

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

**REFERÊNCIA TÉCNICA PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) NOS
SERVIÇOS HOSPITALARES DO SUS
(versão preliminar para consulta pública)**

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheira Federal Responsável

Jureuda Duarte Guerra

Especialistas

Denise Regina Disaró

Josélia Quintas Silva de Souza

Maria Aparecida Crepaldi

Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Mônica Giacomini Guedes da Silva

Silvana Fontoura Dorneles

Brasília

Junho, 2019

INTRUTIVO PARA PARTICIPAÇÃO NA CONSULTA PÚBLICA

1. Após baixar, leia a versão preliminar do texto destinado à consulta pública;
2. Acesse o link do formulário no Goole Forms:
<https://forms.gle/aiGdFdF7B9e2TTALA>
3. Faça suas contribuições ao documento no formulário, considerando cada eixo que organiza a Referência Técnica;
4. A consulta pública ficará no ar em um prazo de 30 dias – de 04/06/19 à 04/07/19;
5. Após o término do prazo, todas as contribuições ao texto preliminar serão enviadas à comissão de especialistas que trabalhará para a construção da versão final para publicação.

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

INTRODUÇÃO

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

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

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

Em 1954 se iniciou de fato a inserção da(o) psicóloga(o) na instituição hospitalar. Mathilde Neder, pioneira nessa área, trabalhou no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, na clínica do grupo cirúrgico de coluna chefiada pelo Dr. Eurico de Toledo Freitas. Seu trabalho consistia em preparar psicologicamente as crianças para intervenções cirúrgicas do aparelho locomotor e em acompanhá-las no processo de reabilitação. Em 1957, Neder se transferiu para a Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas ampliando seu escopo de atuação. Em 1959, ela participou do 1º Seminário de Reabilitação da Faculdade de Medicina da USP no qual expôs temas visionários a respeito da atuação da(o) psicóloga(o) em hospitais, suas atribuições e importantes cuidados para o exercício da profissão, questões que ainda são discutidas atualmente (NEDER, 1991).

Outro nome exponencial na história de introdução das(os) psicólogas(os) no contexto hospitalar brasileiro é Thereza Pontual de Lemos Metteli (Gorayeb, 2010; Azevêdo & Crepaldi, 2016). Na década de 60 ela atuou no Hospital das Clínicas da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMPUSP), onde também lecionava. Não poupou esforços para organizar uma equipe interdisciplinar para a realização do trabalho clínico junto às crianças, o qual se consolidou e resultou em grande sucesso em tratamentos médicos de diversas especialidades, até 1974, quando foi convidada a trabalhar na Universidade de Brasília (UnB).

Na UnB, Mettel trabalhou com médicos, enfermeiros e paramédicos para o cuidado e assistência humanizada à criança hospitalizada (ainda hoje, objeto de interesse da Organização Mundial de Saúde), tendo um papel importante na introdução de uma política de tratamento hospitalar que incluía o acompanhamento e a participação ativa das mães e outros agentes cuidadores, no cuidado à saúde de crianças. Realizou uma pesquisa no Hospital de Sobradinho, na época Hospital Escola da UnB, e no Hospital Distrital de Brasília (hoje, Hospital de Base do Distrito Federal), cujos resultados apontaram para uma significativa melhora das condições de saúde das crianças e redução do tempo de internação, quando suas mães permaneciam ao lado de seus filhos. Tais resultados contribuíram para o incentivo à adoção de políticas de humanização em hospitais da rede pública de saúde do Distrito Federal e demais Unidades da Federação. (DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR E DO DESENVOLVIMENTO UnB, 2007, p. 127)

As atividades desenvolvidas por Mettel são anteriores ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi publicado em 1990, e que a inserção da(o) psicóloga(o) em hospitais também foi anterior à criação do SUS (1988).

Em 1974, com a saída de Mettel, o Prof. Dr. Ricardo Gorayeb foi convidado para assumir seu cargo no então Departamento Neuropsiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC/FMRP/USP), onde deveria também dar continuidade ao processo de atenção aos pacientes no Hospital das Clínicas. Na época não haviam psicólogas(os) contratadas(os) com função assistencial e cabia aos docentes exercerem ambas as funções (GORAYEB, 2010). Hoje em dia o HC da FMRP/USP é uma referência nacional no âmbito da pesquisa e intervenção em psicologia hospitalar, pois possui inúmeras psicólogas contratadas, diversos programas de Aprimoramento, além de alunos de graduação em pós-graduação stricto sensu.

Na mesma data (1974), após anos de atividade em diferentes unidades do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, a psicóloga Bellkiss Wilma Romano Lamosa foi convidada para organizar e implantar o Serviço de

Psicologia Hospitalar neste mesmo hospital. (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1992).

Como reflexo da inserção da(o) psicóloga(o) no hospital, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) ofereceu, em 1976, o primeiro curso de Psicologia Hospitalar do Brasil, sob a responsabilidade de Belkiss W. R. Lamosa.

Segundo Rocha Junior (2004), a psicóloga Regina D'Aquino criou, em 1979, em Brasília, um trabalho junto a pacientes terminais, desenvolvendo um modelo de atuação psicoterápica frente à morte e suas implicações. Sua atuação também abarcava os familiares e os profissionais. No mesmo ano, Wilma C. Torres iniciou, como coordenadora, o Programa de Estudos e Pesquisas em Tanatologia da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro.

Angerami-Camon, Chiattoni e Nicoletti (1992) destacam a criação do primeiro curso de Especialização em Psicologia Hospitalar, em 1981, ofertado pelo Instituto Sede Sapientiae, sob a responsabilidade de Angerami-Camon. Acrescentam que, em 1982, Marli R. Meleti normatizou, após anos de atividades, o Setor de Psicologia do Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência. No mesmo ano, Heloisa B. C. Chiattoni implantou o Setor de Psicologia do Serviço de Pediatria do Hospital Brigadeiro em São Paulo e foi pioneira na inserção das mães como acompanhantes de seus filhos durante sua internação, com o Projeto Mãe-Participante.

Em 1980, a psicóloga Denise Franco Duque foi contratada na Unidade de Pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), Florianópolis, SC, e em 1983, as psicólogas Maria Aparecida Crepaldi e Maria Cristina Vignoli, docentes da UFSC, organizaram o primeiro estágio curricular em psicologia aplicada à pediatria, no referido hospital, juntamente com a então psicóloga Telma Pereira Lenzi (AZEVEDO e CREPALDI, 2018). O Serviço de Psicologia do HU/UFSC consolidou-se e hoje conta com 13 psicólogas contratadas para atuarem nas diferentes clínicas, além de alunos de graduação e de pós-graduação stricto sensu e residentes em psicologia.

Em 1983 ocorreu I Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, promovido pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da USP. Este evento, de âmbito nacional, foi organizado por Lamosa e foi o primeiro a reunir psicólogas(os) de

todo o país que atuavam em diversas especialidades clínicas dentro do ambiente hospitalar. Na conferência de abertura desse encontro, ela ressaltou a importância de se ver o paciente como um todo e do trabalho em equipe multidisciplinar, o que proporciona uma visão holística do paciente e conseqüentemente um tratamento adequado (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1992).

Em março de 1987, Mathilde Neder, que permanecia atuando como psicóloga no Hospital das Clínicas da USP, criou a Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da USP (NEDER, 1991). Neste mesmo ano, com o aparecimento do primeiro caso de Aids no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL), a psicóloga Niracema Kuriki, que atuava em Ambulatório da instituição há pouco mais de um ano, foi convidada a ampliar seu escopo de atuação e atender os pacientes internados na Unidade de Moléstias Infectocontagiosas do mesmo hospital. Após sistematizar seu trabalho nesta unidade, ela fundou o Serviço de Psicologia em 1991, conseguindo mais dois psicólogos(as). A aceitação deste serviço por parte das equipes de saúde e da direção do hospital foi muito boa e em pouco tempo o Serviço cresceu vertiginosamente, com abertura de novas vagas de concurso para psicóloga(o) hospitalar.

Em abril de 1988 Lamosa defendeu sua tese de doutorado “O Psicólogo Clínico em Hospitais no Brasil: uma Contribuição para o Desenvolvimento da Profissão”, sendo a primeira tese a abordar a realidade da Psicologia hospitalar no Brasil. A autora destaca-se no panorama da Psicologia hospitalar no Brasil pelas suas obras, como Psicologia Aplicada à Cardiologia, Manual de Organização do Serviço de Psicologia Incor, Atuação da(o) psicóloga(o) na área hospitalar, A prática da Psicologia em Hospitais e pelo seu empenho em mostrar a importância, definição e a atuação da(o) psicóloga(o) no ambiente hospitalar. (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 1992).

Na Santa Casa de São Paulo, o Serviço de Psicologia se iniciou em 1992, inicialmente com as funções de psicodiagnóstico, orientação e psicoterapia em enfermarias e ambulatórios médicos e evoluiu para atribuições ligadas à assistência, ensino e pesquisa (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004). Este serviço tem tido grande importância no cenário nacional, tendo obtido, em 2003, o reconhecimento da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) para o Curso de Especialização

em Psicologia Hospitalar ofertado por eles, além do credenciamento do Conselho Federal de Psicologia (CFP), como Núcleo Formador de especialistas em 2010 (SANTA CASA – SP).

Enquanto a atuação da Psicologia em hospital geral ia crescendo, começaram a surgir mais publicações a respeito do tema. Nessa época Angerami-Camon organizou e lançou o primeiro de uma série de livros sobre Psicologia Hospitalar com a participação de autores como: Nicoletti, Chiattonne, Sebastiani, Fongaro, Santos, Trucharte, Knijnik, Coppe, Andrade, Alberto, Miranda, Gandra e Bartiolotti

Marisa Decat de Moura organizava, em meados dos anos 90, uma série de congressos e encontros informais em que psicólogas(os) hospitalares debatiam e refletiam, por meio de uma rica programação científica, a teoria e a prática da Psicologia hospitalar. Tais encontros aconteciam no Centro de Estudos do Hospital Mater Dei (MG). Conseqüentemente, Decat Moura organizou e publicou, em 1996, o primeiro livro da série Psicanálise e Hospital, totalizando 5 livros. Contou com a participação de diversos autores como: Mohallem, Dias de Souza, Soares, Rodrigues, Vilela, Araújo, Cardoso de Carvalho, Granha, Barros, Derzi, Drawin, Silva, Borges, Moura, Pimenta, Rodrigues, Krueel, Pereira, Oliveira, Avelino, Batista, Carvalho, entre tantos outros.

Outra consequência desses encontros foi a fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), em 1997, em uma assembleia com 45 psicólogas(os) que atuavam em hospitais por todo o Brasil, sob a responsabilidade das psicólogas Romano e Decat de Moura. A SBPH teve dez presidentes desde sua fundação: Belkiss W. Romano, Marisa Decat de Moura, Patrícia Pereira Ruschel, Sílvia Maria Cury Ismael, Tânia Rudnicki, Mônica Giacomini, Claire Terezinha Lazzaretti, Elaine Maria do Carmo Zanolla Dias de Souza, Valéria de Araújo Elias e Paula Costa Mosca Macedo. A presidente atual é Glória Heloíse Perez. Todas presidentes têm ou tiveram uma importante trajetória em hospitais, assim como os demais membros da diretoria.

A SBPH tem o compromisso de agregar os profissionais da área fortalecendo e desenvolvendo esta classe profissional. Para tanto desenvolve congressos bienais, sendo que o primeiro foi realizado, em 1998, no Guarujá e o próximo será em setembro de 2019, em Salvador. Tem um grande compromisso com a produção científica que se manifesta por meio de premiação dos melhores trabalhos científicos inscritos na categoria Prêmio

SBPH, que ocorre durante a realização dos congressos, mas que não pertencem aos trabalhos inscritos no evento; ocorre por meio da Revista da SBPH¹ que, com grande visibilidade, os 30 volumes publicados até o momento possibilitam o intercâmbio entre pesquisadores, professores e profissionais da Psicologia e áreas afins no Brasil e no exterior; e por meio de livros organizados e publicados pela SBPH, num total de três livros até o momento.

Todos os organizadores destes livros têm um importante percurso na área hospitalar. São eles: Sanches, Quiroga, Schmidt, Macedo, Perez, Ismael, Elias, Maria Moretto, Barbosa. Cada um deles conta com diversos colaboradores.

Com um vertiginoso crescimento, a Psicologia hospitalar, em 2000, passou a ser reconhecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia como uma especialidade, por meio da resolução 014/2000 (CFP, 2000). A participação da SBPH junto ao CFP foi fundamental e decisiva nesse processo. Em 2009, foi realizada a primeira prova de Especialista em Psicologia Hospitalar. Realizada pelo CFP ocorreu no VII Congresso Brasileiro da SBPH no Rio de Janeiro (SBPH – Web Site).

