da população dos serviços de saúde, complexos perfis de saúde-doença e redes assistenciais desarticuladas. Mesmo as unidades de saúde da família têm experimentado problemas semelhantes aos serviços de saúde convencionais, apresentando dificuldades para enfrentar novas questões postas para a promoção de saúde, para a prevenção de danos e riscos e para o cuidado integral, incluindo os aspectos psicossociais (PAIM, 2009, p. 77).

Uma das propostas da organização do sistema é o avanço na regionalização da rede de serviços, “mas um dos maiores desafios para o SUS reside na reestruturação do modelo de atenção, particularmente no que concerne à equidade, qualidade, humanização e integralidade da atenção” (PAIM, 2009, p. 78) e para:

abordar semelhantes problemas, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, o governo lançou, em 2006, a *Política Nacional de Atenção Básica* e, em 2008, os *Núcleos de Apoio à Saúde da Família* (NASF). Tais equipes multiprofissionais se associam ao PSF para expandir a cobertura e o escopo da atenção básica e apoiar o desenvolvimento das redes de referência e contrarreferência regionais (PAIM et al., 2011, p. 23).

Nos municípios que adotaram o PSF como estratégia na atenção básica, aproximando-se também de mudanças no sistema municipal de saúde, que contemplam propostas de vigilância em saúde, oferta organizada e acolhimentos, ou seja, “articulações de educação sanitária, vigilância epidemiológica e sanitária, assistência a grupos populacionais prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea [...]” (PAIM et al., 2011, p. 23) ,o que experimentou-se foi um modelo que combina tecnologias e forças favoráveis à mudanças (PAIM, 2001).

2.1.1.2.2 A atenção secundária

A atenção secundária compreende a prestação de serviços especializados, sendo esse um dos pontos de grande dificuldade de operacionalização, haja vista que “a prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada

e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados” (PAIM et al., 2011, p. 24). Alguns fatores que contribuem para isso são, por exemplo, a pouca regulamentação do setor, a prevalência de procedimentos de alto custo em detrimento de procedimentos de média complexidade, além da forte dependência de contratos do setor privado, sobretudo “no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual” (PAIM et al., 2011, p. 24).

Ainda assim, a oferta de serviços ambulatoriais especializados foi crescente nos últimos dez anos motivado, por um lado, pela Lei da Reforma Psiquiátrica, que fez com que a desinstitucionalização implementasse serviços ambulatoriais como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pois de acordo com Guljor; Pinheiro e Silva Júnior (2006, p. 119), “o processo complexo da desinstitucionalização demanda uma gama de intervenções concretas e subjetivas, da ordem clínica, do planejamento e gestão[...]”; e os serviços de residências terapêuticas (SRT) para pacientes de longa internação procedentes de hospitais psiquiátricos, sendo que cerca de 20.000 leitos foram reduzidos; e por outro lado ainda, na atenção secundária houve a criação de centros de especialidades odontológicas, serviços de aconselhamento aos portadores de HIV/AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, serviços de reabilitação e centros de referência em saúde do trabalhador; além da criação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) com a finalidade de reduzir a demanda das emergências hospitalares. Isso tudo articulado com o SAMU que conta com ambulâncias, motos, helicópteros e até embarcações equipadas para suporte básico e avançado, cobrindo mais de 50% da população brasileira nos casos de assistência às emergências domiciliares (PAIM et al., 2011, p. 24).

Ainda de acordo com Paim e outros(2011, p. 24), “com a reforma no sistema de saúde, a tendência tem sido estruturar subsistemas paralelos dentro do SUS para atender a necessidades específicas, o que leva as dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado” e um dos movimentos para isso foi a criação pelo Ministério da Saúde em 2007, de uma diretoria responsável por integrar a atenção básica, a vigilância em saúde, os serviços especializados e de emergência para melhorar a gestão clínica e de recursos, bem como a promoção de saúde (PAIM et al., 2011, p. 24).

2.1.1.2.3 A atenção terciária

Conforme definição do Ministério da Saúde, o conceito de hospital é:

[...] a parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente. (BRASIL, 1977, p. 3.929).

São estabelecimentos classificados sob alguns aspectos, como o porte (capacidade de atendimento) e perfil assistencial, de acordo com o porte (NEGRI FILHO; BARBOSA, 2014, p. 43):

Pequeno porte*: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.

Médio porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos.

Grande porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos.

Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.

*O Ministério da Saúde, em 1.º de junho de 2004, editou a Portaria GM n. 1.044, que instituiu política especial para organização e apoio financeiro para Hospitais de Pequeno Porte, na qual considerou apenas os hospitais com 5 a 30 leitos, o que pode gerar conflito de entendimento quando se usa a expressão "hospital de pequeno porte".

Segundo Negri Filho e Barbosa, (2014, p. 43) o perfil assistencial, obedece a seguinte classificação:

Perfil assistencial dos estabelecimentos: Hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

Nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: Hospital de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).

Papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: Hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

Regime de propriedade: Hospital público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos) (NEGRI FILHO; BARBOSA, 2014, p. 43, grifo dos autores).

De acordo com Paim et al. (2011, p. 26) "o Brasil tem 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público; 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos". Ainda, de acordo com o autor:

Entre 1968 e 2010, foram criadas 39.518 unidades de atenção básica (postos e centros de saúde). Nos últimos 10 anos, o modelo de cuidado foi modificado, com aumentos no número de serviços ambulatoriais especializados (29.374 clínicas em 2010) e de serviços de apoio diagnóstico

e terapêutico (16.226 em 2010). Entre 1990 e 2010 o número de hospitais – especialmente hospitais privados – diminuiu (PAIM et al., 2011, p. 25).

Portanto, “na sua grande maioria, as unidades de atenção básica e as de emergência são públicas, enquanto os hospitais, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) são majoritariamente privados”(PAIM et al., 2011, p. 25), e ainda assim, “a oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente. Em 1993, a densidade de leitos hospitalares no Brasil era de 3,3 leitos por 1.000 habitantes, indicador que caiu para 1,9 por 1.000 habitantes em 2009” (PAIM et al., 2011, p. 26), e de acordo com o autor ainda, entre os anos de 1981 a 2007, consta uma redução na taxa de internação hospitalar, embora a população tenha crescido e envelhecido; isso, segundo ele, deve-se à redução de internações financiadas pelo setor público, considerando que:

o Ministério da Saúde restringiu as despesas hospitalares por estado, limitando o pagamento de internações segundo o tamanho da população, fato que poderia explicar parcialmente a redução no acesso ao cuidado hospitalar e a subutilização da assistência hospitalar por pessoas que dependem de serviços financiados com recursos públicos (PAIM et al., 2011, p. 27).

E observando uma crescente parte da população que possui planos privados de saúde, utilizando-se dos serviços hospitalares, ou seja, as taxas de internação são consideravelmente mais altas no subsetor privado.

2.1.1.2.4 A atenção terciária no SUS

Segundo Paim e outros (2011, p. 25), “a atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo, realizados predominantemente por prestadores privados contratados e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado”. Assim, como em diversos sistemas de saúde no mundo, o Brasil ainda enfrenta desafios na assistência hospitalar no que diz respeito ao controle dos custos, aumento da eficiência, qualidade no atendimento e na segurança do paciente, entre outros; e de acordo com o autor, “o sistema de saúde brasileiro não é organizado como uma rede regionalizada de serviços e não existem mecanismos eficazes de regulação e de referência e contrarreferência” (PAIM et al., 2011, p. 25), Negri Filho e Barbosa (2014, p. 42) complementam afirmando que :

abordar o hospital no contexto de construção e qualificação das redes regionais de atenção à saúde no Brasil pressupõe, de início, reconhecer que existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS, a qual

apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e à natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois aí carece de qualidade resolutiva enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga.

Apesar dos aspectos citados, “existem no SUS políticas específicas para alguns procedimentos de alto custo (p. ex., o sistema de gerenciamento de listas de espera para transplantes de órgãos)” (PAIM et al., 2011, p. 25) e algumas especialidades estão sendo organizadas em formato de redes: cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos (PAIM et al., 2011, p. 25).

Conforme Paim e outros (2011, p. 25), alguns “obstáculos estruturais, procedimentais e políticos, como desequilíbrio de poder entre integrantes da rede, falta de responsabilização dos atores envolvidos, descontinuidades administrativas e a alta rotatividade de gestores por motivos políticos” contribuem para dificultar a organização de redes através do fortalecimento do PSF. Uma das dificuldades refere-se ao acesso às vagas hospitalares, pois:

a probabilidade de um paciente ser internado num hospital aumenta com a disponibilidade de leitos e de unidades de atenção básica e diminui com a distância entre o município onde vive o paciente e o local onde o serviço está disponível. Essa situação é preocupante, pois uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente vive (PAIM et al., 2011, p. 25).

Ocasionalmente com isso, menores possibilidades de internação em municípios mais pobres em detrimento do acesso aos leitos nos municípios mais ricos, o que exige conforme Paim e outros (2011, p. 25), “políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso.” O autor complementa explicando que “a regulação do SUS tem sido influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos associados ao movimento pela reforma sanitária” (PAIM et al., 2011, p. 25), e que “alguns mecanismos regulatórios existentes ainda não foram promotores de mudanças significativas no contexto da assistência hospitalar” (PAIM et al., 2011, p. 25).

2.1.2 O subsistema privado de saúde

Segundo Paim e outros (2011, p. 20), “o subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público oferecendo serviços terceirizados pelo SUS, serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto, medicamentos e planos e seguros de saúde privados”, e tem participação de financiamento parcial do SUS, isso promovido historicamente pelas políticas de saúde que estimularam a iniciativa privada representada por empresas comerciais, através de firmação de convênios, remuneração de clínicas de diagnósticos e terapêuticas especializadas, cujos usuários em grande parte são trabalhadores de empresas públicas e privadas. “A demanda por planos e seguros de saúde privados vem especialmente de trabalhadores de empresas públicas e privadas que oferecem tais benefícios a seus funcionários”(PAIM et al., 2011, p. 20) e segundo o autor:

Os planos de saúde privados atendem fundamentalmente uma população mais jovem e saudável e oferecem planos com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde. Como a demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa, a qualidade do cuidado e das instalações disponíveis aos empregados de uma mesma empresa pode variar consideravelmente, desde planos executivos que oferecem uma gama maior de serviços até planos básicos direcionados aos empregados situados mais abaixo na hierarquia ocupacional (PAIM et al., 2011, p. 20).

O mercado de planos de saúde e seguros de saúde privados concentra-se na região Sudeste, onde são concretizados 65,5 % dos contratos, além disso, são poucas as empresas que dominam o setor. Entre 1.017 das empresas de planos privados, apenas 8% oferecem serviços à 83% da população contratante (PAIM et al., 2011); e conforme o autor:

Ainda assim, como a expansão contínua do subsetor privado é subsidiada pelo Estado, o subsetor público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços (PAIM et al., 2011, p. 20).

No ano 2000, ocorreu a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o intuito de mediar a regulação do mercado de saúde privada no país, além de garantir sua regulamentação legal e administrativa (PAIM et al., 2011), um exemplo da intervenção estatal nesse mercado foi a Lei 9.656/98, “que tornou ilegais a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes, e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos”(PAIM et al., 2011, p. 20).

Embora as pessoas que utilizam planos privados de saúde acreditam ter mais acesso aos serviços de saúde e de forma rápida, é através do SUS que utilizam os serviços de vacinas, hemodiálise e transplantes, ou seja, serviços de alto custo e alta complexidade (PAIM et al., 2011, p. 20).

2. 2 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

O termo humanização, utilizado no âmbito da saúde, designa a ideia de uma forma de prestar assistência que valoriza o cuidado ao paciente, associando esse cuidado a técnica, a cultura, a subjetividade e os direitos do paciente; além do reconhecimento da equipe de profissionais (DESLANDES, 2004).

A legitimação do termo, segundo Deslandes (2004, p. 8):

ganha novo status quando, em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro do mesmo ano. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina *promover uma nova cultura de atendimento à saúde* (MS, 2000) no Brasil.

Objetivando primordialmente aprimorar o atendimento hospitalar promovendo a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, o Programa “foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico (provisoriamente intitulada “Humaniza Sus”)” (DESLANDES, 2004, p. 8) e constituindo ainda um amplo conjunto de iniciativas, que mais se aproxima de diretrizes de trabalho, dando “voz a demandas antigas na saúde [...]” (DESLANDES, 2004, p. 8), por exemplo, a melhoria da relação entre paciente e profissionais de saúde.

Porém, segundo Deslandes (2004, p. 8), “como ainda não são consensuais os contornos teóricos e mesmo operacionais do que se convencionou designar como humanização, sua abrangência e aplicabilidade não estão inteiramente demarcadas”, e isso dificulta que surjam novas práxis na assistência, tendo que se considerar ainda “a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção” (DESLANDES, 2004, p. 9).

Quanto à “organização e estrutura das instituições de saúde, segundo a OMS (2000), o novo papel dos hospitais, exige deles um conjunto de características” (BRASIL, 2011, p.13):

Ser um lugar para manejo de eventos agudos;
 Deve ser utilizado exclusivamente em casos que haja possibilidades terapêuticas;
 Deve apresentar uma densidade tecnológica compatível com suas funções, o que significa ter unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo; unidades de internação; centro cirúrgico; unidade de emergência; unidade de apoio diagnóstico e terapêutico; unidade de atenção ambulatorial; unidade de assistência farmacêutica; unidade de cirurgia ambulatorial; unidade de hospital dia; unidade de atenção domiciliar terapêutica, etc.;
 Deve ter uma escala adequada para operar com eficiência e qualidade;
 Deve ter um projeto arquitetônico compatível com as suas funções e amigável aos seus usuários (BRASIL, 2008, apud BRASIL, 2011, p. 13).

Deslandes (2004, p. 10) expõe que “há um diagnóstico sobre o divórcio entre possuir boas condições de alta tecnologia e nem sempre dispor da delicadeza do cuidado, o que desumaniza a assistência”, e “por outro lado, se reconhece que não ter recursos tecnológicos, quando estes são necessários, pode ser um fator de estresse e conflito entre profissionais e usuários, igualmente desumanizando o cuidado”.