Outra grande conquista desta categoria refere-se à implantação das Residências em Psicologia, ocorreu na década de 1970. O Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, em conjunto com a Profa. Dra Edna Maria Marturano e com o apoio do presidente da Comissão de Residência Médica do Hospital, o neurologista Prof. Dr. José Geraldo Speciali, elaboraram e iniciaram no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, a primeira Residência em Psicologia do Brasil (GORAYEB, 2010). A partir do modelo das residências médicas, consistia um programa de treinamento em serviço, onde a(o) psicóloga(o) recém-formada(o) permanecia em tempo integral no hospital, realizando atendimentos nos ambulatórios e nas enfermarias. Tal programa serviu de modelo para outros Programas de residência, como os do INCOR em São Paulo e o do Hospital de Base da UNESP em São José do Rio Preto, SP. Além de servir também para o CFP, ao criar normas para a regulamentação dos programas de Residência em Psicologia no país - Resolução CFP 015/2007 (CFP, 2007).

¹ Atualmente, a Revista da SBPH é veiculada em formato digital e pode ser acessada no portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePsic) http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-0858&lng=pt&nrm=iso

Na Psicologia Hospitalar brasileira ainda figuram muitos nomes que fizeram ou estão fazendo história. É impossível citar todos, sem omitir alguém. Assim, de antemão nos desculpamos com aqueles que não tiverem seus nomes contemplados aqui.

Mas o que é psicologia hospitalar?

É o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento. O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um "real", de natureza patológica, denominado "doença", presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família e na equipe de profissionais (SIMONETTI, 2004, p. 15).

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

Cuidar da subjetividade humana presente na doença pressupõe estar atento aos comportamentos, pensamentos, sentimentos, desejos, sonhos, lembranças, crenças, discurso, entre tantos outros aspectos que formam a dinâmica psíquica de uma pessoa, independentemente se são causa, consequência ou forma de manutenção da doença. Trata-se de dar voz à subjetividade restituindo-lhe o lugar de sujeito, isto é, de alguém que pode se implicar na vivência atual (MORETO, 2001), seja ela a pessoa que está doente, seus familiares ou os profissionais de saúde responsáveis por seu cuidado.

Importante também considerar as inter-relações existentes entre paciente, família, equipe e instituição de saúde, como aponta Rocha (2004), salientando que o cuidado não pode ser descontextualizado, portanto, há que se considerar os fatores inerentes de cada instituição hospitalar na qual estes personagens estão circunscritos. Podemos acrescentar

ao contexto, o conhecimento e consideração das políticas públicas de saúde e os princípios do SUS, que afetam sobremaneira todos os envolvidos.

Com esse conjunto em mente, a atenção da(o) psicóloga(o) à subjetividade possibilita, ao sujeito, a elaboração simbólica do adoecimento. Mas “o psicólogo hospitalar participa dessa travessia como ouvinte privilegiado, não como guia. (...) sua filosofia é reposicionar o sujeito em relação à sua doença.” (SIMONETTI, 2004, p. 20). Seu fazer é de uma ordem completamente diferente da Medicina, por isso simplesmente não pode ajudá-la, já que ao cuidar da subjetividade (esta não tem cura), deixa a doença e o objetivo de curá-la completamente a cargo do médico, enquanto cuida do corpo simbólico. É no campo da linguagem que se dão e se encontram os sentidos e os significados da doença e da experiência atual.

Se o objetivo é cuidar do paciente de forma integral, a(o) psicóloga(o) hospitalar é parte importante de uma equipe multiprofissional que atue na lógica interdisciplinar, conforme consta na lista abaixo entre outras funções e atribuições da(o) psicóloga(o) hospitalar, definidas pelo CFP em conjunto com a SBPH. Sendo assim, a(o) psicóloga(o) hospitalar:

- Atua em instituições de saúde nos níveis secundário e terciário;
- Atua em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e pesquisa visando aperfeiçoamento ou especialização dos profissionais;
- Atende a pacientes e familiares, membros de equipe multidisciplinar, alunos e pesquisadores quando estes estão em pesquisa de campo;
- Avalia e acompanha intercorrências psíquicas quando o paciente está em tratamento;
- Favorece a promoção e recuperação da saúde física e mental, promove intervenção para melhorar a relação médico/paciente/família;
- Atende pacientes clínicos/cirúrgicos em diferentes especialidades;
- Realiza atendimento psicoterapêutico, grupos, psicoprofilaxia, avaliação diagnóstica, interconsultas;
- Trabalha em ambulatório, enfermarias, PS, UTI, UCO e atua de forma interdisciplinar. (SBPH – Web Site)

Interessante é observar, como afirmam Castro e Bornholdt (2004), que a área de Psicologia Hospitalar, como é conhecida no Brasil, é inexistente em outros países, que consideram apenas a Psicologia da Saúde como um todo. Entretanto, as autoras alertam para o fato de que estes dois conceitos não são equivalentes, considerando o significado distinto entre os termos saúde e hospital e também o caráter preventivo ou curativo das

doenças presente em cada um dos campos. Em outras palavras, saúde é um conceito amplo e complexo relativo às funções orgânicas, físicas e mentais (OMS, 2003), que contempla além do tratamento, a prevenção de doenças e a manutenção da saúde, enquanto que hospital é o contexto em que se tratam as pessoas que adoecem, portanto, contempla ações curativas. Sendo assim, as autoras consideram que a Psicologia Hospitalar é uma parte da Psicologia da Saúde. Ricardo Gorayeb comunga desta ideia, ao afirmar que Psicologia Hospitalar é uma área importante dentro da Psicologia da Saúde, com necessidade de uma intervenção precisa e adequada em um ambiente acostumado a raciocinar com base em evidências (GORAYEB, 2001; GORAYEB; GUERRELHAS, 2003).

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

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

Esta definição contempla os três pontos de atenção à saúde preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, apud GORAYEB, 2007), criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988. São eles: atenção primária, que ocorre nos postos de saúde e prevê ações curativas, mas principalmente as preventivas; atenção secundária, que ocorre nos ambulatórios e já prevê um nível de especialidade médica; e atenção terciária ou de alta complexidade que é prestada em hospitais e, portanto, onde se insere a Psicologia Hospitalar.

Para Straub (2005) a Psicologia da Saúde é a ciência que busca responder questões relativas à forma como o bem-estar das pessoas pode ser afetado pelo que se pensa, sente e faz. Como tal, possui focos e objetivos próprios que foram definidos pela American Psychological Association (APA) e seu então presidente Joseph Matarazzo, e publicados no primeiro volume de seu periódico oficial, *Health Psychology*: estudar cientificamente a etiologia das doenças, principalmente nos aspectos psicológicos, comportamentais e

sociais da doença; promover a saúde; prevenir e tratar doenças, a partir do ponto de vista psíquico e/ou comportamental; promover políticas de saúde pública e aprimoramento do sistema de saúde pública, permanecendo-se ativos e inseridos no âmbito das diretrizes e políticas públicas de saúde.

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

Com a crescente discussão acerca da Psicologia da Saúde, surgiram críticas em relação à existência da Psicologia hospitalar, afirmando que esta deveria fazer parte da Psicologia da Saúde no sentido mais amplo (YAMAMOTO; CUNHA, 1998). Outros dizem que a denominação Psicologia hospitalar é inadequada porque refere-se a um local de atuação não aos fazeres da psicologia. Acrescentam que tamanha fragmentação do campo profissional da Psicologia poderia dificultar a construção de uma identidade profissional da Psicologia da Saúde. (YAMAMOTO, TRINDADE E OLIVEIRA, 2002).

As(Os) psicólogas(os) hospitalares afirmam que “a denominação Psicologia Hospitalar não mais se refere a um **local** de atuação, mas a um **campo** de conhecimento, que vem sendo definido e dimensionado, inserindo, cada vez mais, o psicólogo na atividade de profissional de saúde” (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004, p. 27).

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

Assim considera-se que possa haver espaço para todos os saberes, que se inter-relacionam e dialogam entre si para atender aos usuários do Setor Saúde de forma resolutiva, ética e humanizada. Dessa forma, o Conselho Federal de Psicologia (CFP

03/2016) acrescentou, em 2016, a especialização “Psicologia em Saúde” ao rol das especialidades anteriormente reconhecidas e regulamentadas, conferindo o título de especialistas às(aos) psicólogas(os) que atuem nesta área e que cumpram os requisitos mínimos exigidos.

Independentemente de qual local o psicólogo vinculado à saúde esteja inserido, seja uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital, uma UPA ou Ambulatório, uma comunidade ou outor local de atuação dos psicólogos, é imprescindível que estes conheçam e considerem as variáveis que incidem sobre o contexto em que trabalham. Também, é importante conhecer temas tais como: epidemiologia e fatores psicossociais de risco para doenças físicas (GORAYEB, 2007), mecanismos de proteção à saúde e prevenção de agravos, além dos fatores individuais presentes na história e na subjetividade de cada pessoa em atendimento. A habilidade de trabalhar em equipe é fundamental, já que outras áreas profissionais da área da saúde sempre estarão presentes e, principalmente, pelo fato de que o paciente necessita de uma atenção integral.

Além dos temas acima citados, é fundamental que a formação do psicólogo contemple temas como Saúde Pública e Coletiva, Promoção e Educação em Saúde, Políticas Públicas em Saúde e o Sistema único de Saúde/SUS, brasileiro, dentre outros temas que o habilitarão para uma prática que se baseie em fundamentação científica e técnica adequadas. Cabe às Universidades a tarefa de se engajar nestas questões e transmiti-las aos futuros psicólogos, preparando-os para uma atuação que contemple o homem como um ser integral (MAIA, SILVA, MARTINS, SEBASTIANI, 2005).

Nesse sentido, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), tem um importante papel técnico, ético e político, à medida que se preocupa com a qualificação profissional e com a inserção da Psicologia no campo das Políticas Públicas e das transformações sociais, que se traduz no objetivo de produzir aqui uma Referência Técnica para psicólogas(os) hospitalares vinculados ao SUS.

O texto produzido aqui consta de seis capítulos. Este de Introdução, que fez um breve histórico da Psicologia Hospitalar e abordou sua relação com a Psicologia da Saúde; o Capítulo 1 que apresenta o Eixo da Dimensão Ético-Política. Este tem por objetivo levar os psicólogos a conhecerem o SUS, abordando o conceito ampliado de saúde, a estrutura,

princípios e diretrizes do SUS e demais políticas públicas de saúde. Em especial, trata da atenção hospitalar, incluindo portarias nacionais que incluem a participação do psicólogo, a humanização no ambiente hospitalar e particularmente o compromisso ético-político da atuação do psicólogo hospitalar; o Capítulo 2 que aborda a Interface da Psicologia com a Atenção Hospitalar, justifica a presença do psicólogo no contexto hospitalar, contempla os princípios e as especificidades de sua atuação junto à pessoa que está doente, sua família e à equipe, além do papel e das contribuições do psicólogo na equipe interdisciplinar; o Capítulo 3 trata da atuação propriamente dita da psicologia nos hospitais,. Articula os dados da pesquisa do Crepop ao Estado da Arte da Psicologia Hospitalar no Brasil e abrange as possíveis áreas de atuação do psicólogo no contexto hospitalar, bem como as diferentes formas de atuação deste profissional, questões técnicas e éticas como a importância do sigilo; técnicas de registro do resultado do seu trabalho em prontuário e notificações compulsórias; a importância da atuação em rede com suas referências e contra-referências; a importância da pesquisa e do ensino na área, associados à assistência propriamente dita; o Capítulo 4 transita pelas questões inerentes à Gestão tanto dos Serviços de Psicologia nos hospitais, com atenção às demandas e contrapontos do SUS, da administração do hospital, do seu próprio setor e dos psicólogos que o compõem articulando-as entre si, bem como do gerenciamento dos processos de trabalho do psicólogo, organizando-os, sistematizando-os e criando protocolos; e por fim, as Considerações Finais, que amarram as ideias anteriores e assinalam a importância de cuidado ao cuidador e da formação do psicólogo nas Instituições de Ensino Superior (IES).

EIXO 1 – Dimensão Ético-política da área de Psicologia Hospitalar

O Código de Ética dos Psicólogos, em seus princípios fundamentais, estabelece que a(o) psicóloga(o) “trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. E, ainda, que atuará com

responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural e baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos (CFP, 2005).

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

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

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

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

O modelo de assistência à saúde então centrado no hospital, hegemônico, a partir da década de 1980, não dava mais conta das necessidades de saúde da população e foi severamente questionado pelo Movimento Sanitário, denominado de contra-hegemonia, pois contrapunha-se ao complexo médico-industrial. O Movimento Sanitário foi um movimento político-ideológico nacional, organizado durante os anos de ditadura militar, protagonizado por profissionais de saúde, estudantes e intelectuais, além de outros integrantes da sociedade brasileira, que se reuniram em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Este movimento culminou na defesa das bases para a implantação do SUS, cujas ideias principais foram incluídas na Constituição de 1988. Dentre elas, estabeleceu-se que a saúde é direito inalienável do cidadão brasileiro e dever do estado.