Ao contrário do que se estabelece, a rede hospitalar brasileira encontra-se em grande parte divergente dessas exigências, pois se observa uma heterogeneidade quanto aos complexos tecnológicos, em relação à prestação de serviços e ainda desequilíbrio regional, estando as grandes instituições concentradas nas regiões sul e sudeste do país. Sendo assim, implementar políticas que contemplem as reformas necessárias na atenção hospitalar, torna-se um dos grandes desafios do SUS (BRASIL, 2011).

E a tentativa de implementação dessas novas políticas “na busca de novas perspectivas para o setor hospitalar brasileiro, tem-se apontado para algumas estratégias comuns ao conjunto dos hospitais de forma a induzir maior eficiência sistêmica ao SUS” (BRASIL, 2008 apud BRASIL, 2011, p. 14). São elas: “a garantia de acesso, a humanização dos serviços, a inserção na rede SUS, a democratização da gestão e a contratualização hospitalar” (BRASIL, 2008 apud BRASIL, 2011, p. 14).

Quanto à formação biomédica, na humanização:

O desafio é resgatar a integralidade do cuidado ao indivíduo, promovendo a rearticulação do trabalho parcelado, ao tempo em que se promove a humanização do cuidado, em verdade uma requalificação das relações entre equipe de saúde e usuários do sistema, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2008 apud BRASIL, 2011, p. 12).

Deslandes (2004, p. 3) complementa explicando que:

O documento oficial do Programa (MS, 2000) inicia sua argumentação a partir de um diagnóstico de insatisfação dos usuários que diz respeito, sobretudo, aos aspectos de relacionamento com os profissionais de saúde. Essa avaliação ratifica o imaginário social e a opinião pública ao confirmar que, em “número significativo”, não seriam só precários, mas desrespeitosos e mesmo violentos os cuidados dispensados nos serviços públicos de saúde.

E quando se fala em cuidados violentos, refere-se à “negação do outro, onde são rompidos os contratos básicos de sociabilidade. E, diga-se de passagem, manifestações de violência também podem ter o usuário como agressor [...]” (DESLANDES, 2004, p. 9).

Outro modo de violência segundo a autora, é a violência simbólica, que consiste no “não reconhecimento das necessidades emocionais e culturais dos usuários (e da imposição de certos valores morais e comportamentos), seu exercício perpassa a própria historicidade dessa organização” (DESLANDES, 2004, p. 9), e isso representa no hospital moderno, uma herança constituída por uma “marca histórica de sua constituição organizacional” que é, segundo Foucault, 1977; Rosen, 1979 (apud DESLANDES, 2004, p. 9):

impor aos “pacientes” o isolamento, a despersonalização e a submissão disciplinar de seus corpos (e subjetividades) a procedimentos e decisões que sequer compreendem. Em outras palavras, essa forma de tratar o “doente”, que em nome da “rigorosa prática científica” aparta-o de seu convívio familiar e social e não lhe reconhece discernimento ou competência para tomada de decisões, constituiu, por muito tempo, a tônica da cultura organizacional hospitalar.

Avellar (2006, p. 492) complementa que:

A medicina moderna, em especial a medicina hospitalar que tem por objeto os casos agudos e de emergência, acaba por deixar em segundo plano o sofrimento psíquico decorrente da doença e da possibilidade da morte e muitas vezes não abre um espaço de escuta para a ruptura provocada no momento anterior e no posterior à doença, nem para os danos psicológicos provocados pelo processo do adoecimento.

Uma das propostas da humanização é reverter a violência simbólica, que se revela principalmente pela insatisfação e dor de não ter suas demandas e expectativas atendidas quando se busca atendimento hospitalar, pela adoção de “um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores”, onde se “busca instituir uma ‘nova cultura de atendimento’ ” (DESLANDES, 2004, p. 9).

Referente às relações de trabalho e a sua lógica da produção, de acordo com Reis, Marazina e Gallo (apud PEREIRA; FERREIRA NETO, 2015, p. 74):

Uma política de humanização efetiva só pode ser compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde” (Reis, Marazina e Gallo, 2004, p. 42). Nesse tocante, para que uma intervenção na modalidade proposta pela PNH tenha efeito de contágio ela não pode se restringir a ações de grupos isolados, departamentos específicos, equipes bem intencionadas ou gestores implicados; ela deve incluir planos diretores, planejamentos dos serviços, intervenções das equipes e acolhimento dos usuários.

Nessa perspectiva a gestão participativa se constitui como uma das ferramentas para a intervenção nesse processo, que de acordo com Pereira e Ferreira Neto (2015, p. 74) “[...] propõe uma mudança de paradigma gerencial e a descentralização das decisões nos diversos níveis da instituição, com a consequente abertura à participação e à democratização do poder”, que representa e inclui uma administração pautada no “pensar e fazer coletivo, sendo portanto , uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde”(BRASIL, 2009, p. 10); e dessas relações fazem parte um sistema de matrizes que objetivam traçar metas e parâmetros vislumbrados pela Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de demonstrar:

uma compreensão de como se materializam os processos da/na PNH, com o cuidado de reafirmar que não se intenciona uma previsão abstrata de ações e resultados (abstrato no sentido de pretensas prescrições genéricas para serem cumpridas), mas também não deixando parecer que se trabalha no “vazio de metas e resultados”. E, sobretudo, chamando a atenção (na ótica do planejamento e gestão) para algumas condições político-institucionais que precisam ser criadas para viabilizar as ações e as mudanças esperadas (BRASIL, 2008 apud BRASIL, 2011, p.18).

O conjunto de diretrizes torna-se então, “referenciais sustentadores das mudanças propostas no âmbito da atenção e da gestão” (BRASIL, 2011, p. 20), e o que se vive hoje são momentos em que é necessário:

avançar na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados. Por um lado, há a necessidade da melhoria organizativa como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde através da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e descentralização de ações. De outro lado, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade (BRASIL, 2008 apud BRASIL, 2011, p. 15).

Diante disto, vale ressaltar o papel do hospital numa discussão que o define como efetivamente social e alinhado com uma política de atenção voltada ao usuário que busca um atendimento humanizado, que atenda suas expectativas de cuidado diante da doença e de suas fragilidades.

2.3 A PSICOLOGIA E O HOSPITAL

2.3.1 A psicologia no contexto da saúde

Historicamente, a prática da psicologia baseou-se em atendimentos individualizados em consultórios particulares, escolas e empresas, tornando a profissão de psicólogo um tanto quanto específica para atendimento psicoterápico e aplicação de testes psicológicos. Tratar das questões pertinentes ao bem-estar psicológico apesar de ter sua importância reconhecida era ainda acessível somente aos que dispunham de recursos.

A chamada Psicologia Aplicada iniciou um processo de mudança na década de 70, quando o Brasil vivia um período de repressão política e cultural, culminando nos movimentos sociais que reivindicavam melhorias nas condições de vida (saúde, educação, moradia, emprego, etc.). Nesse contexto, a psicologia inseria-se e tornava-se mais atuante, agregando referenciais teóricos da antropologia, história, educação e serviço social, incorporando mais na atuação acadêmica, contribuindo dentro das universidades na elaboração de uma formação mais questionadora mediante as transformações sociais (FREITAS, 1996). Richmund, 1979 (apud BATISTA E DIAS, 2010, p. 3), complementa que “a Psicologia na saúde surge na década de 1970, em uma época de transformações radicais no conceito de saúde”, culminando a superação do modelo biomédico centrado na doença.

As novas atuações dos psicólogos os levavam a participar de discussões sobre quais políticas públicas eram necessárias implementar, como exemplo “[...] a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento à VIII CNS e ao I e II Encontros de Coordenadores de Saúde Mental da região Sudeste em 1985 e 1987 [...]” (DIMENSTEIN, 1998, p. 63).

Segundo Dimenstein (1998, p. 68), “[...] o campo da saúde pública, sobretudo a saúde mental, configurou-se como um grande pólo de absorção de psicólogo”, e:

com o surgimento dos primeiros movimentos de mudança do quadro precário de assistência psiquiátrica no País, a partir de investimentos de serviços substitutivos ao manicômio, como também com a formação e a contratação de pessoal capacitado para operar o novo modelo de assistência em saúde mental, abriu-se um vasto campo de trabalho para o psicólogo nesse contexto, que atribuía às equipes multiprofissionais um papel fundamental de transformação das velhas estruturas e como condição sine qua non para a

concretização dos serviços extra-hospitalares tais como os centros e os ambulatórios de saúde. O psicólogo passou a ser considerado um profissional capaz de contribuir para a promoção da saúde mental, na medida em que tinha acesso a um instrumental teórico prático que poderia ser de grande utilidade na identificação e na abordagem de situações consideradas de risco, ou seja, propiciadoras de transtornos mentais (DIMENSTEIN, 2012, p. 235).

A partir daí, nota-se um interesse pelos órgãos públicos na contratação de psicólogos, especialmente nos níveis municipais e estaduais. Nos anos 80, a absorção destes profissionais na saúde pública aumentou devido à priorização na formação de equipes multiprofissionais como instrumento para melhoria da qualidade no atendimento e valorização do profissional de saúde. Essa tendência originou nas equipes um papel decisivo na promoção da reforma do sistema de saúde, além de atrair profissionais que antes eram alheios ao serviço público. A categoria dos psicólogos representou uma das que mais se beneficiou com este movimento, contabilizando o maior número de profissionais para trabalhar nas instituições públicas nas últimas décadas (DIMENSTEIN, 2012).

Com isso, houve uma significativa expansão na atuação do psicólogo, que antes limitava-se apenas às instituições de saúde mental e atualmente:

A Psicologia dispõe de conhecimentos para a atuação em equipes multidisciplinares, desenvolvendo ações coletivas com usuários, familiares, redes sociais e comunidades. A principal contribuição do trabalho do psicólogo é proporcionar a não alienação do paciente no processo saúde-doença, não exclusão de seu ambiente social uma vez que a vida social é fator importante no processo de recuperação. Assim, a Psicologia atua com foco na atenção, promoção, prevenção de saúde, não apenas nos casos de doença, mas nas ações que visam melhoria da qualidade de vida (CFP, 2013, p. 10).

2.3.2 A psicologia hospitalar e a psicologia da saúde

O termo psicologia hospitalar, é uma denominação que se refere ao trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares, sendo empregado apenas no Brasil. Em outros países a terminologia empregada é a psicologia da saúde, já consolidado na Europa, nos Estados Unidos e nos países da América Latina, constituindo um termo mais abrangente, que “leva-nos a refletir sobre a prática profissional centrada na intervenção primária, secundária e terciária” (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 49). Conforme as autoras:

A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam na saúde e na doença (APA, 2003). Na pesquisa contemporânea e no ambiente médico, os psicólogos da saúde trabalham com diferentes profissionais sanitários, realizando pesquisas e promovendo a intervenção clínica. Complementar

a essa definição, o Colégio Oficial de Psicólogos da Espanha (COP, 2003) conceitua a Psicologia da Saúde como a disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos, mentais ou qualquer outro relevante para os processos de saúde e doença (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 49).

Desta forma, engloba o trabalho do psicólogo em diferentes contextos: em instituições de saúde, centros de saúde comunitários, organizações não governamentais e ainda no próprio domicílio do doente (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 49).

Sua atuação se dá,

com base no modelo biopsicosossocial, utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-comunitária (Remor, 1999). Por isso, o trabalho com outros profissionais é imprescindível dentro dessa abordagem. Essa área fundamenta seu trabalho principalmente na promoção e na educação para a saúde, que objetiva intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema de âmbito sanitário (CASTRO; BORNHOLDT, 2004, p. 50).

Castro e Bornholdt (2004), ainda expõem que a psicologia da saúde representa um trabalho multiplicador, visto que proporciona através de sua atuação, uma capacitação para a comunidade no intuito de alcançar um cuidado em saúde que vai além do realizado pelas instituições.

Angerami-Camon (2011, p. 6) complementa que:

A psicologia da saúde talvez seja a própria consequência lógica das transformações pelas quais passa a sociedade, desembocando em sua área de abrangência os anseios de todos aqueles que clamam pela construção de um modelo teórico de atuação inerente à realidade do paciente.

2.3.3 A psicologia no contexto hospitalar e suas práticas

No Brasil, a consolidação da psicologia hospitalar ocorreu na década de 1980 com a entrada de psicólogos nos hospitais públicos. A absorção destes profissionais na saúde pública aumentou devido à priorização na formação de equipes multiprofissionais como instrumento para melhoria da qualidade no atendimento e valorização do profissional de saúde.

Essa tendência originou nas equipes um papel decisivo na promoção da reforma do sistema de saúde, além de atrair profissionais que antes eram alheios ao serviço público.

A categoria dos psicólogos representou uma das que mais se beneficiou com este movimento, contabilizando o maior número de profissionais para trabalhar nas

instituições públicas nas últimas décadas (DIMENSTEIN, 2012). Porém cabe destacar antes de tudo isso, o pioneirismo das psicólogas Dra. Mathilde Neder em 1954, atuando na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, iniciando um trabalho de acompanhamento de pacientes e desenvolvendo experiências no campo da psicoterapia breve e terapia familiar e Dra. Belkiss Romano Lamosa que disseminou e institucionalizou os serviços de psicologia hospitalar no Brasil, além de organizar o primeiro evento nacional de psicólogos interessados na área, em 1974 (BAPTISTA E DIAS, 2010).

Ao longo dos tempos, Nigro (2004, p. 26) expõe que:

A psicologia entra no hospital – lugar de domínio da medicina, onde o saber médico é privilegiado e procurado – com um outro olhar e uma outra linguagem [...]. Enquanto a abordagem médica privilegia o corpo biológico, a psicologia clínica hospitalar abre espaço para uma escuta diferenciada, na qual a história do paciente internado se torna significativa para entender a história de sua doença.

A autora enfatiza ainda que os aspectos psicossociais presentes na doença e no doente, dificultam a compreensão dos profissionais de saúde no ambiente hospitalar, devido à hegemonia do saber médico, cujo enfoque é o entendimento do corpo como biológico, orgânico.