A VIII Conferência Nacional de Saúde estabeleceu o que foi denominado de Conceito Ampliado de Saúde, considerado não mais em contraposição ao conceito de doença, mas entendendo que a saúde “tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais” (Brasil, Presidência da República, 1990a). Nessa perspectiva, a doença é vista em sua complexidade, portanto, não basta a presença de sinais e sintomas orgânicos para defini-la, mas um conjunto de elementos determinantes. Segundo Czeresnia (2003) há diferenças entre a doença e o adoecer. A “doença é uma construção e o adoecer é uma experiência de vida e, muitas vezes, ambos os conceitos são empregados como sinônimos” (Czeresnia, 2003. p. 41). O adoecer é pautado em experiências singulares e subjetivas que devem ser levadas em conta ao abordar a pessoa doente, sobretudo quando da hospitalização.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990, através das leis nº 8080 e 8142, que estabeleceram os seus princípios fundamentais e diretrizes organizativas. Em seu artigo primeiro, a lei nº 8080 estabelece que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990a). A lei orgânica da saúde prevê que a população brasileira deve ter acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde e o estado é responsável por ações que evitem os riscos a saúde da população.

Os princípios e diretrizes do SUS estabelecem pontos fundamentais para nortear as políticas e o processo de trabalho dos profissionais de saúde, tais como, a universalidade, a integralidade e a equidade. Pelo princípio da universalidade, todos os cidadãos, sejam brasileiros ou não, têm direito a uma assistência de qualidade em qualquer ponto da rede SUS.

A integralidade refere-se à necessidade de articulação das ações e serviços desde a porta de entrada do sistema, que é a Unidade Básica de Saúde (UBS), até o que é denominado de Alta Complexidade, ou seja, a atenção dispensada aos usuários em hospitais de alta densidade tecnológica, de forma contínua. O conceito de integralidade tem sido um dos mais discutidos atualmente no SUS pois possui inúmeros sentidos e ajuda-nos a pensar que o saber biomédico não é suficiente para compreender o sujeito de forma integral. Portanto, o trabalho junto ao Setor Saúde não pode prescindir de ações multiprofissionais que se constroem na lógica interdisciplinar.

O terceiro princípio, a equidade, prevê a assistência para promoção, proteção e recuperação da saúde de forma a garantir igualdade de resultados resolutivos, que seja destinada de forma diferenciada segundo as diversas necessidades de saúde da população em cada território e região.

As diretrizes organizativas e operativas do SUS, responsáveis pela organização e gestão dos serviços, são a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social. Estes foram fundamentais para organizar a gestão dos processos de trabalho e atender às necessidades de saúde dos usuários, considerando as especificidades do território local, regional.

A lei 8142, por sua vez, estabeleceu os conselhos Nacional, estaduais e municipais, e as conferências de saúde (Nacional, estaduais e municipais), dos quais todos os usuários e trabalhadores do Setor Saúde devem participar. Assim, a comunidade tem participação efetiva na construção, gestão e rumos do SUS, no cotidiano. Esta participação é denominada de “controle social” e garante a participação social efetiva dos usuários, gestores e profissionais de saúde, tanto das ações de orientação, fiscalização e implementação dos serviços de saúde, como em outras relações sociais implicadas no processo saúde-doença (BRASIL, 1990b).

Desde a sua criação o SUS cresceu e se transformou e isso culminou nas portarias que organizaram as ações, serviços e gestão, e instituíram a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Rede de Atenção à Saúde (RAS), A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) e a Rede de Atenção Hospitalar.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/SUS) foi criada pela Portaria 648/2006 sob os princípios da universalidade, acessibilidade, responsabilidade, humanização, equidade e participação social e seu objetivo foi estabelecer Estratégia Saúde da Família (ESF/SUS) como prioritária na organização do SUS. A mais recente reformulação desta é a portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 e seu objetivo foi o de revisar a regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. Esta portaria equivale e unifica os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde e preconiza que o sujeito deve ser considerado em sua singularidade, complexidade e inserção sócio-cultural, recebendo uma assistência qualificada em seu território, o que pressupõe encaminhamentos aos demais pontos da rede de saúde e intersetoriais públicas, comunitárias e sociais. Apesar de ter na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, passam a ser reconhecidas outras estratégias de atenção básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos na portaria e que possuam caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia de Saúde da Família.

Atenção Básica é o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado aos usuários em qualquer um deles através de uma relação horizontal, contínua e integrada, cujas unidades de Saúde da Família continuam sendo porta de entrada do sistema. Além disso, essa portaria acrescenta aos princípios e diretrizes fundamentais, objetivos a serem alcançados pela atenção básica: territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

A PNAB/SUS interessa às(aos) psicólogas(os) que trabalham em hospitais, pois aperfeiçoa a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população

As RAS foram criadas pela portaria N° 4.279/2010, e seu objetivo foi organizar as ações e serviços de saúde qualificando a gestão do cuidado no contexto atual. As RAS incluem formas de organização e comunicação, nos diferentes pontos de atenção, primário, secundário e terciário, para estabelecer as ações e serviços de saúde de forma integral, interdisciplinar e resolutiva. É um dispositivo que integra desde a sua base que é a Unidade Básica de Saúde (UBS), ponto primário de atenção, até o hospital, ponto terciário de atenção. Inclui a atenção secundária representada, por exemplo, pela Rede de Atenção Psicossocial, Ambulatórios, UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) e as unidades de atenção especializadas.

O SUS conta ainda com a parceria da rede privada, que é chamada de saúde suplementar. O setor privado é contratado pelo SUS para complementar a atenção que é fornecida aos usuários. Os serviços contratados no setor privado resistem em atender às diretrizes do SUS, pois têm uma longa trajetória de autonomia. Este fato pode afetar o funcionamento do sistema, portanto, cabe aos profissionais de saúde que trabalham no setor privado, e não apenas aos proprietários e gestores, a defesa do SUS e o compromisso com sua efetivação.

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

As diretrizes principais do trabalho da AB incorporam, além dos princípios e diretrizes do SUS, as dimensões da Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS.

A Política Nacional de Humanização/HumanizaSUS

A PNH é uma política transversal ao SUS, seus idealizadores lutam por um SUS mais humano, construído com a participação de todos os cidadãos, que assegure serviços de qualidade para promover a saúde integral e tem por princípios:

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

Além das orientações acima apresentadas, a PNH pressupõe orientações para cada tipo de atenção da RAS. No caso da atenção hospitalar o PNH recomenda as seguintes ações:

Implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); garantia de visita aberta, da presença do acompanhante e de sua rede social significativa; implantação do acolhimento aos usuários como mecanismo de recepção; fomentar a escuta diferenciada e qualificada aos usuários; estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para pacientes internados; implantação de Conselho de Gestão Participativa; existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares; garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral; Ouvidoria funcionando; dentre outras orientações (BRASIL, 2008).

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

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

A alteridade refere-se à experiência das relações intersubjetivas, que pressupõem a internalização da existência do outro. Trata-se de colocar-se no lugar do usuário para comunicar-se com este com fluidez, ética e responsabilidade e compreender suas representações, necessidades e demandas de saúde.

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

Para construir um plano de atenção singular ao usuário é necessário fomentar o vínculo e o acompanhamento terapêutico longitudinal. A incorporação do conceito de Clínica Ampliada veio em contraposição à clínica tradicional, cuja atenção é instituída pelo saber biomédico (CUNHA, 2005). Assim, a atenção deve incluir uma visão complexa do sujeito e de sua demanda, que escapam às racionalidades da biomedicina. A clínica ampliada é um dispositivo que pressupõe, segundo Cunha (2005), que os profissionais conheçam e deem atenção ao mecanismo de transferência e ressonâncias nas relações com os usuários, ou seja, os sentimentos nele depositados por ocasião da

interação. Deve-se levar em conta, ainda, os sentimentos contratransferenciais que, muitas vezes, opõem-se entre profissional e usuários e que interferem na atenção a ser dispensada.

Uma pesquisa realizada com as(os) psicólogas(os) que trabalham em hospitais (CREPOP, 2010) mostrou que as(os) psicólogas(os) brasileiras(os), ao trabalharem com o tema da Humanização, buscam referências nas diretrizes das políticas oficiais, porém, em sua maioria, não incorporaram de forma apropriada a Política Nacional de Humanização, tal como é descrita pelo Ministério da Saúde. Em seus relatos, não se constata mudanças nas concepções de cuidado, nem tampouco nos processos de trabalho como um todo. Referem algumas atividades preconizadas pelo PNH, mas esta política não aparece de forma transversal no trabalho desenvolvido nos setores em que atuam. Desenvolvem ações pontuais que sinalizam uma preocupação com o tema, mas ainda sem maior base ou consistência. Ocorreram relatos da participação de psicólogas(os) em comissões de gestão do PNH e menções aos Programas oficiais como o Humaniza SUS, e o Programa do Parto Humanizado, do Ministério da Saúde, respectivamente.

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

De interesse específico à(ao) psicóloga(o) hospitalar, é a Política Nacional de Atenção Hospitalar ou terciária, por ser mais recente e redefinir a atenção hospitalar baseando-se na PNAB/SUS, o que representou um grande avanço à atenção dos Serviços de Média e Alta Complexidade.

Atenção Hospitalar ou Terciária

O trabalho da(o) psicóloga(o) em hospitais se insere, no que é denominado no SUS, na Atenção Terciária ou Atenção de Alta Complexidade ou alta densidade tecnológica, pois inclui ações que requerem tecnologias mais duras, como a que é necessária para a realização de transplantes, por exemplo. É também frequente que a Psicologia hospitalar se aplique a serviços de atenção secundária, de média complexidade, como os ambulatórios de acompanhamento longitudinal, que atendem, por exemplo, gestantes de alto risco, flow up de bebês prematuros ou que estiveram em UTI neonatal, centros de atenção especializados a renais crônicos, portadores do HIV, oncologia, ambulatórios hospitalares destinados a atender aos usuários no processo de reabilitação pós-hospitalização, como nos casos de amputações e demais cirurgias complexas, dentre outros.

Para realizar este trabalho, a(o) psicóloga(o) necessita conhecer o que é chamado no SUS de Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013). Esta política refere que historicamente, no Brasil, o cuidado hospitalar seguiu o modelo biomédico-hegemônico, como visto na introdução, centrado em procedimentos tecnológicos que produziam uma atenção fragmentada e desarticulada e que se organizava em função da demanda espontânea. Segundo esta política, tal modelo provocou, ao longo de décadas, o empobrecimento da dimensão cuidadora, gerando insatisfação dos usuários, ineficiência e ineficácia dos serviços e baixo impacto na assistência. Isso não quer dizer que este modelo ainda não seja o mais praticado nos hospitais brasileiros, porém, cabe aos profissionais de saúde e gestores conscientizarem-se para as mudanças necessárias que a política preconiza.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar se propõe a rever este modelo, tendo em vista que se preocupa com a humanização, com a atenção qualificada e eficiente, e enfatiza que o hospital faz parte das RAS e sua atuação deve se organizar de forma regionalizada, articulada e integrada com a Rede. A atenção deve ser feita por equipe multiprofissional e o hospital deve concentrar sua assistência nas atividades altamente especializadas, buscando o processo de desospitalização e a formação de redes e associações de cuidados, garantindo a continuidade do cuidado em outros pontos de atenção das RAS. A Atenção Hospitalar deverá ser baseada nos pressupostos da clínica ampliada e na gestão da clínica (BRASIL, 2009).

Como definimos anteriormente, a Clínica Ampliada é um modelo de atenção à saúde que tem ganhado cada vez mais espaço nas instituições públicas e privadas. Ela é **baseada no conceito de saúde integral**, que vê a qualidade de vida como o resultado de fatores biopsicossociais. Outro pilar do modelo é integrar a equipe de profissionais de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, criando, assim, vínculo e diálogo com o paciente.

A abordagem de gestão da clínica que defende Padilha et al (2018) põe ênfase aos sujeitos envolvidos nas relações estabelecidas no cuidado integral à saúde e nos consequentes processos de aprendizagem, concebidos no trinômio atenção à saúde-gestão-educação. Nesse sentido, gestores e profissionais de saúde deveriam construir objetivos comuns, para os quais compartilham conhecimento e esforço profissional e se implicam igualmente. Nesse contexto, a criticidade e o comprometimento são vetores na construção de um ponto de vista.

O Hospital deverá implementar e monitorar estratégias para assegurar a qualidade da atenção e segurança do paciente. O modelo deve garantir a atenção às condições agudas, crônicas e crônicas agudizadas, organizado a partir das necessidades dos usuários. Como se pode constatar, a atenção hospitalar deverá organizar-se como um dos pontos das RAS e juntamente com atenção básica responsabilizar-se pela continuidade da assistência aos usuários (BRASIL, 2013).

No contexto acima descrito, a(o) psicóloga(o) deverá adequar sua atenção como partícipe de uma equipe multiprofissional, tendo em vista que é um profissional tão importante no sistema de cuidados como os demais.

A atividade do psicólogo hospitalar foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia como uma especialidade e esta estabelece que este profissional atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços nos pontos, secundário ou terciário da atenção à saúde.

A definição da especialidade prevê, também, o que se segue: “Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou

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

Como se pode constatar, portanto, a(o) psicóloga(o) hospitalar tem um espectro considerável de possibilidades de trabalho no Setor Saúde, mas não deve prescindir de conhecer o contexto de sua atuação, a especificidade que o seu local de trabalho possui, além de considerar que está inserido nas RAS. A(O) psicóloga(o) que atua em hospitais, por sua vez, deve ter consciência que atua em uma das pontas dessa grande rede que é o SUS e é importante que se integre a ela para prestar uma assistência de qualidade, fomentando o trabalho interdisciplinar.

Ao final deste eixo primeiro eixo que compõe as normas técnicas da psicologia hospitalar é importante lembrar que há portarias, do Ministério da Saúde, que incluem

obrigatoriamente a(o) psicóloga(o) na equipe mínima, tais como a **Portaria no. 628 de 26/04/01**, que trata de serviços destinados à realização da Cirurgia Bariátrica. Outras, recomendam assistência psicológica nos serviços de média e alta complexidade, o que compreende ambulatórios e hospitais. A exemplo têm-se as Portarias **Portaria n. 400 de 16/11/2009**, que prevê que a equipe de saúde para Atenção aos Ostromizados deve ter uma(um) psicóloga(o), ou a **Portaria n. 930 de 10/05/12**, que recomenda que a equipe de saúde inclua uma(um) psicóloga(o). Outras, ainda, recomendam assistência psicológica nos serviços de média e alta complexidade, o que inclui ambulatórios e hospitais. Assim, é necessário que a(o) psicóloga(o) conheça a legislação referente à área em que irá atuar, para garantir uma participação baseada nos princípios legais, éticos e políticos de sua profissão.

Pensar na promoção e recuperação da saúde da população, então, segundo o que preconiza o SUS, requer da(o) psicóloga(o) uma participação cidadã com atenção especial às lutas pela mudança das condições sociais da população brasileira, através de participação política, para a garantia dos direitos das pessoas que atendem e defesa do SUS, além de competência técnica e ética.

EIXO 2 – Interface entre Psicologia e atenção hospitalar

A interface entre a Psicologia e a atenção hospitalar caracteriza-se, primordialmente, por um contexto marcado pelo sofrimento que em maior ou menor intensidade, apresenta-se como próprios das situações de crise e adoecimento. O trabalho da(o) psicóloga(o) no campo hospitalar está ligado às tradições humanistas, dedicando-se aos comportamentos e possibilidades de respostas adaptativas pela complexidade do ser humano e em sua subjetividade, diante das experiências nas diferentes situações.

Tal contexto, então, põe à prova os recursos adaptativos de todos os envolvidos o que já poderia justificar uma ação especializada que é a tarefa da(o) psicóloga(o) e sua presença no ambiente hospitalar. No hospital, que é um ambiente de objetividade e resolutividade, devido aos procedimentos médicos e dos outros profissionais de saúde

necessários à sobrevivência da pessoa assistida, emerge uma demanda de sofrimento adicional, identificada pela subjetividade de cada pessoa assistida e família, evidenciando-se, assim, o *ser que adoecer* e as repercussões deste acontecimento em sua vida cotidiana, mostrando-se como significado para além da patologia e da sua gravidade.

Cabe ressaltar que no hospital o paciente encontra-se, na maioria das vezes, em *situação* de crise. Para Simon, (1989, p.60) a crise acontece quando “há um aumento ou redução significativa do espaço no universo pessoal” entendendo-se “universo pessoal” o “ser em sua unidade”, cujo significado emocional que ele dá ao fato experienciado é individual, intransferível e original.

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

Neste sentido, não se pode isolar a doença do ser que adoecer, do sentimento de *estar-enfermo*, que coloca o sujeito numa experiência de mal-estar, sendo o adoecimento considerado uma *situação-problema* vivida pelo *ser-doente-em-situação*. Tal experiência, decorrente do adoecimento, envolve sensações e sentimentos diversos dependendo das percepções de quem está vivenciando este momento ímpar. E sendo assim, pensando-se na hospitalização e nos momentos de dor e de sofrimento, pode-se compreender os movimentos particulares, os mecanismos de enfrentamento de cada um dos envolvidos e reflexões sobre como as(os) psicólogas(os) poderiam ajudá-los a atravessar as dificuldades da situação.

Deste modo, a prática clínica psicológica em contexto como na instituição hospitalar está para o *ser que adoecer*, para as diversas patologias em diferentes espaços de atendimento, onde houver sofrimento e desadaptações, trabalhando os aspectos subjetivos e emocionais do adoecimento e dos possíveis desdobramentos como tratamento, recuperação, sequelas, cuidados paliativos e óbito.

É importante ressaltar que *saúde-doença* é um desafio, visto que as ações em saúde buscam as necessidades individuais, sociais e coletivas. O espaço público pede novas

práticas de atenção e cuidado. É este o projeto que pretende ultrapassar os paradigmas tradicionais de atenção em saúde, implicando e ampliando para uma atenção ao sujeito em sua totalidade, buscando a participação de outros profissionais de saúde compondo a equipe multidisciplinar e interdisciplinar como será discutido ao longo deste eixo.

Medicina, Psicologia e adoecimento agudo e crônico

Enfatiza-se que no hospital a demanda costuma ser médica, mesmo que se considere a atual política de atenção hospitalar citada no Eixo 1, que preconiza assistência integral aos usuários, o que pressupõe a importância da ação de outros saberes, o cenário ainda é mais apropriado para a prática médica na lógica da atenção biomédica. O médico, é responsável pelo diagnóstico, define o tratamento, acompanha a evolução, dá alta hospitalar e assina o atestado de óbito, quando for o caso. Neste sentido, a área da psicologia posiciona-se em sua tarefa de acompanhar os acontecimentos e etapas do tratamento identificando e intervindo sobre as dificuldades emocionais e contribuindo para a melhor aderência ao tratamento proposto.

Para melhor compreender o tema acima proposto, buscamos no dicionário definições importantes para nossa prática.

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

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

O mundo do conhecimento biomédico e das patologias tem diversas especialidades e ainda muitas particularidades, como protocolos, tipos de tratamento, medicações específicas, procedimentos, intervenções e prognósticos, que vão dos mais simples àqueles reservados. Existem várias possibilidades e classificações, diagnósticos e prognósticos: doenças agudas, doenças crônicas e cuidados paliativos que, muitas vezes, evoluem por muitos anos, até a fase final da doença e posterior morte da pessoa doente. Há diferentes tipos de doenças: agudas, crônicas e crônico-degenerativas. Há doenças

crônicas com sequelas importantes, como o diabetes mellitus, a esclerose múltipla, doença de Parkinson, as grandes queimaduras ou os traumas graves com amputações, por exemplo, sem contar com um grande número de outras doenças.

Para a(o) psicóloga(o), a questão mais importante sobre adoecimento e hospitalização é saber em que circunstâncias este fato aconteceu, *quem* é o paciente e *como* ele se percebe em tal situação. A capacidade de enfrentar e o grau de suportabilidade da dor e do sofrimento é muito singular, não há medida para ser dimensionada.

Neste aspecto, a subjetividade aparece como fator mais relevante e aí está a diferença de objetivo da Medicina, dos demais profissionais da equipe e o da Psicologia. A Medicina busca a resolução e a objetividade das ações, colocando o centro das atenções na doença e no tratamento da patologia com todos os recursos técnico/científicos, com uma ética voltada para valores sociais, cura e respeito à vida.

A Psicologia, por sua vez, enfatiza a ética do respeito à singularidade e, utilizando o conhecimento técnico/científico, busca trabalhar o luto e as demandas de sofrimento, com atenção as adaptações e sintomas, pela natureza da situação. É necessário dar voz ao paciente, as suas verdades, aquilo possível a estar confuso, distorcido, embaralhado. Busca a compreensão da condição trágica da existência, tendo que suportar o desamparo e a solidão. E no hospital, o que é familiar, se desfaz!

Patologia e Diagnóstico é circunstancial e multifatorial. É necessário, portanto, contextualizar e atentar para aquela pessoa única, com sua história, valores e dificuldades.

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

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

determinado paciente/família e atuar junto a esta equipe de saúde favorecendo novas compreensões sobre a subjetividade do ser que adoecer.

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

Busca-se definições com o intuito de identificar o impacto que a doença poderá trazer para os envolvidos. Há grandes diferenças entre doenças *agudas* e doenças *crônicas* que passaremos a definir.

Doenças agudas

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

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

Para nós, profissionais de Saúde Mental, compreende-se que o Trauma Agudo leva a pessoa assistida/família a respostas compensatórias e defensivas pela incerteza da situação, apresentando um novo estado emocional, menos equilibrado e em permanente alerta.

Doenças crônicas

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

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

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

McDaniel, S.H.; Hepworth, J. e Doherty, W, J. (1994, p.179) também afirmam que:

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

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

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

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

Faremos uma abordagem geral às contribuições teóricas e estratégias clínicas que a(o) psicóloga(o) poderá lançar mão para muitas doenças *crônicas*. Citaremos, como exemplo, as Cardiopatias, Diabetes, Epilepsias, o Acidente Vascular cerebral (AVC),

Esclerose Múltipla e tantas outras doenças neurológicas como Alzheimer, Parkinson por exemplo, a Oncologia e suas características especiais, a insuficiência Renal Crônica, DST/AIDS entre tantas outras progressivas, fatais ou incapacitantes.

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

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

Para McDaniel, S.H.; Hepworth, J. e Doherty, W.J. (1994) a fase de *Crise* inicia de modo agudo ou gradual, antes mesmo do diagnóstico, ao aparecimento de alguns sintomas e a sensação de alguma coisa está acontecendo. A definição do diagnóstico é um período de grande estresse e turbulência emocional pelas dúvidas e desconfiança do pior.

Complementa Coelho (2001, p. 82) que com o diagnóstico definido pelo médico, inicia-se com os elucidamentos sobre o tratamento e as intervenções necessárias. E citando Carter e Mac Goltrych (1995) diz que segundo estes autores o curso da doença é marcado por 3 formas gerais:

- Progressiva - apesar do tratamento, sempre sintomática, vai progredindo em severidade.
- Constante – após instalada, se mantém estabilizada como nas amputações por traumas, ou AVC, por exemplo que deixam um déficit óbvio e irreversível, com limitação residual funcional permanente.
- Reincidente ou episódico – com períodos alternados de exarcebação dos sintomas, até com hospitalizações recorrentes e períodos mais estáveis o que gera muita incerteza e

aflição entre todos os envolvidos no tratamento. Nestas fases, todos da família em geral, se unem e participam muito do tratamento do enfermo que pode ser prolongado e com estas alternâncias de crises, hospitalizações e recaídas. São momentos permeados também de esperança que apareça um novo medicamento, um médico mais atualizado.