De acordo com Simonetti (2013, p. 15), “Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”, e através desse adoecimento, o sujeito esbarra-se num campo de natureza patológica denominada doença, presente no seu corpo. Nesse contexto, a psicologia hospitalar encarrega-se do cuidado de doenças psíquicas e também dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. E esses “aspectos psicológicos envolvem múltiplos fatores que devem ser avaliados, tais como o estilo de vida, hábitos, cultura, mitos familiares, dentre outros” (BAPTISTA E DIAS, 2010, p. 2).

Como objetivo principal, conforme Angerami-Camon (2010) é papel da Psicologia Hospitalar a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, e se outros objetivos a mais forem alcançados a partir da atuação do psicólogo com o paciente, trata-se aí de um acréscimo neste processo. A minimização do sofrimento do paciente implica numa série de opções de atuação que cabe ao psicólogo atentar-se. É preciso dispor da ideia de que sua atuação pode não ocorrer nos modelos tradicionais de psicoterapia.

No ambiente hospitalar, uma das primeiras inversões desse processo é o fato de partir do psicólogo a abordagem ao paciente, não se esquecendo de sua família e/ou acompanhante. Outro ponto é quanto ao *setting* terapêutico, que dispõe de muitas variáveis quanto à atuação do psicólogo, como o estado emocional do paciente, seu estado de consciência, o espaço de internação, quarto ou enfermaria, onde a entrada de outros profissionais para prescrição de medicamentos, limpeza do ambiente e de outros procedimentos que interrompem o atendimento do profissional.

Vale ressaltar que na atuação do psicólogo no ambiente hospitalar o sujeito é quem protagoniza o encontro com o profissional, no caso o psicólogo “ainda que o paciente necessite de maneira premente da intervenção psicológica, seu arbítrio deve ser considerado para que a condição humana seja respeitada em um dos seus preceitos fundamentais” (ANGERAMI-CAMON, 2010, p. 11). O autor reforça essa ideia quando explica que:

dessa forma, é muito importante que o psicólogo entenda os limites de sua atuação para não se tornar ele também mais um dos elementos abusivamente invasivos que agridem o processo de hospitalização esteja muito necessitado da intervenção - , a opção do paciente de receber ou não esse tipo de intervenção deve ser soberana e deliberar a prática do psicólogo. Balizar a sua necessidade de intervir em determinado paciente, a própria necessidade desse paciente em receber tal intervenção, é delimitação imprescindível para que essa atuação caminhe dentro dos princípios que incidem no real respeito à condição humana (ANGERAMI-CAMON, 2010, p. 12).

A entrada do psicólogo no ambiente hospitalar promove também o encontro deste com normas institucionalizadas. Ao contrário das ações isoladas em consultório particular, sua atuação é limitada aos procedimentos institucionais, não impedindo, porém, que suas práticas contribuam para mudanças positivas no ambiente, e “no caso de divergência dos princípios e preceitos da instituição onde o psicólogo desenvolve sua atuação, poderá haver um trabalho de direcionamento de transformação desses princípios” (ANGERAMI-CAMON, 2010, p. 12).

A estruturação do trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar passa pelo reconhecimento de elementos institucionais, classificados segundo Angerami-Camon (2003) em elementos de Estrutura Estática, composto pelo espaço físico do hospital, o número de andares, de clínicas, enfermarias e ambulatórios; e a Estrutura Dinâmica, que abrange os processos de funcionamento e as relações interpessoais. A partir desse reconhecimento, os aspectos relativos à atuação do psicólogo tornam-se mais claros e precisos.

O percurso da Psicologia no campo da saúde evoluiu do cuidado específico aos pacientes psiquiátricos, em hospitais colônias psiquiátricas, até chegar às instituições hospitalares gerais, e durante esse percurso o psicólogo hospitalar foi conquistando mais espaço e atribuições, ampliando o conhecimento e as perspectivas de trabalho.

Acompanhando essa evolução, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da Resolução nº 02/2001 dispõe sobre a definição das especialidades a serem concedidas para efeito de concessão e registro do título profissional de especialista em psicologia. De acordo com “[...] o Conselho Federal de Psicologia, (CFP, 2010) o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar, atua em instituições de saúde, na prestação de serviços de nível secundário e terciário da atenção à saúde [...]” (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011, p. 190).

O psicólogo hospitalar, pode atuar nas instituições de ensino superior, participando da formação de profissionais em sua área de competência ou na complementação da formação de outros profissionais de saúde, atuando também no desenvolvimento de pesquisas. É de sua competência, prestar atendimento a pacientes e familiares, acompanhantes ou responsáveis pelo paciente. Dentre suas atribuições, é responsável pelo desenvolvimento de atividades em diferentes níveis de tratamento, visando primordialmente a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas ocasionadas pela internação ou submissão aos procedimentos médicos, sejam cirúrgicos ou clínicos e em qualquer especialidade (LAZARETTI et. al, 2007).

Em relação à equipe médica e o paciente, o psicólogo hospitalar atua como uma ponte entre esses, promovendo intervenções necessárias também na relação família/médicos e família/paciente, oferecendo de acordo com a demanda, atendimento psicoterapêutico, formando grupos psicoterapêuticos e grupos de Psicoprofilaxia, prestando atendimento em Ambulatório, Unidade de Terapia Intensiva, Pronto Atendimento e Enfermarias em geral.

No ambiente hospitalar, participa também das decisões adotadas pela equipe multidisciplinar, objetivando sempre a promoção do apoio ao paciente e sua família. Contribui aportando informações acerca de sua área de atuação para elaboração de manejos e suporte aos membros da equipe, quando em situações de difícil operacionalização.

Portanto, cabe ao psicólogo então, com o desenvolvimento de suas práticas, acolher e trabalhar com pacientes de qualquer faixa etária, bem como sua família, durante o sofrimento psíquico decorrente de internação, patologias ou tratamento, objetivando:

avaliar e intervir, através do acompanhamento sistemático, sobre os efeitos do adoecer e do tratamento na realidade psíquica, assim como destacar os aspectos psicológicos e a diversidade de vivências que podem estar implicadas no processo do adoecer. Conhecer quem é o doente vai além de saber o nome, filiação, estado civil, profissão, qual é a doença orgânica, tempo de internação e procedimento médico. Faz-se necessário disponibilidade e capacitação técnica para poder saber do sofrimento daquele que sofre também de um sofrimento de uma outra ordem de dor, a de existir. (LAZARETTI et al. CADERNO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, CFP, 2007, p. 11).

“A humanização do espaço é um dos principais objetivos a serem alcançados pelo psicólogo no espaço hospitalar” (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 13), e considerando o adoecimento e a internação como uma certa ruptura no percurso da vida, que distancia o paciente da família, amigos e trabalho; o psicólogo constitui-se como facilitador da comunicação e expressão humana através da linguagem, visando a representação e elaboração das vivências do doente ao longo de suas relações. Nesse contexto de fragilidade, “ao ser hospitalizado, o paciente sofre um processo de despersonalização. Deixa de ser o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então portador de uma determinada patologia” (ANGERAMI-CAMON, 2010, p. 2).

Conforme Simonetti (2013, p. 22), “é pelas palavras que o psicólogo faz o seu trabalho de tratar os aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. O autor expõe que, se o médico intervém com o paciente pela via do corpo físico, é pelo corpo simbólico que o psicólogo trabalha com o doente. E ainda de acordo com o autor, este corpo simbólico não está habitado no espaço físico e sim nas palavras. Trata-se de uma noção fundamental no seu campo de trabalho. Dessa forma, o psicólogo fala e escuta, escutando mais que falando. Eis a estratégia da psicologia hospitalar, que sustenta que:

psicólogo e paciente conversam, e essa tal conversa é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos. O que interessa à psicologia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com o seu sintoma ou, em outras palavras, o que nos interessa primordialmente é o destino do sintoma, o que o paciente faz com sua doença, o significado que lhe confere, e a isso só chegamos pela linguagem, pela palavra (SIMONETTI, 2004, p. 23).

Ainda, de acordo com Simonetti (2013), a conversa oferecida ao psicólogo não é um “só isso”, representa um “além disso” embutido nas palavras e por isso:

o psicólogo não deve se constranger ante o comentário tão frequente no hospital, que é mais ou menos o seguinte: ‘ah, mas o psicólogo só conversa...’ Deve mesmo se orgulhar disso, porque nenhum outro membro

da equipe tem treinamento para trabalhar no campo das palavras, que é exatamente onde o psicólogo é o especialista (SIMONETTI, 2013, p. 23).

E quando paciente e psicólogo encontram-se nessa conversa, o resultado é uma “porta de entrada para um mundo de significados e sentidos” (SIMONETTI, 2013, p. 23), importando essencialmente para a prática da psicologia hospitalar compreender o lugar do sintoma no paciente, compreendendo também o que este faz com sua doença.

2.3.4 Diferentes práticas e diferentes olhares da psicologia no hospital

Segundo Chiattonne, 2002 (apud RIBEIRO E DACAL, 2012) a inserção de psicólogos em instituições hospitalares ocorreu de forma abrupta, desordenadamente. Isso motivado pelas contradições entre a teoria e a prática, com a ausência de reflexões acerca de fundamentos epistemológicos e metodológicos. Diante disto, o psicólogo no ambiente hospitalar era, a princípio, reconhecido como um profissional auxiliar de tarefas médicas, assim como outros profissionais de saúde, encarregado de aplicar testes psicológicos e diagnósticos ou ainda de figurar como facilitador nas questões conflituosas, envolvendo ajustamento dos pacientes.

De acordo com Simonetti (2013, p. 26),

a psicologia hospitalar vem se desenvolvendo no âmbito de um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre diferentes formas de conhecimento. A consequência clínica mais importante dessa visão é a de que em vez de doenças existem doentes.

Ainda conforme o autor, as intervenções no campo da psicologia hospitalar, envolvem ações específicas, tais como controle situacional, gerenciamento de mudanças, análise institucional, e mediação de conflitos, dentre outras. Essas práticas diferem da posição de neutralidade que o psicólogo enfrenta em consultório particular exercendo a psicologia clínica, mas que são necessárias no hospital diante da realidade institucional, representando um desafio ao profissional.

Seguindo ações específicas, a atuação do psicólogo hospitalar envolve também abordagens teóricas/ clínicas que permeiam seu trabalho. Dentre as abordagens utilizadas no contexto hospitalar, segundo Lazzaretti e outros (2007), destacam-se: o Behaviorismo, a Gestalt-terapia e a Psicanálise.

O Behaviorismo que visa através da análise funcional identificar as relações estabelecidas entre o paciente, o ambiente e consequências dessa relação, podendo ainda elaborar estratégias de enfrentamento de quadros já instalados ou preveni-los. Segundo Stenzel, Zancan e Simor (2012, p. 57), dentre as teorias psicológicas, o Behaviorismo foi a que mais se encarregou de observar o comportamento humano. No contexto hospitalar, através desta observação é possível utilizar vários recursos de registro para acompanhamento do paciente internado, é possível fornecer indicativos de psicopatologias, além de permitir subsídios para compreensão das interações relacionais do paciente com sua doença, com sua família e também com a equipe médica. A observação representa então uma ferramenta por excelência para verificar os sintomas apresentados pelo paciente.

A Gestalt-terapia objetiva a tomada de consciência pelo paciente de sua posição atual na vida, no aqui-e-agora, facilitando seu crescimento pessoal, seu desenvolvimento e tornando-o um potencial para mudança. Freitas, Stroiek e Botin (2010, p.142), expõem que:

A Gestalt-terapia é uma abordagem com foco na relação dialógica. O diálogo é por nós entendido como fundamental para a existência humana e característica essencial da relação terapêutica (Freitas, 2009a). No âmbito hospitalar pode, inclusive, ser assumido como instrumento - até mesmo preventivo - frente às dificuldades humanas que o adoecer e a hospitalização podem suscitar no cliente, como por exemplo, o isolamento de suas atividades cotidianas, da família e do seu círculo social, as mudanças de papéis acarretadas pelas limitações e desafios das doenças e seus tratamentos, sem mencionar os desafios do processo intrínseco ao adoecimento físico.

Buscar uma qualidade na relação dialógica nas instituições hospitalares, ainda representa um desafio, pois envolve diversos profissionais em diferentes áreas, porém o importante é fazer do diálogo uma relação mútua entre paciente e psicólogo, não somente pela fala, mas também pelo contato.

Segundo Angerami-Camon (2010, p. 5):

A Psicoterapia, independentemente de sua orientação teórica, tem como principais objetivos levar o paciente ao autoconhecimento, ao autocrescimento e à cura de determinados sintomas. O enfeixamento desses objetivos, ou ainda de alguns deles isoladamente, desde que leve esse paciente a um processo pleno de libertação existencial, é, por assim dizer, o ideal que norteia o processo psicoterápico. A psicoterapia, ademais, tem como característica principal o fato de ser um processo na qual a procura e a determinação de seu início se dá pela mobilização do paciente.

Embora a Psicoterapia e a Psicologia Hospitalar, utilizem a atuação na clínica como aparato teórico pode existir inadequações quanto a essa utilização no contexto hospitalar.

A Psicanálise tem como estratégia dentro da psicologia hospitalar “levar o paciente rumo à palavra” (SIMONETTI, 2013, p. 115), e ao falar, o paciente simboliza seu sofrimento, dissolve sua angústia. Simonetti (2013, p. 116) ainda explica que:

É precisamente a fala que faz a passagem da doença para o adoecimento. Se o paciente não fala, existe apenas a realidade biológica da doença, mas se ele fala surge a subjetividade, e com ela o adoecimento. Somente a fala cumpre o famoso dito em psicologia hospitalar, segundo o qual “... não existem doenças, existem doentes” (Perestrelo, 1989). Doenças não falam, doentes sim.

Utilizando-se da escuta na psicanálise, as estratégias e técnicas referem-se ao que surge no interior da relação entre o psicólogo, e o sujeito. O objetivo da psicologia hospitalar, então, é tentar estabelecer com o sujeito o discurso do analista, o qual:

O médico faz semblante de que sabe, mas gradualmente conduz o paciente a uma descoberta desconcertante: ele (o paciente) detém um conhecimento sobre si mesmo sem o qual não há cura possível. *Sabe para fazer saber* (SIMONETTI, 2013, p. 128).