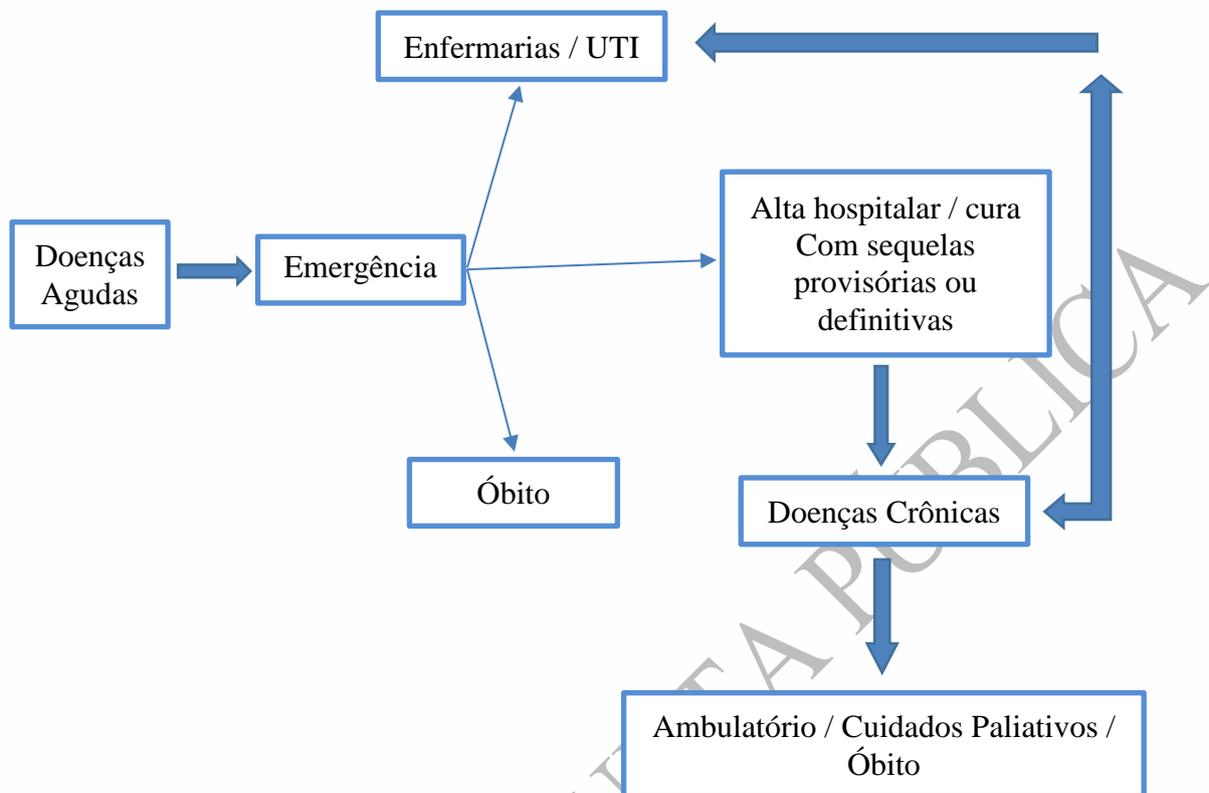
Coelho (2001) ainda aponta que são necessários ajustamentos específicos a cada fase do curso da doença. Diz:

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

Ainda para a autora citada (2001, p.69) atentar para a repercussão emocional reativa a doença *crônica* muito ajudará a equipe a compreender aquela pessoa assistida/família única. Segundo ela:

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

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



Assim, a(o) psicóloga(o) no âmbito hospitalar estará implicado não só com o sofrimento, mas com a evolução do quadro clínico até a fase final, com o luto e o óbito.

Deste modo, é importante saber: quem é a pessoa assistida? Qual a patologia? Aguda ou crônica? Com sequelas provisórias ou definitivas? Está devidamente informado sobre seu tratamento? E a família? Participativa? Fragilizada? Quais as repercussões psicossociais na vida da pessoas assistida e da sua família? A doença já evolui para a fase terminal? Pode-se fazer palição?

Se a doença evolui progredindo para a fase terminal, começam os sinais de cansaço e o fim da esperança. O paciente pode estar debilitado e sem forças para reagir. Podemos trabalhar o luto acompanhados por uma equipe bem preparada em cuidados paliativos em busca de uma morte digna que será discutido mais adiante.

Adoecimento, hospital e crise

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

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

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

Para tanto, perguntamos: *como se encontram as pessoas assistidas e seus acompanhantes durante a hospitalização?* Torna-se necessário também conhecer este cenário. *Qual é a realidade institucional na qual a pessoa assistida se encontra, que lugar é esse?*

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

O modo como cada pessoa assistida e sua família reage depende de múltiplos fatores, como: a natureza e a gravidade da patologia; história pessoal e experiências

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

Diante do exposto, pergunta-se: quais as necessidades e preocupações da pessoa que está adoecida e de sua famílias? Como eles estão reagindo a situação de crise? Será que estão conseguindo compreender a situação a ser enfrentada? Possuem recursos para o enfrentamento da situação? Qual a nossa compreensão sobre crise e ajustamentos em crise?

Simon (2005;1989) considera *crise* a partir da sua *teoria de adaptação*, enfatizando a subjetividade e o conceito de *Universo pessoal*. Dá ênfase ao aspecto afetivo e a experiência como original e emocionalmente significativa para a pessoa. É fato que a experiência de adoecimento e hospitalização representam para a maioria das pessoas enfermas um momento muito difícil pelas ameaças de perdas, a autonomia e os desejos são delegados a outros ou substituídos por procedimentos médicos necessários à sobrevivência, à possibilidade de morte entre tantos outros fatores.

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

É nesta perspectiva que Simonetti (2004, p.15) afirma: “*toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho do psicólogo hospitalar*”.

O autor acima citado acrescenta ainda

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

Diante de tal definição, o desafio será compreender o quanto a situação experienciada pelo paciente o leva a uma desestabilização que não pode ser desconsiderada. Sabe-se que rupturas na vida de qualquer pessoa pode desencadear uma crise. Procurando compreender melhor o que acontece, encontra-se no Dicionário o

significado de *crise*. “*situação que produz estresse significativo nas pessoas nela envolvidas; mudança traumática na vida do indivíduo, que frequentemente produz estresse cognitivo ou emocional*” (DICIONÁRIO DE PSICOLOGIA - APA, 2010).

O adoecimento, então, é compreendido como um momento de *crise* dada as possíveis rupturas significativas, mobilizações do ponto de vista emocional, dada as implicações e desdobramentos na existência da pessoa. Uma experiência de mal-estar que tem um poder desestabilizador e que pede cuidados. Além disso, não se pode deixar de lado que a *crise* por adoecimento poderá aparecer sobreposta a uma outra *crise* já instalada, como ser adolescente e adoecer, por exemplo.

Safra (2003), esclarece quando afirma que nas situações de *crise* o sujeito pode estar paralisado pelo problema, tomado por ele, perde momentaneamente a capacidade de encontrar soluções. A *crise* paralisa, o paciente poderá sair da inércia que a situação o colocou se conseguir falar sobre o problema, contar sobre isso, e, pondo sua questão em movimento, poderá se relacionar melhor com ela e aceitar melhor suas dificuldades.

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

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

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

Durante a *crise* a pessoa perde momentaneamente sua capacidade de equilíbrio, desestabiliza-se, há uma redução da capacidade de se encontrar soluções imediatas para o problema que interfere na capacidade adaptativa da pessoa. Há um aumento do nível de tensão. Reações de ajustamentos são necessárias. No entanto, sentimentos, percepções distorcidas da realidade ou mesmo reais e insuportáveis, fantasias destrutivas, exames e procedimentos médicos, prognóstico, põe em dúvida o grau de suportabilidade dos pacientes e seus familiares. Muitas vezes, eles pedem para morrer. Eles podem chegar a um limiar de afetação que os impedirá de lançar mão de *mecanismos adaptativos*

adequados e a Atenção Psicológica poderá favorecer este processo (ROMANO, B.W., 2008; BRUSCATO, W.L. et al, 2012; 2014 ; SIMON, 1989; SAFRA, 2003).

Assim, aqueles que não conseguem estratégias de enfrentamento construtivas, mas reagem de modo mal adaptativo e destrutivo, deverão receber atendimento específico ofertado pela ação da(o) psicóloga(o) com as intervenções em crise que é um manejo breve e adequado as situações de perigo iminente, como as hospitalizações. Considera a *situação-problema*, ou seja, a *crise* instalada que precisa ser suportada, atravessada, enfrentada da melhor maneira que for possível para a pessoa. Envolvendo-se e comprometendo-se com seu tratamento, o paciente poderá aceitar as restrições que a patologia impõe e assim, certamente poderá desenvolver posturas mais ativas e de sobrevivência.

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

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

Por fim, a Psicologia no hospital objetiva dar voz à subjetividade, aproxima-se do paciente em sofrimento, favorecendo a elaboração simbólica do adoecimento, a travessia do tratamento necessário e trabalhando no sentido de validar sentimentos presentes entrando em contato com as dificuldades do momento que pode parecer insuportável e infinito.

EIXO 3 – Atuação da psicologia nos hospitais

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

Rodríguez-Marín (2003) esclarece que a Psicologia Hospitalar é a intersecção de contribuições educativas, científicas e de atuação profissional que as diversas disciplinas da Psicologia fornecem para possibilitar uma melhor assistência aos pacientes no contexto hospitalar. O trabalho da(o) psicóloga(o) no ambiente hospitalar deve ser, então, o de orientar as pessoas para que encontrem uma forma de aprender e crescer com esta experiência. Para alcançar este objetivo, precisa estudar não só a doença em si, mas a força e a capacidade de crescimento pessoal. Para tal é preciso se apropriar das concepções da doença orgânica (Rudnicki 2007). Desse modo, a justificativa da inserção da Psicologia no ambiente hospitalar advém de um sofrimento psíquico, em decorrência de uma vivência de adoecimento ou trauma físico.

O setting terapêutico criado pela(o) psicóloga(o) no atendimento ao paciente e/ou aos seus familiares tem por princípio garantir um espaço para a escuta do sofrimento psíquico enquanto o restante da equipe trabalha com o objetivo de minimizar o sofrimento físico. O setting terapêutico não é definido como na atuação clínica convencional, devido ao fato de ter que se adequar aos procedimentos que as equipes de saúde prestam ao paciente no hospital.

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

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

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

Atuando no hospital, a(o) psicóloga(o) entra em contato com as diferentes patologias, com a prática da Medicina e dos outros profissionais de saúde com suas tarefas curativas, seguindo protocolos de tratamentos com seus desdobramentos, conforme as exigências do Ministério da Saúde e em busca constante pela qualidade do atendimento.

No entanto, hoje, a equipe de saúde, já compreendendo as demandas biopsicossociais e espirituais, procura cumprir seus protocolos, sem deixar de lado o aspecto humanizado e de acolhimento do paciente e da sua família.

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

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

As patologias são muito específicas, apresentam sintomas e desdobramentos tão próprios, que a Psicologia não precisa dar conta, visto que nossa competência e nosso olhar estará voltado para a escuta do sofrimento e o fortalecimento das defesas psíquicas necessárias ao enfrentamento de situações difíceis como o adoecimento e suas

consequências psicossociais, compreendendo que, neste contexto, muitos se desestabilizam emocionalmente.

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

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

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

Enfatiza-se neste ponto que no processo de hospitalização, pelas rupturas sofridas, pede uma adaptação ao ambiente das enfermarias, na maioria das vezes percebido como ameaçador. É necessário um trabalho de reorganização da rotina e muitas vezes dos projetos de vida, visto que, nem sempre há uma recuperação da saúde da pessoa.

A(O) psicóloga(o) chega ao hospital e já encontra uma rotina instalada. Procedimentos médicos, de enfermagem, curativos, fisioterapia, horários de alimentação, enfim uma dinâmica própria daquele espaço. É necessário, que eles saibam qual é e o nosso fazer. Para que isto aconteça, precisamos manter o nosso domínio técnico-teórico e a identidade profissional. Podemos sair dos modelos tradicionais de psicoterapia para Atenção Psicológica contextualizada neste espaço multi e interdisciplinar, sem se perder da ética da tarefa de ser psicóloga(o).

A ética da tarefa está na coerência entre a metodologia e os objetivos terapêuticos; entre o fazer e as necessidades do paciente e entre o que acontece nos atendimentos, em cada encontro terapêutico.

Então perguntamos: Quais as especificidades dos atendimentos psicológicos nas enfermarias e nos diferentes espaços do hospital? Como atuar clinicamente neste espaço tão dividido com outros saberes?

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

- A disponibilidade da pessoa assistida para os atendimentos. Considerar que ele não foi ali procurar a(o) psicóloga(o) e sim cuidados médicos, talvez não compreenda esta disponibilidade da(o) psicóloga(o) para uma Atenção Psicológica, pode estar indisposto, ter preconceitos; considerar, sobretudo, a capacidade do paciente para a elaboração de conteúdos psíquicos.
- O setting terapêutico, na maioria das vezes, é a beira do leito, precisa ser adaptado a certas interferências como TV ligada ou pessoas circulando, por exemplo.
- A dinâmica do contexto hospitalar pede nossa flexibilidade metodológica; não há horário definido, nem dias marcados, tudo depende da necessidade emocional da pessoa assistida e das rotinas do tratamento como curativos, exames, gravidade da patologia, entre outros. Atendimentos com começo, meio e fechamentos, focados e diretivos, com duração média de 30 a 40 minutos. Lembramos que neste espaço não se realiza a psicoterapia nos moldes tradicionais e que poderão ser acertados encaminhamentos, por ocasião da alta hospitalar ou se por acaso o paciente for transferido para outro espaço ou clínica, como uma UTI, por exemplo. Ali estará outro colega que prestará a assistência necessária.
- A presença dos familiares, também recebendo Atenção Psicológica; cuidar do sigilo!
- Ações terapêuticas adequadas e diversas, conforme as necessidades da pessoa assistida/família, como atendimentos individuais, em grupo, psicoeducação, diálogo franco e claro, manejo ambiental, entre outros (BRUSCATO, ET ALL, 2012; SOUZA, 2013; SAFRA, 2003; BORGES, 2009; BATISTA E DIAS, 2003; ROMANO, 1999; CAMON, 2010, 2000, 1996).

Etapas do atendimento psicológico

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

O agravo apresenta-se como uma situação-problema, porém, como o paciente se percebe nesta situação e seus modos de enfrentamento é o objetivo maior das nossas ações junto a eles e a equipe que cuida.