Mas constantemente, na grande parte das vezes é preciso aceitar, ainda que estrategicamente o lugar de mestre, do suposto saber, para enfim, seguir de um ponto inicial no atendimento psicológico. Aceitar o discurso do mestre, nesse caso, aceitar o lugar do discurso médico historicamente constituído como hegemônico, deve ser uma estratégia do psicólogo para que possa desenvolver seu trabalho. O discurso do saber, refletido na fala e no ato médico, são também princípios analíticos importantes para o psicólogo hospitalar, já que quem sabe talvez não seja o médico, mas uma instituição que subjaz.

Portanto, faz-se necessário que o psicólogo hospitalar tenha uma escuta diferenciada para que possa entender o funcionamento da instituição a partir das falas correntes e dos discursos cristalizados, como o saber hegemônico da medicina.

Desta forma,

o médico sabe o que faz o paciente sofrer, e sabe a partir de sua sabedoria pessoal, de sua imensa capacidade; não faz referência a nada para validar tal conhecimento, a não ser a sua própria maestria, ou quase divindade. *Sabe porque sabe* (SIMONETTI, 2013, p. 128).

De acordo com Elias (2008, p. 94), “o hospital é um campo fértil para a prática psicanalítica à medida que nos deparamos com as formas contemporâneas de

sintomas. E a práxis psicanalítica ganha corpo na medida do contexto em que se insere no ambiente hospitalar”.

Tratando-se de atenção e cuidado ao paciente hospitalizado, segundo Lazzaretti e outros (2007), a psicologia hospitalar conta ainda com outras teorias e abordagens, a exemplo da contribuição da Neuropsicologia, da Terapia Sistêmica, do Psicodrama e da Psicologia Analítica, cada uma delas com suas especificidades e aplicações. Todas essas teorias representam instrumentos formalmente apresentados à Comissão de Psicologia Hospitalar do Conselho Federal de Psicologia, aceitos e praticados no *setting* hospitalar.

2.3.5 O psicólogo hospitalar e o trabalho em equipe

O trabalho em equipe por si só, representa um grande desafio a qualquer profissional, seja em área comum ou distinta. Com o psicólogo não é diferente.

Somando-se o quantitativo de profissionais, ao avanço dos conhecimentos na área das Ciências da Saúde, o resultado é o aparecimento contínuo e numeroso de diversas especialidades. Essa gama de conhecimentos impossibilita o profissional, seja de que área for, reter um saber amplo, tornando-se cada vez mais específico, mais especialista, e se:

esse fenômeno por um lado trouxe inegáveis avanços para as Ciências da Saúde, por outro trouxe um problema importante que tem sido atualmente objeto de inúmeras discussões por parte dos profissionais preocupados com o bem estar de seus pacientes, que é o fato de essa prática gerar uma leitura dicotomizada da pessoa enferma (ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 169).

E essa leitura dicotomizada do paciente, é cada vez mais evidente quando se trata da valorização da doença em detrimento do doente, ou seja, uma hiper especialização que proporciona uma despersonalização, podendo agravar ainda mais o estado do enfermo, pois ele carrega consigo um nome, uma família, uma história, não se reduzindo a uma patologia. A fim de evitar esse fato é necessária a adoção de uma proposta “que carrega a soma dos conhecimentos que a equipe, em seus diversos saberes possui, para que se possa ter uma visão integral da pessoa enferma” (ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 169).

A equipe de saúde no ambiente hospitalar geralmente é composta por médicos, residentes, acadêmicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas,

nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais que devem atuar junto aos pacientes e familiares (ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 169).

O fato é que as equipes de profissionais se caracterizam de acordo como se organizam. Uma equipe formada por diferentes profissionais, cada qual em sua área de saberes distintos e independentes, atuando no cuidado ao paciente, forma uma equipe multiprofissional. Quando esta equipe necessita da troca de conhecimentos de cada um para atingir um resultado, fazer uma análise ou discussão de um caso referente a um paciente tem-se aí uma equipe interdisciplinar, e caso essa equipe precise reunir conhecimentos e gerar um novo modo de atuar ou um novo conhecimento, daí resulta uma equipe transdisciplinar.

De acordo com Rosa, Saldanha e Cruz (2013, p. 185):

Uma vez que o paciente depende da interação e comunicação dos membros da equipe, também é atravessado por diversos procedimentos técnicos que visam seu bem-estar biopsicossocial, sendo que tais práticas são de extrema importância para que se obtenha boa evolução do quadro clínico, objetivando proporcionar um ambiente saudável para a recuperação da enfermidade.

Tais interações e comunicações dependerão de como o psicólogo é visto pela equipe. Em alguns casos, o psicólogo é entendido como tradutor do médico, do paciente e da família, sendo responsável ainda, por minimizar atritos entre eles.

Tonetto e Gomes (2007, p. 97), reconhecem que:

o interesse pelo trabalho em equipe multidisciplinar vem se fortalecendo, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde. Nesse modelo, saúde é definida como o bem-estar físico, mental e social, em contraste com o modelo biomédico tradicional para o qual saúde é a ausência de doença.

A inserção crescente da psicologia no ambiente hospitalar é reconhecida pela grande maioria dos estudiosos e pesquisadores como sendo recente, e devido a isso, enfrenta dificuldades diante de uma equipe multidisciplinar já constituída; considerando também, a quantidade numerosa de profissionais que atuam na instituição hospitalar, cada um com suas especificidades, particularidades, e, tendo que tomar decisões rápidas e precisas acerca dos cuidados com o paciente.

Além dos fatores já expostos, o psicólogo em equipe multidisciplinar ainda enfrenta dificuldades em expor suas observações, havendo uma demora na assimilação destas por parte de outros profissionais; sem contar, a hierarquização do conhecimento médico, sempre no auge do poder/saber.

Simonetti (2013, p.101) complementa esse raciocínio, quando expõe que:

Para realizar seu trabalho de atendimento psicológico ao paciente, o psicólogo hospitalar precisa antes se envolver com a equipe médica e com a enfermagem, que em muitos casos não possui a mínima ideia do que o psicólogo está fazendo ali no hospital – isso quando não desdenha explicitamente seus propósitos. Lidar com essa situação não é nada fácil, e geralmente desperta sentimentos muito ambivalentes no psicólogo.

Essas dificuldades apontadas, não representam um padrão, tudo depende da organização das equipes, “podendo variar conforme a tradição profissional, as características do grupo de trabalho e o tipo de intervenção” Chiattonne, 2000 (apud TONETTO E GOMES, 2007, p. 90).

O que ocorre é que “a cena hospitalar é rica em conflitos, e o psicólogo hospitalar cada vez mais tem sido chamado a prestar seus serviços, não ao paciente, mas aos médicos, enfermeiros, equipe administrativa e familiares [...]” (SIMONETTI, 2013, p. 100), e para a resolução destas questões, é fundamental que o psicólogo inclua nas suas atribuições, a elaboração de programas de controle de estresse, cursos de relações humanas, além de atentar-se para uma avaliação do cenário em que encontra-se o paciente, tendo toda uma equipe à sua volta.

2.3.6 A psicologia e a psicologia hospitalar como formação

Não há como dissociar a história da psicologia brasileira de todo contexto social, político e econômico ao longo de nossa história. Antes mesmo de se tornar profissão regulamentada, a Psicologia já produzia profissionais com atuação liberal, não vinculados à hierarquização.

Com o empobrecimento da classe média, o modelo autônomo, privado e focado no atendimento clínico, passa por transformações. Ocorre a redução deste mercado, atenuado pela crescente formação de psicólogos e no ano 2000, de acordo com pesquisa efetuada pelo Conselho Federal de Psicologia, o número de psicólogos assalariados amplia-se (SPINK, 2010, p. 107). Diante disto, é cada vez mais evidente “a distância entre as vivências proporcionadas pela formação em psicologia e as características político-culturais próprias do mundo social” (SPINK, 2010, p. 108).

Alguns autores referem-se também à distância entre as bases curriculares nos cursos de psicologia e as práticas e necessidades sociais, principalmente no campo da

saúde, e em relação especificamente à Psicologia Hospitalar. Simonetti enfatiza sobre o despreparo técnico e teórico do psicólogo na prática hospitalar:

A maioria das faculdades de psicologia no Brasil não oferece a disciplina de psicologia hospitalar em seu curso de graduação. Além disso, as principais correntes teóricas da psicologia, tais como a psicanálise, a psicologia comportamental-cognitiva e as psicoterapias psicodinâmicas ainda carecem de formulação teórica consistente sobre a atuação no contexto hospitalar. Por exemplo, a literatura psicológica e psicanalítica fala do tratamento como uma relação dual, como um encontro íntimo e sigiloso entre o terapeuta e o paciente, havendo que se observar que na psicologia hospitalar raramente tal arranjo pode ser feito (SIMONETTI, 2013, p. 98).

Angerami-Camon (2010), compartilha deste pensamento quando explica que a inserção da Psicologia no hospital teve que rever seus próprios postulados, construindo conceitos e questionamentos para a busca da compreensão da existência humana,

assim, por exemplo, não mais é possível pensar-se em um curso de graduação em psicologia no qual questões como morte, saúde pública, hospitalização e outras temáticas, que em princípio eram pertinentes apenas à Psicologia Hospitalar, não tenham prioridade ou não sejam exigidas como necessárias para a formação do psicólogo (ANGERAMI-CAMON, 2010, p. 1).

Consoante as transformações, novas tecnologias, novos saberes, trabalho em equipe e muitos outros desafios,

o psicólogo percebe no contexto hospitalar que os ensinamentos e leituras teóricas de sua prática acadêmica não serão, por maiores que sejam as horas de estudo e reflexão teórica sobre a temática, suficientes para embasar sua atuação. E aprende que terá de aprender aprendendo, como os pacientes, sua dor, angústia e realidade. E o paciente, de modo peculiar, ensina ao psicólogo sobre a doença e sobre como lidar com a própria dor diante do sofrimento (ANGERAMI-CAMON, 2010, p. 10).

Com todas essas experiências, o que se percebe é que a presença do psicólogo em instituição hospitalar, embora recente, é baseada numa necessidade urgente, tanto no suporte emocional ao paciente, quanto da família e ou acompanhante, envolvendo também a equipe de cuidadores. Portanto cabe ao psicólogo em formação, ao graduado e ao que deseja especializar-se na área de saúde, investir maciçamente em conhecimento teórico, mas, sobretudo exercitar um olhar mais humano, humanizado diante das fragilidades do doente.

De acordo com Spink (2010, p. 110), quando se fala em formação, a maioria dos psicólogos realizou no máximo, especializações. Entre as áreas de concentração, 8,7% dos profissionais que buscam especialização, estão na área de Psicologia Hospitalar. Uma das hipóteses apontadas para explicar esta escolha, segundo Chiattonne, 2000 (apud SIMONETTI, 2013, p. 101) é o fato de que “muitos psicólogos

escolhem a psicologia hospitalar como tentativa de resolução do luto referente a vivências de perdas e doenças na família, ou como forma de controle imaginário sobre a morte, que tanto temem”.

O Conselho Regional de Psicologia da 16ª região, Espírito Santo, no ano de 2013 propôs a realização de uma segunda pesquisa relacionada a uma pesquisa anterior, de 2001, realizada pelo então Conselho Regional de Psicologia 04, que abrangia Minas Gerais e Espírito Santo. A primeira pesquisa intitulada “Quem somos? Onde estamos? O que fazemos?” Visava como o próprio título identificar e fazer um levantamento acerca dos 1200 profissionais inscritos no Conselho.

A proposta desta segunda pesquisa então seria mapear exclusivamente o psicólogo capixaba e sua atuação no estado do Espírito Santo. Denominada *Re-conhecer “quem somos... A psicologia capixaba as vésperas de completar 50 anos”*, essa pesquisa alcançou cerca de 3000 profissionais registrados no Conselho.

Dados da pesquisa demonstraram que 83,4% dos participantes nunca atuaram em ambiente hospitalar, 11% dos pesquisados já atuaram e apenas 5% dos participantes atuam na área hospitalar. Entre estes, a distribuição dentro das instituições hospitalares, ocorre de forma quase equivalente na Maternidade, nas UTIs e CTIs, em setores Oncológicos e Pronto Atendimento (NASCIMENTO; PEREIRA, 2013).

A atuação nesses setores do serviço em saúde geralmente são a execução de diversas atividades, as mais comuns são relativas ao atendimento a pacientes, familiares e ou responsáveis pelo doente, seguido de promoção de intervenções dirigidas à relação médico-paciente, paciente/família, paciente/paciente e ao processo de adoecimento. Os psicólogos no contexto hospitalar lidam também com as repercussões emocionais do processo de internação, atendimento psicoterapêutico e acompanhamento de intercorrências psíquicas que emergem no paciente internado.

Ao tratar da temática O Psicólogo no Ambiente Hospitalar, buscamos reconhecer nesses profissionais atuantes, respostas para os nossos questionamentos sobre o que fazem e como fazem, ainda, como se comportam diante do trabalho em equipe, visando também abordá-los sobre as perspectivas dessa profissão, que segundo Simonetti (2013, p. 35) “os psicólogos atuam a partir do amor e do saber, e isso lhe é específico [...]. Sem amor não há como trabalhar em psicologia hospitalar, mas só com o amor também não é possível”. O autor complementa descrevendo que o “amor e a

razão são como as asas de um pássaro: necessárias”. Dessa forma, faz parte da atuação deste profissional, o equilíbrio constante entre amor e razão, prezando sempre pelo olhar direcionado aos cuidados do paciente.

3 METODOLOGIA

Entender a realidade é algo que há muito o homem tem se dedicado. Segundo Minayo (2015, p.14), a metodologia é o caminho que nos permite compreender a prática que nos leva a abordar a realidade como objeto de conhecimento nas diferentes temáticas. A busca pelo conhecimento da realidade vem ocorrendo desde o *homo sapiens* (MINAYO, 2015, p. 9).

De acordo com a autora:

[...] a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (MINAYO, 2015, p. 14).

Nessa dinâmica, teoria, método e técnicas se complementam, juntamente com a visão, capacidade criadora e experiência do pesquisador (MINAYO, 2006, p. 45).

Como metodologia entende-se o norte epistemológico de uma investigação, o que nesse caso trata-se de uma abordagem qualitativa e que se busca através da análise de discurso dos sujeitos entender a realidade em que a atuação do psicólogo hospitalar tem acontecido, suas práticas e seus desafios. Isso, ancorado em teorias de fundo qualitativo e com visão do sujeito permeado por questões sociais, culturais, singulares, bem como o contexto socioeconômico e histórico que estão como pano de fundo dessas práticas. Os métodos são ferramentas utilizadas para a coleta de dados que nos fornecem a possibilidade da análise e da correlação com as teorias que dão suporte ao entendimento da prática do psicólogo no hospital, tais como: psicologia da saúde, psicologia hospitalar e Saúde Coletiva.

No campo da Pesquisa Social enveredamo-nos num mundo polêmico onde há questões não resolvidas e onde o debate tem sido perene e não conclusivo, como defende Minayo (2006, p. 46).

Quanto à Pesquisa Social em Saúde, seu conceito refere-se a “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (MINAYO, 2006, p. 47), dessa forma, o que se propôs aqui pesquisar foi sobre o papel do psicólogo como ator no ambiente hospitalar, conhecendo seus desafios e oportunidades de atuação junto ao doente, à família e equipe.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tendo “como objetivo a descrição e análise das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 28), essa pesquisa enquadra-se na abordagem qualitativa de cunho exploratório. Pesquisas deste tipo “são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato” (GIL, 2010, p. 27); e o que se buscou foi a compreensão da atuação do psicólogo em ambiente hospitalar, junto ao doente, à família e a equipe, esclarecendo suas práticas e desafios.

Em relação ao delineamento da pesquisa, conforme formas estabelecidas, o estudo de campo foi o mais apropriado para o desenvolvimento desse projeto. Segundo Gil (2010, p. 57), “[...] os estudos de campo procuram muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis”, contribuindo também para uma flexibilização no planejamento da pesquisa mesmo que os objetivos sofram reformulações ao longo do processo.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada em hospitais no Estado do Espírito Santo, públicos, privados e filantrópicos, que têm em seu quadro funcional a presença do psicólogo hospitalar na equipe multidisciplinar de saúde.

3.3 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com 08 (oito) psicólogos da área hospitalar, atuantes nos hospitais da Grande Vitória, que foram contatados por telefone ou endereço eletrônico inicialmente. A seleção seguiu o critério de psicólogos de hospitais públicos, privados e filantrópicos; ocorreu de acordo com a acessibilidade e as entrevistas aconteceram no local de trabalho dos participantes, de forma voluntária. Ao esclarecer sobre a pesquisa aos entrevistados e não havendo dúvidas quanto aos objetivos pretendidos e participação desses sujeitos, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados da pesquisa foi através da realização de entrevista semiestruturada composta de 11 (onze) questões relacionadas com o que se pretendia investigar. Essas entrevistas eram agendadas conforme disponibilidade do participante e do seu local de trabalho. Estas entrevistas foram gravadas em aparelho eletrônico e transcritas na íntegra. A autorização da gravação foi descrita no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE B); e de acordo com Gil (2010), a entrevista possibilita maior interação entre pesquisado e pesquisador, além de significar um norteador para a coleta de dados, não necessitando de um roteiro rígido a ser seguido, possibilitando fornecer dados além do esperado. Tais questões abordaram dados sociodemográficos (sexo, idade, tempo de formação, especialização, local de atuação) do entrevistado, e itens separados por blocos temáticos e referentes aos objetivos que se desejou alcançar.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não trouxe ônus para os participantes, que só participaram da mesma mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, todo o material da pesquisa analisado e divulgado pelo pesquisador ocorreu sem possibilidade de identificação dos participantes. A eles também foi resguardado o direito de interromper ou recusar a participação em qualquer fase da pesquisa, e ainda, de tomar conhecimento de todos os procedimentos adotados, bem como a forma de divulgação dos resultados obtidos.

A pesquisa foi atendida, conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, resolução 196/ 96, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais e ao art. 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo.

3.7 PREVISÃO DE ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Gil (2010, p. 156):

A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Para exame dos dados obtidos na coleta, foi utilizada a técnica de Análise do Discurso e à luz das teorias da Psicologia da Saúde, da Psicologia Hospitalar e Saúde Coletiva. Quanto à técnica para compilação e análise dos dados utilizamos a Análise do Discurso que “parte do pressuposto de que em todo discurso há um sentido oculto que pode ser captado, o qual, sem uma técnica apropriada, permanece inacessível” (MARTINS E THEÓPHILO, 2009, p. 100). Além disso, tal técnica “permite também identificar como se dá a interação entre os membros de uma organização: as manifestações de poder, a participação e o processo de negociação” (MARTINS E THEÓPHILO, 2009, p. 100).

Tão logo os dados foram obtidos, realizou-se a análise por intermédio da descrição e interpretação destes dados sob a ótica dos objetivos propostos. Essa interpretação “tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos” (GIL, 2010, p. 156).

Em relação à interpretação dos dados, Spink e Lima (2013, p. 82) afirmam que “de início, o processo de interpretação é concebido [...] como uma produção de sentido”. E para isso explica ainda que:

a interpretação emerge, dessa forma, como elemento intrínseco do processo de pesquisa. Não haveria, assim, momentos distintos entre o levantamento das informações e a interpretação. Durante todo o percurso da pesquisa estamos imersos no processo de interpretação (SPINK; LIMA, 2013, p. 82).

E o processo de interpretação e análise como busca de compreender o sentido dos fenômenos aparentes abrange desde “uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas *a priori*” (SPINK; LIMA, 2013, p. 83) até a utilização de um encadeamento de associações de ideias, configurando-se em mapas de associação de ideias, o que constitui uma técnica de visibilização utilizada como estratégia para assegurar o rigor. Desta forma:

Os mapas têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo: dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo.

A construção dos mapas inicia-se pela definição de categorias gerais, de natureza temática, que refletem sobretudo os objetivos da pesquisa (SPINK; LIMA, 2013, p. 84).

Spink e Lima (2013, p. 84) concluem que o Mapa de associação de ideias tem "o duplo objetivo de dar subsídios para a análise e dar visibilidade aos seus resultados, os mapas não são técnicas *fechadas*" representam também um processo simples e interativo na medida em que aproxima os sentidos vistos com a atividade-fim da pesquisa.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

No processo de coleta de dados, esta pesquisa foi realizada utilizando entrevistas semiestruturadas com a participação de 8 (oito) psicólogos que atuam em ambiente hospitalar.

Foram entrevistados psicólogos de hospitais públicos, privados e filantrópicos da Grande Vitória, todos do sexo feminino e idades variando entre 25 e 60 anos. Quanto à formação, além da graduação em Psicologia duas entrevistadas possuíam especialização em Psicologia Hospitalar, uma estava em formação, algumas possuíam outras diferentes especializações como em psico-oncologia, formação em educação especial, terapia familiar sistêmica e saúde mental. O tempo de atuação no hospital variou entre 2 e 28 anos, e todas disseram estar bastante realizadas e satisfeitas com a opção de trabalho que fizeram, o que foi muito enfatizado pelas entrevistadas.

Entre os motivos dessa satisfação citaram a preferência por trabalhar em equipe, a ajuda psicológica prestada e a sua influência na melhora física, o dinamismo da rotina hospitalar (ausência de rotina), o desafio de trabalhar em um lugar onde não tem a visão do psicólogo dentro da humanização, a continuação do trabalho no hospital após estágio nesse local e a paixão pelo trabalho na área da saúde.

Com a finalidade de responder aos objetivos propostos para esta pesquisa, a análise resultou em quatro temas afins: as atividades desenvolvidas pelo psicólogo no hospital; o objetivo do trabalho do psicólogo no hospital; a atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar e qual (ais) o (s) desafio (s) que a psicologia enfrenta no ambiente hospitalar. Para análise e demonstração das respostas, adotamos os codinomes P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8.

4.1. QUANTO ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO PSICÓLOGO NO HOSPITAL

A atuação do psicólogo no hospital, quase sempre está associada a situações que ocorrem pelo fato de o paciente hospitalizado passar por crises e emergências, incluindo adaptações das mudanças do seu dia a dia; e muitas vezes, o psicólogo é chamado para agir onde a medicina não consegue mais atuar.

De acordo com Simonetti (2013, p. 20) “a psicologia não está no hospital para melhorar o trabalho da medicina, mas está lá para fazer outra coisa. É certo que acaba mesmo ajudando o trabalho de cura [...], mas esse não é seu principal valor”.

Nigro, 2004 (apud AVELLAR, 2011, p. 492):

entende que a mudança de paradigma na área da saúde colocou em cena novos atores, novos espaços e uma nova linguagem. Desta maneira, a Psicologia entrou no hospital trazendo um olhar que abre espaço para uma escuta diferenciada, na qual a história do paciente internado se torna significativa para entender a história da sua doença.

E este olhar inclui também diferentes possibilidades de intervenção, tornando o trabalho do psicólogo único e múltiplo ao mesmo tempo, assim como descreveu P4 sobre as intervenções:

“Aí são muito diversas, você pode fazer atendimento individual, você pode fazer acolhimento, o acolhimento é quando a pessoa chega desorientada, não sabe o que fazer, você ali naquele momento passa informações, a pessoa chega muito angustiada, tem uma escuta inicial, então tem a oportunidade de a pessoa soltar aquilo para poder se organizar, tem as intervenções com a equipe, que são mais sutis... não são intervenções de atendimento à equipe, às vezes alguém da equipe traz uma queixa sobre um paciente, aí você tem que retornar para a pessoa, e às vezes é uma demanda do profissional e não do paciente, tem como fazer grupos, eu faço grupos com a equipe, grupo de pais, tem como fazer grupos de tudo quanto é jeito, e tem as intervenções que são específicas de cada contexto, eu acho que a equipe de psicologia está sempre ligada à família dos pacientes, então às vezes o psicólogo fica muito próximo do procedimento de visita.”

Dentre as intervenções foi citado a atuação do psicólogo junto às famílias dos pacientes, conforme relatado por P5:

“tento fazer atendimento reservado aos familiares, porque infelizmente o paciente não adoce sozinho, a família adoce junto, faço atendimento também da família de pacientes que vieram à óbito”.

Com relação “aos pacientes e familiares [...] a atuação deve se dar ao nível da comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação dos pacientes dos pacientes e familiares ao enfrentamento da intensa crise” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 210). Ainda sobre o atendimento de familiares de pacientes internados, P7 relatou:

“Tem também as conferências com a família, é a família e a equipe, às vezes um diagnóstico que precisa ser dado, eles me convocam... os médicos têm muita dificuldade em passar o diagnóstico, quando o paciente está em cuidados paliativos, faço também atendimentos pré-cirúrgicos, pós-cirúrgicos, avaliação psicológica, laudo psicológico e pareceres.”

Isso reflete a “constatação da pluralidade evidenciada no exercício da psicologia no contexto hospitalar. Porém, a reflexão não tem sentido somente em nível de

enunciação, mas sim em buscar o entendimento, os desdobramentos dessa pluralidade [...]” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 148), portanto, podemos atribuir à psicologia uma pluralidade de saberes, em campos diversificados, contando com uma “diversidade de enfoques metodológicos, tentativas de fundamentação epistemológica e de doutrinas” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 150), como relatou P8:

“À beira leito eu gosto muito de fazer a psicoterapia breve... como é a psicoterapia breve? Você tem começo, meio e fim, então primeiro você escuta, você vê em que nível aquele paciente está se está no nível de aceitação, de rejeição, se está motivado e você mantém um pouco esse atendimento com ele e depois você começa a traçar com ele as possibilidades lá fora, depois da alta, uma projeção: o que você vislumbra lá fora, eu tô limitado, eu amputei a perna, mas eu acho que posso comprar uma cadeira de roda, eu vou treinar. Então é assim que a gente trabalha.”

“Aqui no hospital eu faço acolhimento psicológico, que é o momento quando o paciente chega ao hospital. Eu atuo muito na UTI e também nas asas... em momento de rupturas, principalmente nas UTIs, isso provoca muitas manifestações psíquicas, de angústias e de sofrimento, mas isso é para cada um, nem sempre acontece, mas estar disponível para escutar aquela manifestação subjetiva” (P7).

“Fazemos atendimento no leito, fazemos atendimento individual quando a enfermaria tá atrapalhando aquele atendimento no leito a gente traz pra sala, mas nem todo psicólogo no hospital tem uma sala, eu sou uma das privilegiadas de ter uma sala, fazemos atendimento familiar, fazemos grupos terapêuticos e fazemos grupos educativos com a equipe multidisciplinar... fazemos também, posso dizer, trabalhos temáticos, grupos temáticos... dia das mães, então em tudo isso a gente atua, são grupos multidisciplinares...então é individual, familiar e com a equipe, a atuação aqui a gente faz no sentido de abordar a relação da equipe com o paciente, sobre alguma questão que a equipe tem” (P1).

Simonetti (2013, p. 20) define que “o valor principal da psicologia hospitalar é a subjetividade” (SIMONETTI, 2013, p. 20); e a partir disto, “o psicólogo pode fazer muito pouco em relação à doença em si [...], mas pode fazer muito no âmbito da relação do paciente com seu sintoma [...]” (SIMONETTI, 2013, p. 20), sempre observando e ouvindo com paciência as palavras e os silêncios na tentativa de compreender este tempo vivido.

Portanto, através da narrativa dos sujeitos entrevistados percebe-se a diversidade e a pluralidade de ações que são realizadas pelo psicólogo no contexto hospitalar, que vai desde os atendimentos individuais aos grupais, passando por conferências de familiares, em que é possível ouvir dos familiares o que pode ser melhorado no período da internação do paciente, considerando atendimento dos diversos profissionais, estrutura física da instituição, alimentação, etc.

A amplitude de atividades requer do psicólogo uma amplitude de visão, a prontidão e astúcia para a escuta diferenciada, bem como a criatividade para lidar com cada demanda sendo ela explicitada ou não.

4.2 O OBJETIVO DO TRABALHO DO PSICÓLOGO NO HOSPITAL

Há algum tempo, ao se inserir no ambiente hospitalar, o psicólogo através de suas práxis, precisou se preparar e aprofundar-se teoricamente para esse novo campo de atuação; isso representou também um desafio para a instituição, que não tinha claramente definido o objetivo dessa prática. Com o crescimento das demandas urgentes em psicologia no hospital, no princípio os psicólogos foram reconhecidos como verdadeiros ‘bombeiros’. Eram chamados para ‘apagar fogo’ em momentos de crise, ou seja, dar soluções imediatas em situações críticas (ANGERAMI-CAMON, 2011). Esse papel ainda hoje é executado por alguns profissionais.