Cabe ressaltar que o ponto de fragilidade da atuação da(o) psicóloga(o) neste espaço é a ética da tarefa. Há de se cuidar do nosso *saber/fazer técnico-científico*, para que a nossa atuação seja reconhecida em sua eficácia e respeitada por todos. É necessário operacionalizar este nosso *fazer clínico* para que nossa atuação seja consistente e efetiva.

Na nossa rotina de trabalho devemos situar-nos quanto à demanda da pessoa assistida e isto pode acontecer se pudermos estabelecer rotinas claras, protocolos de atendimentos com registros psicológicos escritos nos prontuários com coerência e indicativo do estado emocional, tipo de intervenção, ações junto a equipe e familiares e os resultados obtidos ou que se espera alcançar.

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

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

A Entrevista acontece naturalmente *entre e nas relações humanas*, na qual o fenômeno se revela. Tanto a Entrevista *Preventiva* quanto a Entrevista *Diagnóstica* se aplicam perfeitamente ao contexto hospitalar. É importante salientar que fazendo parte de uma equipe e tendo suas rotinas estabelecidas provavelmente não haverá necessidade de solicitação uma vez que a(o) psicóloga(o) já está inteirado da dinâmica da enfermagem e próxima(o) às pessoas assistidas, sobretudo àquelas que mais necessitam.

A Entrevista Psicológica é um instrumento do método científico, uma técnica avaliativa e objetiva uma relação de ajuda buscando estabelecer um diagnóstico, colher dados importantes sobre o acontecido ou compreender o paciente. Visa situar a(o) psicóloga(o) e, por conseguinte, a equipe, sobre aquele paciente e como poderá enfrentar ou não, suas dificuldades atuais.

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

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

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

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

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

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

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

Os processos de trabalho do psicólogo hospitalar

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

Na realidade hospitalar, o que se demanda por excelência são as intervenções médicas. Mas qualquer situação de adoecimento está atravessada de subjetividade o que pode desencadear reações sintomáticas no paciente.

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

A(O) psicóloga(o) atua na principal vertente de trabalho clínico nos atendimentos psicológicos no ambulatório e na enfermaria com as pessoas assistidas internadas, também prestando assistência aos familiares das mesmas.

Optamos nesta Referência trabalhar o fazer da(o) psicóloga(o) no hospital dentro da lógica de processos de trabalho, conforme vem trabalhando o Conselho Federal de Psicologia e a Frente de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira desde a 2ª Mostra Nacional Psicologia, em 2013, e, a partir de então, em todos os Congressos Brasileiros de Psicologia promovidos pelo FENPB. A organização da prática profissional por meio dos processos de trabalho reconhece e dá visibilidade, de maneira mais direta, ao que efetivamente fazem as(os) psicólogas(os). Essa organização não desconsidera as áreas e sim busca ampliar as possibilidades da Psicologia por entender que a divisão por áreas nem sempre mostra as especificidades da atuação.

Os processos abarcam a diversidade da prática profissional. Assim, refletem as transformações por que passa a Psicologia. Atualmente são 15 processos, considerados representativos da Psicologia que se faz todos os dias e em todos os lugares. Nesta Referência vamos usar dos 15 processos de trabalho e localizar exemplos de práticas comuns a psicólogas(os) hospitalares em diferentes especialidades. Chamamos a atenção para o fato de que o exemplo escolhido não vincula a intervenção à área especializada citada a apenas este processo de trabalho.

1) Processos de Acolhimento (de indivíduos ou grupos).

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. É uma prática multidisciplinar, mas que quando executada pela(o) psicóloga(o) tem o dever de desvelar a dimensão subjetiva presente no agravo e utilizar a intervenção para construção do

vínculo que permitirá orientações, aconselhamento, atividades de educação para a saúde e até desenvolver uma assistência psicoterápica.

O Acolhimento pode ser facilmente identificado em abordagens a familiares que estão com algum parente numa UTI, por exemplo. O trabalho da(o) psicóloga(o) no CTI visa também acolher os familiares dos pacientes internados, oferecendo um acolhimento psicológico através de uma escuta diferenciada. Cabe à(ao) psicóloga(o), um trabalho de orientação à família que auxilia na condução desta frente ao paciente. Tanto com a família quanto com as pessoas assistidas, o foco principal desse atendimento está na possibilidade de expressão do sofrimento e das questões referentes a doença, a internação e a angústia e o medo da morte, através da interpretação das ansiedades e fantasias que eles apresentam.

Se for uma UTI Neonatal, o acolhimento da mãe recém parida no reconhecimento do ambiente, na apresentação dela aos profissionais da unidade, a mediação no encontro com o seu bebê, os primeiros toques na criança. São oportunidades de acolhimento dessa mãe que terá outros desafios emocionais para lidar no decorrer da internação daquele bebê. Da qualidade deste acolhimento dependerá, por exemplo, o acompanhamento ou possível assistência psicoterápica depois.

Outro espaço onde o acolhimento se mostra uma ferramenta extremamente utilizada é no serviço de Urgências e Emergências. O atendimento psicológico oferecido em um serviço de emergência em uma instituição de saúde contempla um *setting* carregado de experiências emocionais intensas. Este atendimento em pronto socorro se apresenta como uma realidade singular. Como explicita Batista e Rocha (2013), da(o) psicóloga(o) é demandado que “acabe com os problemas”, “resolva os conflitos”, “restabeleça a tranquilidade perdida”, aparentemente sem muitos recursos e de forma absolutamente eficaz. Batista (2010) aponta que os momentos os quais a dimensão subjetiva, que permanece fora da determinação que visa ao saber médico, irrompe de forma abrupta e sempre “inesperada” são onde o papel interventivo da(o) psicóloga(o) no âmbito hospitalar mostra-se mais valorizados e reconhecidos.

A pessoa que procura um pronto socorro geralmente apresenta uma vivência de acidente ou de uma descompensação grave em casos de doenças crônicas. Quando chega a este serviço, se vê imerso numa situação de desamparo e, de certa forma, perde sua

dignidade quando deixa sua posição de sujeito passando a posição de objeto de uma intervenção (MOURA, 1996). Instala-se um padrão regredido de funcionamento psíquico. É submetido a procedimentos médicos que, embora visem sua melhora, podem adquirir um caráter ameaçador e invasivo. Assim, ele vive um momento de perda de referencial, que é acompanhado por vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, profissionais e sociais (COPPE & MIRANDA, 2002).

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

O acolhimento é focal e muitas vezes emergencial. Na Psicologia, um tratamento de emergência procura atuar na crise que gera uma angústia específica incapacitante, sem a pretensão de alterar estruturas psíquicas básicas. O acolhimento pode elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação a situação emergencial, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de enfrentamento. Quanto mais rápida a intervenção, maiores são as possibilidades de recuperação psíquica da pessoa assistida.

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

Cabe à(ao) psicóloga(o) reconhecer o impacto psíquico na tríade pessoa atendida, equipe e familiar na emergência médica, aponta para a necessidade de inserção da(o) psicóloga(o) nesta equipe, minimizando o sofrimento advindo do inesperado do trauma ou adoecimento. A(O) psicóloga(o) pode responder à demanda de acolhimento da

angústia mobilizada nessa situação levando em conta a subjetividade de cada um e acessar os recursos internos da pessoa assistida para que ela possa lidar com suas emoções.

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

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

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

O Acompanhamento é uma intervenção longitudinal, continua, mesmo que por breve período de tempo, em que ofertamos a escuta, nos dispomos a estar ao lado e nos fazemos presente ao longo do período em que esteja em acompanhamento no serviço especializado ou no hospital de trabalho.

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

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

Uma cirurgia, ou o resultado dela, pode alterar a imagem corporal da pessoa, sua auto-percepção, sua relação com os outros e com sua auto-estima. O acompanhamento psicológico atua com o objetivo de trabalhar a angústia e a ansiedade da pessoa em relação aos medos e fantasias que têm em relação a um procedimento cirúrgico, favorecendo a expressão dos sentimentos, facilitando a verbalização delas e auxiliando na compreensão da situação vivenciada.

O acompanhamento psicológico ao paciente cirúrgico se dá tanto no pré-operatório, quanto no pós-operatório. A maneira como cada pessoa irá agir em relação à cirurgia está diretamente ligada às experiências e expectativas vivenciadas por ela, e são marcadas pela forma como cada indivíduo irá elaborá-las. O pré-operatório é vivenciado subjetivamente, a partir do tipo de cirurgia a ser realizada, da idade da pessoa, de seu momento de vida e do significado da intervenção cirúrgica a ser feita. Certos medos e ansiedades são reações consideradas normais. Porém, na medida em que essas condições se elevam e se somam à tensão, estresse ou outras condições adversas do estado emocional, a pessoa pode sofrer várias interferências somáticas em seu organismo que podem prejudicar o processo cirúrgico.

- Pré-operatório:

Nessa fase, de acordo com Ragozini et al (2005), a pessoa pode apresentar dificuldades no enfrentamento da situação a que irá se submeter, que é ameaçadora,

desconhecida e com nível acentuado de ansiedade. Deve-se observar quais recursos emocionais adaptativos ela apresenta para lidar com a situação estressora e com o período posterior de recuperação.

É importante no acompanhamento investigar seus sentimentos e fantasias, o processo de hospitalização, seu histórico clínico, sua história de vida, estrutura familiar, hábitos, rotina, relação com a vida profissional e possíveis ganhos secundários. Ofertando também suporte à família, pois esta, partilha também desse sofrimento, vivenciando rupturas, reorganização da rotina e redistribuição de papéis.

- Pós-operatório imediato – CTI:

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

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

Em relação a próprio pessoa assistida, muitas delas podem estar próximas do fim de suas vidas e estarem em um nível de consciência e lucidez que é possível a intervenção e o acompanhamento psicológico. Com o enfermo, muitas vezes o trabalho psicológico não se concentra na morte, mas sim na vida, nas ressignificações importantes ao

indivíduo. É um trabalho que abrange uma escuta acolhedora de reminiscências e revalidações da vivência do indivíduo, o qual na maioria das vezes tem consciência da gravidade de seu caso e busca no contato com suas emoções e sua história, uma maior tranquilidade para se desligar de todos os medos e angústia que o ajudariam a enfrentar o próprio adoecimento e a proximidade da finitude.

- Retorno a enfermaria – leito:

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

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

Já em uma unidade neonatal de terapia intensiva, a atuação da Psicologia foca no suporte aos pais. A ida de um bebê para uma CTI representa a quebra, a frustração dos sonhos e expectativas desses pais. Muitas vezes, o bebê precisa ser alimentado por sonda e a mãe não pode ou não consegue amamentá-lo. Não pode carregá-lo no colo, pois este está em uma incubadora. A sensação dos pais é de impotência e um dos trabalhos da(o) psicóloga(o) é ajudar a eles a estabelecerem um vínculo com o bebê e recuperarem a sensação de que são imprescindíveis a ele. Em muitos casos, a mãe pode descompensar e não saber como auxiliar a equipe e o próprio filho nesta relação. O acompanhamento psicológico nestes casos é de construção da resiliência e de ressignificação desta relação com um bebê real e não mais um bebê ‘ideal’ para ajudar a mãe a construir seu vínculo com ele. Esse atendimento é um tipo de acompanhamento que visa a localização das

potencialidades, da resiliência, do manejo da ansiedade e dor, mas não necessariamente se transforma em um atendimento psicoterápico.

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

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

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

A principal finalidade da Avaliação Psicológica é obter um conhecimento de indivíduos ou grupos, com um objetivo específico e determinado pelo perfil que deve ser verificado. A avaliação nada mais é do que um processo de coleta de dados e

interpretações de informações, na qual podem ser utilizados diversos métodos e técnicas, incluindo testes psicológicos padronizados. A presença ou não de testes padronizados não determina o grau de confiabilidade do resultado.

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

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

No âmbito dos transtornos alimentares, que geralmente apresentam as suas primeiras manifestações na infância e na adolescência, requer atenção especial da Psicologia nas instituições de saúde, por conta das questões emocionais que acompanham estas disfunções. Muitos fatores são responsáveis pela etiopatogenia dos transtornos alimentares. A avaliação psicológica pode incluir métodos de mensuração da forma de ingestão alimentar da pessoa, bem como de aspectos psicopatológicos na relação estabelecida com a comida, com sua auto-imagem e sua relação interpessoal. Levantamento da história clínica da pessoa como o estilo de vida, hábitos, costumes, atividades, relacionamentos, pensamentos, sentimentos e comportamentos ajudam a inferir um diagnóstico que contemple e justifique o transtorno alimentar apresentado.

Entre os distúrbios alimentares mais comuns estão a anorexia, a bulimia ou a obesidade mórbida. No caso da obesidade tem se tornado cada vez mais comum a indicação da cirurgia bariátrica. Em geral, os obesos apresentam um grande sofrimento psicológico resultante de um preconceito social com o próprio significativo aumento de

peso e também com as características do seu comportamento alimentar. Pessoas obesas tendem a apresentar níveis mais acentuados de sintomas depressivos, ansiosógenos e de transtornos de personalidade.