“Aqui na maternidade, os casos em que eu sou mais chamada: abortos, vínculo, quando a equipe percebe que o vínculo do bebe com a mãe está prejudicado, casos de usuárias de drogas, adolescentes grávidas, alguns casos de depressão e ansiedade, esses casos são os que mais aparecem” (P1).

“Eu acho que os casos que eu sou mais solicitada geralmente é com a ansiedade dos pais, com um quadro clínico, com a gravidade do quadro do filho. Como os profissionais às vezes não conseguem lidar, eles sempre solicitam, às vezes um médico passou uma informação, aí a gente é solicitada” (P2).

“Mais solicitado aqui é quando a criança está com o comportamento agitado, que está rebelde, não quer tomar medicação, que está arrancando tudo, que está gritando, que está assim, com muita resistência, e é a intervenção mais difícil de se fazer porque nosso trabalho é construído quando a criança está te ouvindo, não é nesse momento da crise, mas é assim, todos os profissionais lembram do psicólogo nessa hora” (P3).

“Com pacientes graves, com famílias de pacientes graves, são os que mais solicitam a gente, é o que mais aparece” (P8).

À medida que a especialidade em psicologia hospitalar foi evoluindo “as práticas tornaram-se rotineiras, com enfoque preventivo e não mais curativas e agudas como anteriormente” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 175). Desta forma, a atuação do psicólogo é envolvida em uma série de solicitações, de multiplicidade de ocorrências, atendendo pacientes terminais, pacientes que tentaram suicídio, pacientes que se submeterão a procedimentos cirúrgicos ou que realizaram algum, pacientes que não querem tomar medicação e com isso estressam à equipe; o que faz com que o psicólogo intervenha junto (ANGERAMI-CAMON, 2011). Sobre isso P4 relatou:

“A gente tem umas funções bem definidas: visitas, atendimento, fazer acolhimento, isso invariavelmente, a rotina de luto, o médico vai lá e avisa e a gente dá um suporte, humaniza o óbito. Mas tem algumas coisas que a equipe chama, mais em situações variadas, chamam muito quando os pais estão descumprindo alguma regra da UTI, lá tem horário para entrar, para fazer troca, tem que lavar as mãos, deixar o celular, então quando os pais descumprem as regras é certo que a gente vai ser chamado porque eles acham que como a gente lida com pessoas, deixam de lado.”

Ao questionarmos às entrevistadas sobre o objetivo do trabalho do psicólogo no hospital, ficou demonstrado que:

“O papel do psicólogo no hospital de uma maneira resumida, eu sinto que é facilitar, tornar a experiência de quem está ali, seja do paciente, seja da família, do profissional de saúde, de qualquer pessoa que está ali, a nossa função é de ajudar a enfrentar as adversidades desse ambiente” (P4).

“É um papel muito importante que a gente desempenha ali dentro, principalmente para lidar com essas nuances dos pacientes internados, a gente serve para fazer o elo entre paciente e equipe, médico e paciente e com outras equipes, porque os pacientes falam para a gente que não falam para os outros profissionais, às vezes os profissionais nos chamam porque o paciente está chorando, e aí eu digo: qual o problema do paciente chorar? E parece que o chorar é um bicho de sete cabeças e a gente não pode mostrar fragilidade em momento nenhum? Sendo que no ambiente hospitalar, o paciente tá tão fragilizado, e aí o profissional diz: ‘não, mas tem que fazer ele parar de chorar!’, e é papel do psicólogo fazer o paciente parar de chorar? A gente tem momentos de angústia que palavra nenhuma vai descrever, aí a gente tem que expressar pelo choro (P6)”.

“É muito amplo, o que acontece, pelo menos onde eu trabalho é a tríade mesmo, equipe-família-paciente. Todos esses três, esse contexto, mas assistência própria ao paciente vai de acordo com a demanda, da equipe, vai de acordo com o que vai surgindo, mas o papel mesmo é de acordo com essa tríade. Isso é muito dinâmico, segue a demanda” (P7).

E em relação aos limites de atuação, Angerami-Camon (2013, p. 25) explica que “é muito importante que o psicólogo tenha bem claros os limites de sua atuação para não se tornar ele também mais um dos elementos abusivamente invasivos que agridem o processo de hospitalização[...]”, que já é permeado por diversos fatores estressantes, tornando-se importante destacar também o balizamento da

sua necessidade de intervir em determinado paciente, a própria necessidade desse paciente em receber tal intervenção, é delimitação imprescindível para que essa atuação caminhe dentro dos princípios que incidem no real respeito à condição humana(ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 25).

E faz parte desse respeito, a aliança da psicologia hospitalar com outras forças determinantes para atingir seus objetivos; uma dessas é a humanização através de um olhar mais cuidadoso sobre as condições emocionais do doente. Assim, “o psicólogo reveste-se de um instrumental muito poderoso no processo de humanização do hospital na medida em que traz em seu bojo de atuação a condição de análise das relações interpessoais”(ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 27). Sobre isso P8 relatou:

“Todos os dias que eu chego aqui, cada atendimento que eu faço, eu falo: meu Deus como o psicólogo faz a diferença no hospital!! Não estou querendo enaltecer a profissão, mas o psicólogo estudou para isso, o enfermeiro faz o papel dele, o médico faz o papel dele, mas o psicólogo entrou para ter uma escuta diferenciada, uma escuta à beira leito, e ter o compromisso de levar isso aos profissionais porque a gente percebe que quando vai atender o paciente, por exemplo, quando eu vou atender alguém eu passo no posto de enfermagem, e o que a gente escuta da equipe é que o paciente é difícil, é enjoado, está emburrado, não gosta da equipe. Aí quando você atende o paciente você vê um paciente fragilizado, medroso, com uma história triste, com perdas, aí justifica tudo isso, e quando você leva para a equipe tudo isso que você acabou de escutar porque você teve tempo para isso, não foi o técnico, não foi o enfermeiro, a equipe começa a olhar o paciente de uma forma diferente, eu tenho o compromisso de levar isso, eu tenho muita responsabilidade em levar isso” (P8).

Especificamente, sobre essa forma de lidar com o paciente, Simonetti (2013, p. 47) esclarece que:

O termo “paciente difícil”, tão comum nas enfermarias dos hospitais, não se refere a um paciente cuja doença exija muito da equipe médica quanto à técnica, esse se denomina, na verdade, um caso grave, mas designa o paciente que tem problemas de relacionamento, seja porque é muito crítico ou sarcástico com os que cuidam de sua saúde[...]. O paciente difícil é o protótipo da pessoa na posição de revolta [...]. Esses pacientes acabam sendo evitados pela equipe de uma forma consciente [...]. Quando eles podem ser escutados em sua revolta e mau humor, quando podem ter seus sentimentos reconhecidos, seus medos ventilados numa conversa desarmada, geralmente melhoram muito em seus relacionamentos.

Nortear a atuação do psicólogo no sentido de fortalecer as evidências de que a presença de determinantes emocionais contribui para a evolução do quadro clínico do paciente e “intervir nesse ponteamto é outra performance que faz da psicologia uma força motriz até mesmo no diagnóstico e compreensão de patologia que a própria medicina não tem uma explicação absoluta” (ANGERAMI-CAMON, 2013, p. 27).

Por conseguinte, pensar na atuação do psicólogo chama à responsabilidade para aquele que o faz, no caso o próprio psicólogo, o compromisso de buscar a melhor forma de fazê-lo, apoiando-se em abordagens que lhe darão segurança no manejo da situação, bem como sustentação para limitar a demanda no que se refere a “jogar para o psicólogo” tudo aquilo que não se dá conta de fazer, ou que não há quem queira fazer, lembrando que a interação pessoal faz parte de toda e qualquer profissão, cada um à sua maneira, com sua contribuição, mas interagindo com o outro de forma respeitosa.

4.3 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Hoje em dia a prática do atendimento em saúde é realizado em equipe composta de uma variedade de profissionais: são médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos, sendo que no hospital esses foram os últimos a ocuparem tal espaço.

Segundo Chiattonne; Maclean e outros (apud TONETTO; GOMES, 2007, p. 89) “as equipes se caracterizam pelo modo de interação presente na relação entre profissionais, que pode ser interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar”.

Tonetto e Gomes (2007, p. 90) explicam que:

A interação é interdisciplinar quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Na prática, poucos são os trabalhos que contemplam essa diferenciação. Independente do termo empregado há expectativas de que profissionais da saúde sejam capazes de ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única arte ou especialização.

Os autores exploram a temática, reconhecendo as dificuldades que um trabalho em equipe oferece. Dentre essas dificuldades, a falta da clareza e objetividade das funções de cada profissional é um desafio; e o que ocorre com a psicologia hospitalar não é diferente (TONETTO; GOMES, 2007). Destacam ainda que:

No âmbito hospitalar, sabe-se que a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos (Romano, 1999). Contudo, há queixas entre psicólogos de que muitas das suas observações clínicas não são prontamente aceitas pelas equipes. Tais dificuldades têm gerado discussões sobre qual o modo mais apropriado da Psicologia se inserir nas equipes multidisciplinares. Uma primeira condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes a sua especificidade (Romano, 1999). No caso de estarem esclarecidas as atribuições do psicólogo, espera-se que ele seja capaz de se mostrar competente o suficiente para que sua prática seja vista como necessária (CHIATTONE; MORÉ et al., 2004 apud TONETTO; GOMES, 2007, p. 90).

Com relação à visão do trabalho do psicólogo no hospital pelos demais integrantes da equipe multidisciplinar e como se dá esta interação, duas entrevistadas relaram positivamente a atuação:

“É boa, com a assistente social, com o fono, com a fisio, a gente conversa muito sobre os pacientes, tranquilo” (P2).

“Olha, para minha surpresa até hoje, agora, a gente está vivendo um momento que tem uma valorização muito grande da nossa profissão, porque eu já li tantas coisas que falava dos médicos, mas assim, pelo menos pode

ter, eu não conheço tudo aqui, mas os lugares que eu passei eu não tive nenhuma dificuldade de ser ouvida, eu acho que os outros profissionais valorizam muito o nosso trabalho aqui” (P3).

Apesar de avanços, ainda existem desafios para o desempenho do trabalho em equipe multidisciplinar. Alguns deles são a ausência de frequência e sistematização das atividades e a discriminação hierárquica. Segundo Romano, 1999 (apud TONETTO; GOMES, 2007, p. 90):

A discriminação hierárquica ocorre quando não se diferencia *status* de função, substituindo-se as especificidades de cada membro da equipe pelas relações de poder. A dinâmica de trabalho em equipe, fundamentada na diferença de cada especialista, depende da autonomia e do compartilhamento de responsabilidades. Em uma equipe bem-sucedida, o diálogo é aberto e cooperativo, favorecendo o rodízio natural de lideranças situacionais.

A partir disto, e “fortalecendo a premissa de que saúde é um assunto para muitos profissionais, a abordagem em equipe deve ser comum a toda assistência à saúde” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 177). Sobre as relações entre os psicólogos e equipe médica, as entrevistadas relataram:

“Eu tenho bastante contato com a equipe médica, a equipe médica e de enfermagem são bastante solicitantes, essas relações aí já são mais complicadas, e a relação com as técnicas de enfermagem é muito boa, para mim é a relação mais importante para gerenciar lá dentro, porque elas é que têm muito contato com o paciente, com a família, elas fazem o cuidado com os pacientes... e aí tem uma fisioterapeuta e um fonoaudiólogo lá, que tenho uma relação bem tranquila, de muita parceria, equipe de enfermagem e médica é que trazem mais atrito” (P4).

“É boa, muito boa, tranquila, o mais difícil atualmente é trabalhar com os médicos, eles são muito difíceis, é muita correria e a gente não consegue encontrá-los, eles pegam os prontuários, eles se acham donos dos prontuários e eles carregam com eles, aí a gente procura para registrar e não acha, se apropriam dos prontuários, a equipe multi é muito boa, é uma equipe muito próxima, trocamos muitas informações e são atentos aos que os pacientes falam. No início combinamos de cada profissional trocar ideia sobre onde atua e isso ajuda, a gente aprende e vê no que o outro profissional atua. Eu mudei muito meu olhar depois que eu conheci a função de outras profissionais” (P6).

“O que acontece, eu acredito que eu tenho que melhorar um pouco isso sim, tento discutir mais os casos, é difícil às vezes encontrar o médico, esse encontro é difícil, mas a interação entre o psicólogo e equipe tem que ter, é essencial até mesmo para inserir outro discurso, mudar a ordem” (P7).

Nesse ponto não podemos deixar de observar na narrativa das entrevistadas a dificuldade em estabelecer um canal de comunicação e de interação com médicos e enfermeiros de nível superior. Isso mostra que as equipes multidisciplinares, em sua maioria estão pautadas nas relações de poder. No caso da instituição hospitalar o poder está em quem pode intervir sobre o corpo físico, sobre o orgânico, no caso

enfermeiros e médicos. Vale ainda tomar o relato do sujeito P6 para que possamos fazer uma reflexão. Nesse relato o sujeito se refere à equipe multidisciplinar como muito boa de interação, mas coloca o médico fora da equipe. O médico, nesse relato, ganha o status privilegiado que adquiriu historicamente e continuará desta forma caso a equipe não invista na desconstrução deste lugar de saber completo que se fecha a qualquer outra possibilidade que não seja a da intervenção no corpo do paciente.

Com relação aos possíveis desencontros entre o psicólogo e equipe médica, e o médico principalmente, Wilde e outros (apud TONETTO; GOMES, 2007, p. 90):

Verificaram que o baixo índice de encaminhamento para tratamento psicológico estava mais relacionado à falta de compreensão da prática do que à desconfiança dos métodos. A partir desses resultados, os autores concluíram que há necessidade dos psicólogos hospitalares investirem em canais de comunicação que permitam divulgar e esclarecer o trabalho que realizam ou podem realizar em hospitais.

E nessa intensa dinâmica, o psicólogo “deve inserir suas avaliações e seus atendimentos, respeitando e sendo respeitado por outros membros, mas, principalmente, deve estar muito atento às regras implícitas e às normas que regem um bom funcionamento da enfermaria” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 180), mas não somente a isto, deve ainda considerar os valores individuais de cada membro, porque “para um bom funcionamento da equipe, seus membros devem possuir os mesmos valores básicos” (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 180). Em relação à essa situação de respeito, troca de saberes e valores da equipe, a entrevistada relatou:

“Depois de 5 anos, a gente já consegue ganhar uma credibilidade, mas não posso negar que é muito difícil, é difícil por falta de conhecimento do que é a psicologia. A psicologia entrou num senso comum incrível, todo mundo acha que é psicólogo: ah, fui escutar fulano, que psicologia é escutar, é conversar, *ah, vai conversar com fulano, é brincar*, então é muito difícil colocar na cabeça dos profissionais que psicologia é ciência, é ciência e já foi ciência junto com a medicina, principalmente quando você trabalha numa instituição particular, de médicos cooperados, onde eles são os donos da instituição. Eu sinto que dou 3 passos pra frente e dois pra trás, então a gente tem que ter bastante segurança no que fala, você vai se impondo e vai mudando, mas ainda é muito difícil”(P8).

Simonetti (2013, p. 101), expõe que:

Para realizar seu trabalho de atendimento psicológico ao paciente, o psicólogo hospitalar precisa antes se envolver com a equipe médica e com a enfermagem, que em muitos casos não possui a mínima ideia do que o psicólogo está fazendo ali no hospital – isso quando não desdenha explicitamente seus propósitos. Lidar com essa situação não é nada fácil, e geralmente desperta sentimentos muito ambivalentes no psicólogo.

Mesmo reconhecendo as dificuldades de uma equipe em atuar de forma multidisciplinar, contribuindo ainda mais para uma fragmentação do paciente; a falta

de comunicação entre os membros da equipe, associado à ausência de conhecimento e experiência no olhar integrado direcionado a este, considerado como essencial no atendimento à saúde, persiste como um desafio de coparticipação dos saberes, dos papéis e das tarefas no ambiente hospitalar (ANGERAMI-CAMON, 2011).

A partir da análise desse núcleo de pensamento, ou seja, a comunicação do papel do psicólogo sustentada pela sua própria ação de fazê-la ser conhecida e reconhecida traz de volta aspectos narrados pelo sujeito entrevistado P8 em que ao mesmo tempo em que ressalta que houve um ganho na credibilidade, evidencia também que a psicologia ganha um status de senso comum em que qualquer profissional pode realizar a escuta, porque “é só escutar”.

Nesse ponto queremos chamar a atenção para a necessidade de que os psicólogos estejam firmes sobre a forma como se dá a sua intervenção no ambiente hospitalar, rejeitando posturas que remetam ao senso comum e mostrando evidências de abordagens que sustentam sua atuação, o manejo das situações e das intervenções necessárias e condizentes com suas atribuições.

Portanto, voltamos ao ponto da formação na graduação e especializações, que ainda são incipientes no contexto dos profissionais que atuam no hospital. Além disso, o desenvolvimento de estudos e pesquisas com diferentes abordagens seria também uma boa forma de comunicação e de divulgação da atuação dos psicólogos, mostrando resultados que dariam sustentação a sua importância e relevância na equipe.

4.4 O (S) DESAFIO (S) QUE A PSICOLOGIA ENFRENTA NO AMBIENTE HOSPITALAR

De acordo com Romano, 1999 (apud TONETTO; GOMES, 2001, p. 90), “no âmbito hospitalar, sabe-se que a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos”, porém alguns desafios são recentes e outros ainda persistem.

Dentre as respostas mais recorrentes surgiram a questão do trabalho em equipe, as dúvidas ou falta de reconhecimento do conceito de psicologia hospitalar e das atribuições do psicólogo no hospital - isso associado à necessidade de maior divulgação de suas condutas.

Em relação ao desafio de trabalhar em equipe, P2 descreveu:

“Eu acho difícil trabalhar a equipe do hospital, de dentro da enfermagem, eu acho complicado, as falhas aparecem como, por exemplo, com os pais, as falhas que tem no trato, nos relacionamentos, o jeito de falar as coisas, o jeito de abordar, eu acho que isso machuca as pessoas de um lado e do outro. Muitas vezes o profissional se queixa do acompanhante que vai ficando muito tempo, vai ficando insuportável também a convivência, e muitas vezes a também, porque o jeito que fala, então esses atritos são mais complicados de lidar, não dá, basta chegar para a pessoa e falar, e do jeito que se falar, pode incrementar isso mais ainda, dificulta mais ainda, então são coisas muito delicadas, acho que é esse relacionamento inter paciente e equipe.”

Tomado por base o relato acima, o sujeito P2 traz novamente à reflexão a dificuldade de relacionamentos e de interação entre equipe e paciente, acompanhantes e familiares. É possível compreender a dificuldade que isso pode gerar na forma de manejar tal situação pela intermediação do psicólogo no momento em que a situação de desconfortos entre as partes envolvidas já está posta. Entretanto, cabe buscar uma forma de que o trabalho de aproximação dessas partes (pacientes, familiares e equipe) possa ser um trabalho contínuo e que os momentos de crise sejam momentos que podem ser contornados com reflexões já realizadas e compreendidas por todas as partes.

Portanto, faz-se necessário que o psicólogo pautar sua atuação de forma a mostrar o que é possível ser resolvido sem a sua presença e aquelas em que sua presença é imprescindível, uma vez que a equipe pode se apropriar de formas adequadas, bem orientadas pelo psicólogo, e agir com autonomia em situações de conflito, sendo essa a essência da interdisciplinaridade.

Campos (apud GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 114), expõe que:

o trabalho em equipe no setor de saúde foi proposto como forma de garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre a saúde, como estratégia para proporcionar um atendimento mais integral aos usuários e superar a fragmentação e desresponsabilização proveniente da crescente especialização dos profissionais de saúde.

A multiplicidade das práticas é importante para a eficácia das equipes de saúde, pois gera pontos de confluência e de valorização das diferenças, objetivando como resultado uma coerência interna no trabalho (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005). No entanto, de acordo com os autores, “a simples reunião de profissionais com diferentes formações e práticas não garante que tal intuito será alcançado” (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 114), pois depende muito da forma como o profissional lida com os sujeitos, os usuários e outros trabalhadores, atuantes ou não nas práticas de acolhimento, vínculo e escuta; e ainda segundo os autores:

uma relação que não seja baseada nesse tripé fundamental (acolhimento, vínculo e escuta) não permite a constituição da relação dinâmica e faz com que os profissionais se enclausurem em seus saberes predefinidos e em suas práticas individualizadas, fundamentadas pela arrogância epistemológica, que nega o outro como sujeito da saúde (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p. 115).

Em relação ao desafio do reconhecimento do conceito de psicologia hospitalar e das atribuições do psicólogo no hospital, as entrevistadas descreveram:

“Eu acho que é essa coisa de estar em vários ambientes, um psicólogo em muitos espaços, às vezes a dificuldade de alguns profissionais ver além do físico, de o psíquico ser esquecido, ser ignorado, de ser colocado só para o psicólogo, o acolhimento é para todos os profissionais e, uma dificuldade; assim, aqui no hospital a gente tem uma integração da equipe, mas eu acho que precisa mais essa integração dos médicos entenderem o que a psicologia faz. Eu acho que difícil também é definir para os outros o que o psicólogo faz, eles chamam às vezes para demandas que não são nossas ‘ah, a paciente está chorando, a paciente não quer fazer o tratamento’ isso não é demanda nossa. Nós temos reuniões semanais, os psicólogos aqui, nós vamos lá e atendemos, mas a gente traz para o profissional que chamou: ‘isso não é demanda, isso é uma questão assim’, então a gente sempre tenta trazer para a equipe qual a visão da psicologia hospitalar, isso é muito importante, eu faço isso quando me chamam, eu vou e volto para o profissional depois, tem que ter sempre essa troca, acho que a dificuldade às vezes é desse pensamento do que faz o psicólogo hospitalar, mas os outros também sentem essa dificuldade, de saber o que outro faz” (P1).

“O maior desafio hoje, seria explicar às pessoas e saber dizer para as pessoas o que é psicologia e o que é a psicologia hospitalar, é a gente conseguir colocar isso de maneira uniforme para as pessoas, porque o que acontece é que em cada lugar, o psicólogo faz de um jeito e quando você vê, tem estagiária de psicologia contratada para fazer visita, que não é uma coisa exclusiva, então o maior desafio é a pessoa compreender o papel do psicólogo e esse desafio a gente que tem que fazer porque ninguém vai fazer isso por nós” (P4).

“Se você tivesse me perguntado isso há um ano antes, eu diria que era espaço físico, mas a gente tem conseguido. Essa sala aqui é da equipe multidisciplinar. Mas um desafio muito grande ainda é fazer com que os outros profissionais entendam nosso trabalho, entendam que a gente não é uma medicação para enjôo, a gente não é morfina para dor, não somos lenços, a gente tem lenços de vez em quando, mas não somos lenços, então tem muitas coisas que as pessoas precisam compreender sobre o nosso trabalho. As pessoas não sabem lidar com algumas dificuldades, dar conta do problema e parece batata quente, sempre para na psicologia ou no serviço social, então é muito desafio fazer com que os outros profissionais entendam qual a nossa função e qual o nosso valor” (P5).

De acordo com Angerami-Camon (2011, p. 152):

o campo de atuação do psicólogo que atua em instituições de saúde [...] continua mal definido em virtude da complexidade ou pluralidade epistemológica que ampliou e diversificou os diferentes campos de ação em psicologia e em saúde, é fundamental o diálogo entre inter e transdisciplinar com outras categorias, constituídas por saberes precisos e objetivos; a subjetividade do psicólogo, não raro, passa a ser confundida com incapacidade, com imprecisão, reforçando-se o modelo biomédico.

Simonetti (2013, p. 25) expõe que “a psicologia hospitalar vem se desenvolvendo no âmbito de um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre diferentes formas de conhecimento”.

Desta forma, faz-se necessário que o psicólogo no hospital deve fazer parte da equipe de saúde, e fazer parte significa incluir-se, fixar-se, afirmar-se e principalmente interagir, mesmo que o ambiente hospitalar seja repleto de interferências à atuação do psicólogo. E dentre essas interferências pode ocorrer a indução do profissional ao modelo médico tradicional (ANGERAMI-CAMON, 2011).

O que ocorre também é que:

muitas vezes ainda não estão bem delimitados, pela instituição de saúde e pelo próprio profissional que adentra o hospital, os papéis, as atividades e as atitudes esperadas desse novo profissional, pois ainda é nebulosa a relação entre as necessidades do saber psicológico e a demanda da instituição de saúde (ANGERAMI-CAMON, 2011, p. 170).

E nas instituições de saúde, geralmente, a demanda é em torno da expectativa de prestação de assistência psicológica somente em casos de pacientes com problemas psicológicos, os problemas orgânicos, ficam a cargo de outros profissionais, sem atentar-se à uma visão integrativa (ANGERAMI-CAMON, 2011). Em virtude disto, Angerami-Camon (2011, p. 171), destaca que:

O psicólogo encontra um espaço institucional resistente – segunda característica peculiar da psicologia hospitalar, na medida em que o psicólogo no hospital não era elemento previsto, dada a valorização orgânico das doenças e dos doentes, em detrimento do aspecto psíquico, refletindo a força do modelo biomédico, em detrimento do modelo biopsicossocial.

O fato de o ambiente hospitalar ser resistente ao saber e ao conhecimento que o psicólogo pode trazer como contribuição na visão integralizada do paciente foi abordada em diversas narrativas, uma vez que este sempre foi o lugar do saber biomédico. Entretanto, podemos nos apoiar nessa afirmativa para justificar as dificuldades gerais encontradas.

A relação desse fato com os relatos dos sujeitos P1 e P4 que afirmam quase que categoricamente que ninguém sabe o que o outro faz dentro das instituições em que trabalham. Consideramos essas falas muito elucidativas quanto a falta da coesão da equipe e das linguagens diferenciadas e sem eco, ou ainda mais, sem um lugar de encontro e de sínteses que possam promover o olhar integral do sujeito.

Com relação a esses desencontros ressaltamos que isso não justifica o fato de que no hospital não se sabe o que o psicólogo faz e somente o fazer do psicólogo é que

pode elucidar essa dúvida como se fosse “duvido que seja prescindível”. Nesse ponto gostaríamos mais uma vez de chamar a atenção para a segurança na formação e na conseqüente assertividade nas intervenções. Sendo assim, ainda que com papéis indefinidos é o fazer do psicólogo, é o seu experimentar fazer que irão mostrar a relevância do seu papel na instituição. Para tanto, há que se buscar qualificação da escuta seja ela de qual abordagem for, além disso, uma enorme disponibilidade para criar formas de as intervenções acontecerem nesse ambiente restrito do ponto de vista estrutural e físico. Conforme a narrativa do sujeito P5, que já atribuiu os desafios ao espaço físico, hoje esse sujeito abre novas questões como “*não somos lenço*”, embora o tenhamos porque precisamos deles, não somos remédio que tiram os sintomas orgânicos, mas sim, falta responder o que somos e em que podemos contribuir e isso só se demonstra fazendo e fazendo com bases epistemológicas e abordagens evidenciadas em práticas.

Ainda sobre alguns desafios, foi citada a dificuldade de mensuração dos atendimentos prestados nas instituições, como forma de controle de gestão e obtenção de certificados de excelência pela instituição hospitalar:

“O que eu acho muito difícil, mas isso é para todos os profissionais é a questão da quantificação dos números de atendimentos, mas em relação à qualidade... o quantitativo, por exemplo, quantos atendimentos realizados, é fácil, mas como posso expressar a qualidade dos atendimentos para a diretoria do hospital?”(P7).

“É muito difícil, eles colocam essas certificações aí do hospital, essas estatísticas, essa acreditação, então eles medem tudo, medem o sucesso pelo número de infecções que ocorreram no mês e como você mensura a psicologia? Como você mensura um resultado palpável? Isso acho que é um outro desafio” (P4).