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

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

A avaliação psicológica deve conter uma investigação sobre o início da obesidade, padrões familiares, quantas e quais tentativas já buscou para emagrecer, prejuízos causados pela obesidade em sua vida, casos de obesidade na família, auto-estima e imagem corporal, vida social, vida profissional e expectativas quanto ao procedimento cirúrgico. É importante que a(o) psicóloga(o) tenha conhecimento de aspectos que podem inviabilizar o procedimento cirúrgico, tais como Transtorno Bipolar ou Esquizofrenia, Depressão (sem que esteja em tratamento), demais transtornos mentais e dependência química.

Essa avaliação psicológica pode dar à equipe um parecer de elegibilidade ou não para este procedimento do ponto de vista emocional, pois caso a pessoa assistida não esteja emocionalmente preparado para lidar com a alteração em sua auto-imagem corporal, a cirurgia pode com o tempo incorrer em insucesso e trazer uma recidiva do resultado do procedimento. Nestes casos, a(o) psicóloga(o) indica um trabalho em

psicoterapia focado nas questões emocionais emergentes que estão ligadas a auto-imagem e auto-estima, preparando-o psiquicamente para que este paciente se reconheça após a cirurgia em sua transformação física.

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

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

É importante na avaliação psicológica, uma investigação a respeito das vivências da mulher durante a gravidez. A possibilidade de reconhecimento de uma tendência depressiva da mãe é fundamental para ajudá-la no processo de reconstrução da relação estabelecida com a própria maternidade e com o filho. A detecção de fatores de risco para a ocorrência de uma depressão pós-parto, mediante um acompanhamento psicoterápico, pode ajudar estas gestantes a elaborar conflitos internos presentes na relação com a maternidade, com a criança que irá nascer e pode minimizar os fatores depressivos que apareceriam no puerpério.

Na Ortopedia, as avaliações psicológicas podem balizar as ações e atividades a serem desenvolvidas na reabilitação. De acordo com Giacomini e Galvan (2005), as afecções ortopédicas representam um abalo no principal veículo de representação social do eu, da comunicação e do relacionamento interpessoal que é o corpo. O impacto subjetivo e emocional decorrente dos problemas ortopédicos é bastante significativo e precisa ser identificado e considerado com a questão física que está sendo tratada. No processo inicial de avaliação, a(o) psicóloga(o) deve se ater não somente nas condições emocionais do paciente para se submeter aos tratamentos cirúrgicos proposto, mas

principalmente em sua estrutura psíquica para aderir ao processo posterior de reabilitação, onde o resultado do tratamento médico/cirúrgico irá depender da colaboração ativa da pessoa assistida e esta se dará pelas condições emocionais que ela apresenta.

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

Na pediatria, o trabalho da Psicologia objetiva principalmente um acolhimento às reações da criança no período de hospitalização. Seu sofrimento físico e psicológico, a possível perda da identidade, regressão aos estágios anteriores do desenvolvimento e sensação de abandono e culpa, podem propiciar o surgimento de quadros de ansiedade decorrentes do início da patologia, da separação da família e da entrada no ambiente hospitalar.

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

Os brinquedos utilizados na entrevista lúdica permitem que a criança comece a expressar seus sentimentos e ajudam a(o) psicóloga(o) a ganhar sua confiança. E com isto, a(o) profissional pode avaliar as representações simbólicas e conhecer a dinâmica dos processos psicológicos da criança, o nível de tolerância à frustração e suas reações emocionais, o que permite explorar os significados daquela experiência para ela. O brinquedo pode ser considerado um “veículo” de acesso a esta criança e de entendimento da(o) psicóloga(o), para a expressão de fantasias e sentimentos da criança hospitalizada. Trata-se de uma avaliação qualitativa e a(o) psicóloga(o) deve conduzir este recurso por

meio de competências que estão relacionadas com a capacidade de interpretação de dados subjetivos, e adaptação desta técnica para o ambiente hospitalar.

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

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

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

Na comunicação como transmissão de informação temos os boletins médicos que, em geral, há a participação do profissional de Psicologia. A(O) psicóloga(o) no CTI acaba sendo um facilitador da comunicação entre o paciente, sua família e a equipe de saúde. A hospitalização de um membro da família é sempre um fator que desorganiza esta dinâmica familiar e, quando este paciente está internado no CTI, a situação se torna ainda mais difícil e delicada. Primeiramente, porque o CTI é um lugar que por si só já simboliza um eminente risco de morte e o paciente passa a maior parte do tempo sozinho, sem

acompanhante. As visitas são muito curtas o que gera angústia, solidão, maior fragilidade e ansiedade no paciente e coloca a família em uma condição de extrema impotência e desespero.

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

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

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

Quando a comunicação permite a partilha de significados ela pode se aprofundar nos resultados sendo o que chamamos de comunicação como comunidade. Quando há a partilha de significados há, muitas vezes, a identificação e clivagem de fundos de significados comuns de forma tão marcante que alguns autores consideram que a comunicação tem o poder de criar os nossos mundos sociais (PEARCE, 1994). Isso acontece quando a comunicação ocorre em grupos, por exemplo, rodas de gestantes, grupos de diabéticos que fora do ambiente terapêutico desenvolvem atividades de ativismo, luta ou promoção. A luta pela amamentação tem promovido anualmente encontros chamados de Mameços, quando as mulheres e suas crias se encontram num espaço público para amamentarem seus rebentos e assim produzirem um tipo de comunicação como comunidade. Não raro estas atividades são promovidas por serviços de Psicologia.

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

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

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

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

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

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

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

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

Também no trabalho com HIV/Aids são produzidas várias intervenções culturais na promoção da testagem rápida ou da informação acerca das doenças transmissíveis sexualmente. Podemos citar também vários trabalhos com participação de jovens protagonistas ou peer education² na construção de intervenções artísticas, muitas vezes facilitadas ou co-coordenadas por profissionais de Psicologia. Recentemente, o envolvimento tem sido a cada mês: Setembro Amarelo no combate ao suicídio, Outubro

² Educação de pares, educação entre iguais.

Rosa no alerta ao câncer de mama, Novembro Azul na prevenção do câncer de próstata, etc.

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

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

Especificamente na Psicologia Hospitalar os processos educativos desempenhados são no âmbito da educação para a saúde. Marcondes (apud SANTOS, 1988) define educação em saúde como sendo um conjunto de atividades que sofrem influência e modificação de conhecimentos, atitudes, religiões e comportamentos, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo. A educação em saúde pode ser entendida como uma forma de abordagem que, enquanto um processo amplo na educação, proporciona construir um espaço muito importante na veiculação de novos conhecimentos e práticas relacionadas.

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

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

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

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

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

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

A rotina de cuidados em uma CTI, por exemplo, é exaustiva; são inúmeros os procedimentos de rotina de cuidados com os pacientes. O local é climatizado, os ruídos do funcionamento dos aparelhos são constantes e as visitas ocorrem diariamente em horários pré-determinados com duração de 30 minutos, onde somente dois familiares podem permanecer no CTI. As pequenas janelas existentes em geral ficam no alto das paredes, o que impede os pacientes de saber se está de dia ou de noite. Estes ficam em espaços separados por divisórias. O CTI é um ambiente extremamente ansiogênico, tanto ao paciente quanto para os profissionais. É onde o medo da morte está sempre rondando. É muito comum a vivência do Burn-out, uma síndrome de esgotamento físico e mental que requer cuidados com a equipe. A(O) profissional da Psicologia pode ser requerida(o) a propor uma intervenção com a equipe para promover o manejo adequado da ansiedade, restabelecer vínculos de confiança ou somente ter um espaço para expressar a impotência, os medos e as limitações.

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

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

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

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

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

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

As questões éticas que se pode evidenciar são todas as recomendações do CFP e do Código de Ética Profissional quando trabalhando como membro da equipe de cuidadores. Salientamos que a curiosidade dos cuidadores sobre a intimidade e privacidade da pessoa assistida não deve ser considerada, evitando-se, assim, exposições desnecessárias e nunca ferindo o nosso Código de Ética quando se trata do sigilo.

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

A preceptoría no SUS é uma das atividades mais importantes na construção do sistema de saúde que desejamos. O(A) preceptor(a) deve ser uma referência, alguém que está na retaguarda e que possa discutir um caso, dar uma orientação quando preciso e, sobretudo, conduza a(o) supervisionanda(o) a um constante exercício de reflexão em suas próprias condutas. A(O) preceptor(a) colabora na condução dos atendimentos de seus supervisionadas(os) e auxilia-as(os) nos seus instrumentos técnicos e metodológicos de atuação.

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

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

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

No segundo período, os objetivos são:

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

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

- a) reconhecer as linhas dinâmicas e as mudanças de sessão para sessão.

b) reconhecer o insight, a elaboração e a possibilidade de terminação. Pode ser acrescentado a este terceiro estágio o incremento da autonomia, independência em relação ao(à) supervisor(a) e expressão de maior capacidade criativa.

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

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

Deste modo, as(os) alunas(os) vão aprendendo a lidar com suas inseguranças e irão reconhecer suas reais dificuldades mais prementes saindo da teoria para a vivência prática como início de uma futura formação de sua identidade profissional.

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

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

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

estímulo constante ao desenvolvimento da capacidade de transformar esses conhecimentos teóricos em intervenções interpretativas no processo.

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

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

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

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

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

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

Atendimento em grupos terapêutico e/ou grupos de apoio, orientação ou acolhimento a pacientes de uma mesma clínica e/ou seus familiares e grupos de salas de espera contempla não só a troca de experiências, mas também a investigação de conflitos emocionais comuns e a possibilidade de intervenção com vários pacientes num mesmo

atendimento. Um dos pontos importantes do atendimento grupal é a possibilidade de troca de experiências entre os membros do grupo.

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

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

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

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

A(O) psicóloga(o) hospitalar que trabalha com ginecologia e obstetrícia, por exemplo, atua com a natureza feminina, a relação da mulher com seu mundo, seu corpo, sua identidade e sua sexualidade. A sequência evolutiva da mulher é marcada por períodos extremamente significativos como menarca, gestação, parto e puerpério. O foco se concentra principalmente em problemas relacionados a gravidez e parto; náuseas e vômitos gravídicos; gravidez de alto risco; gravidez adolescente, depressão e psicose puerperal. O trabalho com grupos com gestantes ou casais, onde o objetivo principal está na preparação destas pacientes e/ou seus cônjuges sobre aspectos evolutivos próprios da gestação, a discussão sobre o papel de mãe e pai; fantasias em relação a este papel e ao filho que está sendo gerado; alterações físicas e psíquicas, sexualidade e reestruturação familiar. São as famosas Rodas de Gestantes. Mas também á grupo para mulheres/casais

com perdas estacionais. Grupos de portadores de HIV, de diabéticos, grupos de jovens, de hipertensos e outros tantos.

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

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

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

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

A mobilização social é um importante instrumento de fortalecimento da cidadania ativa e de construção de uma sociedade democrática. É um processo em que pessoas e grupos são convocados a se unir em torno de objetivos comuns. É convocação de vontades. No exercício profissional da(o) psicóloga(o) hospitalar, muitas ações são de caráter de mobilização social. Seja uma campanha para doação de leite ao Banco de Leite Humano, sejam as campanhas internas para lavagem de mãos ou para aceitação da presença do acompanhante no parto ou na UTI neonatal. Mesmo referendado por uma lei federal, em muitos espaços hospitalares se faz necessário uma campanha para os colaboradores entenderem a presença do acompanhante na cena do parto. São diversas ações de mobilização social a serem implementadas, tanto para o público internos de colaboradores ou internos, como para a comunidade como um todo.

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

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

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

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

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

O Aconselhamento pode ser definido como

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

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

- apoio emocional;
- educativo, que trata das trocas de informações, interrupção da cadeia de transmissão suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e

- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco (CN-DST/AIDS, 1998).

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

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

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

O Delírium e Demência são algumas das síndromes comuns em pessoas idosas internadas. Conforme descreve Scalco (2005), a(o) psicóloga(o) deve avaliar os fatores que influenciam no comportamento e determinar a conduta de tratamento visando a diminuição do estresse causado pela rotina hospitalar e o estímulo das habilidades preservadas. A terapia de orientação da realidade, segundo a autora, é bastante utilizada e ajuda a pessoa assistida a ficar mais ciente do que está acontecendo a sua volta. Para

algumas, o aconselhamento e a orientação que resgatam sua história e suas reminiscências pode ser uma forma de preservar suas habilidades e aumentar sua auto-estima.

A forma como cada pessoa concebe a velhice pode influenciar o modo como constrói à sua própria e como percebe a velhice do outro. A pessoa idosa hospitalizada necessita do acolhimento e identificação de suas ansiedades, angústias e medos. A mesma ou seu acompanhante pode ter dúvidas sobre seu estado físico, em níveis que precisam ser detectados, observados e respeitados a oferta de uma orientação adequada e o aconselhamento pode suprir as necessidades detectadas. Em alguns casos poderá ser oferecido o acompanhamento sistemático ou a psicoterapia.