As mensurações quantitativas no serviço de saúde são realmente um problema a se enfrentar. As diversas certificações que os hospitais almejam fazem com que os olhares dos gestores fixem-se no quantitativo. Com relação a esse aspecto, gostaríamos de ressaltar tempo indeterminado lidaremos por isso, pois cada vez mais a sociedade contemporânea tende a enaltecer a produtividade e as instituições hospitalares passam a se equiparar a organizações e empresas produtivas, sendo a produção mensurada através de número de atendimentos, de procedimentos, de cirurgias, de capacidade instalada, sem que haja qualquer questionamento com relação à qualidade.

Durante as entrevistas foi relatado como uma dificuldade de melhor atuação do psicólogo hospitalar a carência de profissionais nas instituições privadas. As que visitamos, possuíam apenas um profissional para atuar em todo o hospital, atendendo às demandas nas UTIs, CTIs, nas alas pediátricas, de adultos, de pacientes crônicos e oncológicos. Já nas instituições públicas e na filantrópica, o quantitativo de psicólogos era maior, chegando a existir quase que um psicólogo para cada enfermaria: na maternidade, na oncologia, na pediatria, para atendimentos aos doentes crônicos, ortopedia e cirurgia bariátrica, por exemplo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa objetivou descrever a atuação do psicólogo no contexto hospitalar e a partir disto conhecer o objetivo de seu trabalho e de suas práticas junto ao doente, a família e a equipe multidisciplinar; reconhecendo também os desafios que consideram enfrentar neste contexto.

Tanto nas instituições públicas, privadas ou filantrópica os resultados obtidos demonstraram que as práticas realizadas pelos psicólogos hospitalares com o paciente e familiar ou acompanhante são intervenções individuais à beira leito, formação de grupos com pacientes para psicoprofilaxia, grupos de apoio aos familiares ou acompanhantes, atendimento familiar nos casos de óbito, entre alguns citados; tudo isso, visando a reconstituição da integralidade do paciente, que adocece não só fisicamente, mas é acometido por um sofrimento psíquico, permeado de angústias, questionamentos e incertezas sobre o curso de sua vida, sobre a ruptura com a família, com o trabalho e demais relacionamentos.

Um fato observado quanto às intervenções praticadas foi a pouca atuação dos psicólogos hospitalares com a equipe multidisciplinar, sendo relatado por alguns profissionais a participação em reuniões e discussões de casos, além de visitas multidisciplinares nas enfermarias do hospital; não houve relatos de intervenções individuais com estes profissionais da equipe de saúde, o que precisaria ser mais bem abordado em pesquisas futuras.

Em relação aos objetivos de seu trabalho, os psicólogos relatam estar bem certos de seu papel nas instituições hospitalares, e, munidos de conhecimento e de diferentes abordagens, embora haja certa contradição nessas narrativas quando dizem que não conseguem intervir dentro do que consideram imprescindível e por atender demandas pontuais a todo o momento, aquilo que chamam “apagar incêndio”.

Os psicólogos entrevistados demonstraram reconhecer a importância do seu exercício profissional num ambiente tão marcado pela fragmentação do paciente diante do modelo biomédico cristalizado; e para isso, reconheceram ainda a necessidade de maior divulgação dos seus afazeres e de sua inserção nas equipes multidisciplinares, contribuindo com um olhar diferenciado sobre o doente. Cabe aqui lembrar que o fazer do psicólogo é que vai marcar a sua importância e relevância na contribuição da saúde

integral do sujeito. Portanto, o manejo das situações precisa ter uma base epistemológica bem clara, o que diferencia sua escuta de uma escuta pautada no saber do senso comum, como foi citado por um dos sujeitos entrevistados, que mostrou em sua narrativa a constante referência a escuta dos psicólogos a uma escuta qualquer, que não se qualifica e não se diferencia, o que leva a crer que qualquer profissional com paciência e boa vontade possa fazer o que faz o psicólogo no hospital.

Por conseguinte, a formação e a qualificação desse profissional tornam-se imprescindível, pois que estará lidando com uma equipe resistente e cujo conhecimento dominante parte de outra lógica de intervenção, a orgânica, ou seja, a que se relaciona de forma direta com a doença, esquecendo do sujeito que subjaz a doença e até ao doente.

E sobre a atuação nas equipes multidisciplinares, poucos psicólogos consideraram-se escutados pela equipe, que ainda tem dificuldade em reconhecer a importância da psicologia no contexto hospitalar. Ainda assim, demonstraram ter mais afinidades com os técnicos de enfermagem pela facilidade de acesso e por estes conhecerem melhor o dia a dia do paciente internado. Alguns psicólogos queixaram-se da inacessibilidade do médico, e compreendem como causa disto, o fato de serem muito ocupados com os deslocamentos diários para vários hospitais durante o dia.

O caso da dificuldade de interlocução com os médicos remete a própria formação destes e à convicção deles em relação à hierarquização do saber dentro do hospital. Portanto, médicos e enfermeiros de nível superior se colocam em lugar privilegiado, já que seu saber intervém diretamente sobre o corpo conseqüentemente a doença. Os psicólogos ao se aproximarem da equipe técnica reforçam a ideia de separação entre aqueles que têm mais poder e menos poder dentro da instituição. Nesse caso, deve fazer parte da estratégia do psicólogo uma aproximação entre os diferentes profissionais, incluído aí médicos e enfermeiros, pois só assim seu espaço de intervenção poderá ser reconhecido e até ampliado.

Em relação aos desafios que enfrentam na sua forma de atuar, os psicólogos evidenciaram o quanto a psicologia e a psicologia hospitalar principalmente, é pouco conhecida e até mesmo desconhecida nas instituições pela própria equipe de saúde; e quando conhecida, algumas vezes é referenciada como uma teoria de senso comum, de se conversar, de se brincar com o paciente; ou como descreveu uma das

entrevistadas, de “[...] dar conta do problema, parece batata quente” (P5), confirmando a ideia de solicitação de atendimento psicológico em situações difíceis e emergenciais.

Uma queixa comum, apresentada pelas entrevistadas foi em relação ao atendimento de demandas que não cabem à psicologia uma intervenção: o choro do paciente, por exemplo; que pode ser simplesmente de dor. Sobre isto, P5 relatou ser “[...] um desafio muito grande ainda é fazer com que os outros profissionais entendam o nosso trabalho, entendam que a gente não é uma medicação para enjoo, a gente não é morfina para dor, não somos lenços [...]”.

A realização dessa pesquisa atendeu aos objetivos que se propôs e a partir desta, foi possível que adentrássemos em um campo recente para a psicologia, e que hoje nos mostra ser indispensável visto a necessidade de inúmeras possibilidades de intervenções no contexto hospitalar.

As intervenções passam pelo manejo das situações que envolvem o doente, a família ou a equipe, sendo a demanda a ser escutada, olhada ou cuidada, feita através da troca de saberes, traduzindo uma nova forma de olhar o paciente internado, importando dissolver suas angústias e inquietações durante o tempo de estada no hospital, e melhor ainda se este cuidado for continuado durante o tempo em que o paciente necessitar, além hospital.

Esta pesquisa se mostrou de muita relevância enquanto aprendizado para a graduanda, principalmente por ter atuado em hospitais como campo de estágio nos últimos três semestres do curso e ter tido a possibilidade de observar na prática muito do que a teoria disponibiliza a respeito dos conceitos e objetivos da psicologia hospitalar. Além disso, pudemos entrar em contato na prática com a rica experiência do cuidado ao doente no momento talvez de sua maior fragilidade.

REFERÊNCIAS

A HISTÓRIA da Psicologia Hospitalar. **Ciência e Profissão**, Brasília, número 4, p. 22, dez. 2006.

ALMEIDA, Fabrício Fernandes; CANTAL, Clara; COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. Prontuário psicológico orientado para o problema: um modelo em construção. **Psicologia. Ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000200016>.

ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2015.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar (Org.). **Psicologia Hospitalar Teoria e Prática**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

_____. **A Psicologia no Hospital**. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

_____. **O doente, a Psicologia e o Hospital**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

_____. **Psicologia da Saúde um novo significado para a prática clínica**. 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

_____. **E a Psicologia entrou no Hospital**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

AVELLAR, Luziane Zacche. (2006). **A psicologia hospitalar na Grande Vitória: uma descrição**. (Relatório técnico de pesquisa, Edital FAPES n. 01/2005).

BAPTISTA, Makilim; DIAS, Rosana. **Psicologia Hospitalar – Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde: Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: 1965.557 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf. Acesso em: 27 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderno HumanizaSUS. Atenção Hospitalar. Brasília, 2011, v. 3. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 30 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Definições e normas das Instituições e Serviços de Saúde**. Diário Oficial da União de 05/04/77- Seção I, Parte I, p. 3929.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da Saúde pública no Brasil**. 5. ed. São Paulo: Ática, 2011.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores**. Organização: Conselho Federal de Psicologia. Colaboradores: Maria Ermínia Ciliberti, Márcia Mansur Saadallah, Monalisa Nascimento dos Santos Barros. 2ª Edição Brasília-DF, 2013.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 7-14, jan. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em 10 maio 2015.

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 32, n. spe, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932012000500017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, v. 3, n. 1, 1998, p. 53-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

ELIAS, Valéria de Araújo. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2014.

FREITAS, M.F.Q. **Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: práticas da psicologia em comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil**. In R.H.F. Campos (Org.), *Psicologia Social Comunitária - da solidariedade à autonomia*. Petrópolis: Vozes, 1996, p 54-80.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010, p. 03-15.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 26. ed. São Paulo: Graal, 2008, p. 99-111.

FREITAS, Joanneliese de Lucas; STROIEK, Nutty Nadir; BOTIN, Débora. Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. **Revista da abordagem gestáltica Goiânia**, v. 16, n. 2, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, Rafael da S.; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. A Orquestração do Trabalho em Saúde: um Debate sobre a Fragmentação das Equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. 2ª ed. - Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

GORAYED. R. **A prática da psicologia hospitalar**. In: MARINHO. M. L; CABALLO. V. (Org.) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Granada: Editora UEL, 2001, p.263-278.

GULJOR, Ana Paula; PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Alúcio G. Necessidades e práticas de desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: notas sobre a análise da demanda a partir do perfil dos pacientes internados no Hospital de Jurujuba, Niterói – RJ. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006. p. 113-149.

LAZZARETTI...[et al.]. **Caderno de psicologia hospitalar**. CFP/ Curitiba: Unificado, 2007, p.11.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da Investigação Científica para Ciências Sociais Aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maios 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade**. 34. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, A.S.; SILVA, S. O.L.; PEREIRA, J. F. (Orgs). **Re-conhecer quem somos – Um retrato da Psicologia capixaba em 2011-2012**. Conselho Regional de Psicologia (CRP-16).GM: Vitória –ES, 2013.

NEGRI FILHO, Armando; BARBOSA, Zilda. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. **Revista Consensus**, ano IV, número 11 abril, maio e junho de 2014. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/edicao-11-abril-maio-e-junho-de-2014/>. Acesso em: 10 maio 2015.

NIGRO, Magdalena. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.26.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**. ANVISA – Seminários Temáticos Permanentes. Brasília: 28 de março de 2001.

PAIM et al., J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. 2011;377(9779):11-31. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PEREIRA, Alessandra Barbosa; FERREIRA NETO, João Leite. Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 67-88, jan. /abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13n1/1981-7746-tes-1981-7746-sip00024.pdf> . Acesso em: 15 maio 2015.

RIBEIRO, José Carlos Santos; DACAL, Maria Del Pilar Ogando. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, dez. 2012 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 20 out. 2014.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. **En Busca de un Modelo de Integración del Psicólogo en el Hospital: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario**. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología, 2003, p. 831-863.

SALDANHA, Shirlei de Vargas; ROSA, Aline Badch; CRUZ, Lilian Rodrigues da. O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jun. 2013 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2014.

SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. **Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação**. In: Spink, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas metodológicas*. Ed. Virtual. Rio de Janeiro:

Centro edelstein de pesquisas sociais. 2013. P. 71-99. Disponível em: <http://www.bvce.org/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=261>. Acessos em: 15 maio 2015.

STENZEL, M.Q.L; ZANCAN, N.; SIMOR, C. In: **A psicologia no cenário hospitalar: encontros possíveis**. FERREIRA, Thomé V. R. (Org.). Porto Alegre: EdiPUCRS, 2012.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar – O Mapa da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, B. W. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**. *Campinas*, 24, 89-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100010>.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: O FAZER DO PSICÓLOGO JUNTO AO DOENTE, A FAMÍLIA E A EQUIPE HOSPITALAR: OPORTUNIDADE E DESAFIOS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Margareth Marchesi Reis

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Esta pesquisa visa discorrer sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar buscando compreender suas práticas, identificando as atividades desenvolvidas no hospital e investigar os objetivos de seu trabalho diante do contato direto com o paciente internado. A partir desses objetivos, serão feitas entrevistas semiestruturadas com 08 profissionais que atuam de forma efetiva nos hospitais da Grande Vitória, sendo estes públicos, privados e filantrópicos.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA: Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e Científicos. Temos a intenção de, ao fim da realização da pesquisa, buscar novas possibilidades de intervenção no cotidiano desta instituição.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa.

Basta procurar o pesquisador: Margareth Marchesi Reis pelo telefone: (27) 3331-8500 e no endereço: Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória-ES. CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional. As entrevistas realizadas para coleta de dados serão gravadas e transcritas na íntegra.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

Local, Data e Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura do Pesquisador – Prfª Ms Margareth Marchesi Reis

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

Nome (iniciais):

Idade:

Sexo:

Formação:

Tempo de Formação:

- 1) O que te motivou como psicólogo a atuar em ambiente hospitalar?
- 2) Tem especialização na área?
- 3) Como você define o papel do psicólogo no hospital?
- 4) Quais as formas de intervenção do psicólogo no ambiente hospitalar?
- 5) Em que casos você é mais solicitado durante seu expediente no hospital?
- 6) Como é sua relação com outros profissionais da saúde dentro do hospital?
- 7) Quais as possibilidades de inserção da Psicologia em equipe multidisciplinar no ambiente hospitalar?
- 8) Como você atua com o acompanhante e ou familiar do paciente internado?
- 9) Qual a sua visão do hospital no cuidado com o paciente internado?
- 10) Você sente-se realizado com a escolha nessa área de atuação (psicologia hospitalar)? Por que?
- 11) O que você considera como desafio atualmente para a Psicologia Hospitalar?