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

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

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

Assim como a ação programática se firmou como uma tradição no setor saúde, outros autores buscaram caminhos próprios com os mesmos objetivos de articular na clínica mecanismos de decisão cooperada com implicações para a organização de serviços

de saúde. Um destes métodos foi proposto por Campos (2006) com o foco nos indivíduos (usuários, profissionais de saúde, dirigentes) e em sua capacidade de atuar sobre as organizações. Este método (denominado paidéia) segue diversas tradições caracterizadas como de cogestão de organizações e de projetos, embora com elementos discursivos e práticas bem próprias e envoltas na noção de gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva.

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

A(O) profissional de Psicologia que deseja ou seja convidada(o) a ocupar um espaço de gestão deve buscar conhecimento técnico necessários para ocupar este espaço. Desejamos ver a atuação como gestor(a) somada a sua visão das dimensões subjetivas potencializarem e fazerem avançar o SUS em nosso país. O Eixo 4 retoma e aprofunda as questões relativas a gestão da clínica em saúde.

14) Processos Investigativos

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

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

Compreendemos então que para definir o tipo de pesquisa científica mais apropriada é importante que vários pontos sejam observados quanto a sua execução, investigação e propostas, além da amostra ou população que farão parte desse processo. Para o(a) pesquisador(a) decidir o que os resultados dos estudos significam ele(a) deve se apoiar na análise estatística, que confirmará ou não a hipótese pesquisada além de determinar sua significância em termos quantitativos e qualitativos.

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

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

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

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

A adaptação da pessoa a um tratamento de hemodiálise se dá de maneira paulatina, onde muitos sentimentos de insegurança, frustração, depressão, estresse e raiva, dentre

outros, se intercalam e o acompanham durante o processo. Cada indivíduo lida com isso de maneira subjetiva, tendo como base sua própria história e suas vivências de perdas anteriores.

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

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

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

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

A possibilidade de um transplante é para muitos pacientes sua possibilidade de cura. Salientamos que o acompanhamento psicológico desde o início da enfermidade e a desmistificação desta idealização com o transplante, possibilita que o paciente vivencie sua doença se apropriando dos cuidados que a mesma requer, vislumbrando, porém, uma vida que vai muito além de sua doença (PASCOAL; KIOROGLO; BRUSCATO; MIORIN; SENS E JABUR, 2009).

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuidados paliativos e morte

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

Cuidados Paliativos (CP) é definido pela OMS (WHO, 2017) como:

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

Por esta compreensão, teremos as grandes questões a refletir:

- Os profissionais de saúde estão preparados?
- Aceitamos a evolução da doença até a finitude, quando devemos oferecer uma morte digna?
- O que é morte digna?

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

Lembramos aqui as contribuições de Elisabeth Kubler-Ross (1965) e Dame Cicely Saunders (1967), pioneiras nos estudos sobre a morte e cuidados paliativos, e, finalmente, a compreensão de Ortotanásia, postura dos médicos diante da morte considerando-a como necessária, no seu tempo certo, com cuidados paliativos e dignidade para a pessoa assistida e conforto emocional para os familiares.

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

Em resumo, a psicóloga(o) terá que:

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

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

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

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

Trabalhando o luto da condição de sadio

O luto é uma experiência singular de perdas importantes. A pessoa passa a conviver com limitações cada vez maiores, perda da autonomia, do emprego, geralmente aposentadoria por invalidez, perda da estabilidade econômica e alterações na dinâmica familiar e social, para citar algumas.

A pessoa poderá sentir-se impotente diante de tudo isto que a patologia lhe impõe, sua vida gira em torno do tratamento e os resultados podem ser menores que o esperado. O médico recomenda: vida normal, na medida do possível, mas qual será o possível? A família muitas vezes contribui promovendo excesso de cuidados, gerando dependência emocional. É preciso compreender a dinâmica familiar para que se possa ajustar condutas mais adequadas ao momento da doença; é necessária uma nova ordem na estrutura do sistema familiar, novas rotinas, novos papéis, por exemplo (SANTOS; SEBASTIANI, 1996).

A(O) psicóloga(o) poderá avaliar a situação de luto e identificar o luto *normal* pela situação vivida que evolui para a aceitação e busca constante de melhor adaptação e o luto *complicado* quando existe uma resistência e rigidez na aceitação daquela situação. Reações de inconformismo, raiva exacerbada, sobretudo em relação a equipe que considera incompetente; ideação suicida e na maioria das vezes indicação de antidepressivos (WORDEN, 2013).

É relevante discutir que doenças acontecem em qualquer fase do desenvolvimento e como afirma Coelho, (2001, p. 89)

As implicações de uma enfermidade física prolongada sobre o desenvolvimento social, emocional e cognitivo das pessoas diferem consideravelmente, dependendo da idade em que se instalou e das limitações da doença. Os problemas a serem enfrentados quando a criança tem um ano

são completamente diferentes daqueles que ocorrem quando o início da enfermidade se dá na adolescência ou na vida adulta.

Cabe ressaltar, então, que a(o) psicóloga(o) deverá estar mais atento e preocupado com os aspectos pessoais, da fase do desenvolvimento, dos mecanismos defensivos e adaptativos e da dinâmica familiar, do que verdadeiramente com a patologia. Dito deste modo, ela(e) não deve desconhecer os processos patológicos e degenerativos da doença, visto que isto a(o) ajudará a compreender o *mal-estar* real que o tratamento, as drogas prescritas e necessárias e suas consequências produzem no ser total biopsicossocial.

Sobre registro de atividades no prontuário

O prontuário é um documento institucional, oficial e interdisciplinar importantíssimo, visto que nele são informados e registrados toda a história da pessoa assistida, todos os procedimentos médicos e cuidados oferecidos a ela e a família, pelos profissionais de saúde, desde sua admissão, até a alta hospitalar /óbito.

O preenchimento do prontuário e a evolução de como a pessoa assistida está reagindo e respondendo ao tratamento, com exames, procedimentos e outras ações realizadas em seu benefício é feito de forma sistemática e obrigatória. Mas, o que e como escrever?

O prontuário formaliza o *fazer* de todos os profissionais de saúde e é também uma forma de comunicação entre todos. Ressalta-se aqui que será um instrumento de defesa do profissional em caso de denúncias ou óbitos a serem esclarecidos.

Dada a importância deste documento, a(o) psicóloga(o) há de cuidar das evoluções no prontuário, seguindo as recomendações do CFP e do Código de Ética do Psicólogo com competência, responsabilidade e ética. Informar apenas o que for importante para contribuir para o tratamento da pessoa assistida e não quebrar o sigilo nem mesmo com a equipe.

As evoluções devem ser fidedignas, claras e com uma redação objetiva e técnica. Deve retratar o estado emocional da pessoa assistida/família, suas dificuldades, as intervenções clínicas realizadas e com que objetivo. E ainda as ações que forem definidas para cada caso, conforme as necessidades do paciente. Deste modo mostraremos a

objetividade do nosso *saber/fazer*, num ambiente de tamanha racionalidade que é o hospital.

Souza (2013) afirma que neste documento, cuidando da redação adequada, precisamos ter claro o que se revelou durante o atendimento. Cuidado com as contradições, com termos técnicos que outros profissionais não dominam, cuidado com termos banais com escrita pueril e inadequada, principalmente cuidado com o sigilo. Assim, deve-se escrever:

Um pequeno texto, corrido, dizendo como se encontra o paciente em seu estado emocional, seus recursos de enfrentamento, ajustamentos quanto a internação e tratamento, alterações das funções mentais, rede de apoio psicossocial, etc. Uma evolução deve conter a data, a hora, como se encontra o paciente naquele momento, os critérios de intervenções clínicas o que foi trabalhado e com que objetivo, posicionamentos, sugestões, orientações, encaminhamentos e pedido de parecer psiquiátrico se necessário (p. 198).

Atuar no hospital e em tantos outros espaços exige de conhecimentos de Avaliação Psicológica, Personalidade, Crise, Psicopatologia, Dinâmica da família, Resiliência, Princípios do SUS e sempre atualização teórica.

Além disso, é necessário ter um arquivo com as anotações necessárias de domínio privado da(o) psicóloga(o). É possível também que sejam solicitadas(os) a elaborarem outros tipos de documentos que deverão ser feitos seguindo a Resolução nº 06/2019 do Conselho Federal de Psicologia que institui regras de elaboração de documentos escritos produzidos por psicólogas(os) no exercício profissional (BRUSCATO et all, 2012; SOUZA ,2013; ROMANO,1999).

Notificações compulsórias em casos de violência

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

A(O) psicóloga(o) que trabalha em um hospital de referência, por exemplo, em relação a saúde da mulher, precisa conhecer a rede de serviços que envolvam toda a

complexidade deste atendimento. Sabe-se que uma mulher pode dar entrada em um serviço de saúde e naquele espaço, caso esteja sofrendo algum tipo de violação em seus direitos fundamentais, será necessário dar encaminhamentos para a demanda que, porventura, possa surgir. Nesse caso, é importante sabermos que todos os hospitais devem ter uma equipe responsável para preenchimento da ficha de notificação compulsória.

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

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

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

II - autoridades de saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, responsáveis pela vigilância em saúde em cada esfera de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

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

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

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

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

EIXO 4 – A gestão do trabalho em saúde

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

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

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

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

Segundo Sodré (2010), os grandes hospitais carregam consigo enraizados na gestão do trabalho os modos de configura o contemplados nas fábricas. Exemplos disso, são os atendimentos e cirurgias em massa, a medida de internac es com base nos gastos financeiros, leitos e atendimentos sequencias. Isto evidencia a existência de uma lógica fordista/taylorista dentro dos hospitais, e também pelo faylorismo pela sua lógica de gerenciar. Este modelo produz uma saúde-fábrica, não condizente a realidade do hospital, considerando que se trata de um modelo que resulta em produtos sem vida (LITTIKE; SODRÉ, 2015).   importante ressaltar um outro fator que tem grande influência dentro dos processos de trabalho e interferem na integralidade do cuidado que são as rela es de poder (desde a gestão a áreas de conhecimento específico), posi es e saberes verticalizados que inviabilizam a prática de alguns profissionais e fragmentam o sujeito.

Posto isto, para Farias e Araújo (2017) torna-se imprescindível uma mudança cultural e organizacional para que haja sucesso no gerenciamento, sendo fator dependente o comprometimento dos funcionários de quaisquer campos, sem o apoio dos mesmos não se sustenta mesmo uma implanta o bem-sucedida a priori. Levando em considera o que a gestão hospitalar se configura sendo necessário, segundo Merhy (2002 *apud* LITTIKE; SODRÉ, 2015, p. 3057), o emprego de uma caixa de ferramentas “que contenha a inteligência já produzida para administrar processos estruturados e que se abra para a incorpora o de qualquer saber que possibilite atuar sobre esses processos em produ o, que emergem sempre em fluxos de grandes incertezas”. Essas incertezas se caracterizam pela singularidade dos casos, tendo posto que a saúde não   um produto sem vida e que cont m suas especificidades, sendo inviável modelos engessados que comprometam a qualidade do cuidado:

No hospital nem sempre existem respostas prontas e isto implica em lidar constantemente com situa es imprecisas, mas que requerem respostas a contento. E as lacunas não cobertas pelo trabalho prescrito no Regimento da

Instituição, nas Leis e demais normas, constituem-se como espaços de intervenção criativa e ou improvisada dos gestores (WEBER; L; GRISCI, C.L.L, 2010 *apud* LITTIKE; SODRÉ, 2015, p.3057).

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

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

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

O processo de acreditação é pautado em três princípios fundamentais: caráter voluntário, ou seja, é a instituição quem manifesta interesse em ser avaliada; é periódico, portanto após a certificação, os serviços de saúde continuam sendo avaliados periodicamente durante todo o período de validade do certificado; é reservado, ou seja, as informações coletadas no processo de avaliação não são divulgadas. A acreditação é

concedida em níveis, estabelecidos de acordo com critérios pré-determinados. No Brasil, a principal entidade certificadora é a ONA – Organização Nacional de Acreditação; organização não governamental e sem fins lucrativos, que certifica a qualidade dos serviços de saúde, com foco na segurança do paciente (ONA, 2014).

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

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

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

A dificuldade principal encontrada para criação de indicadores e até mesmo protocolos assistenciais é que não existem fórmulas definidas e muito menos mensuráveis especificamente no que se refere à Psicologia. O importante neste processo é encontrar meios de alinhar a atuação profissional e a gestão da equipe às estratégias que beneficiem a pessoa assistida e esteja enquadrado no plano de qualidade de atendimento da instituição, sendo reavaliado o desempenho para que aconteça as melhorias necessárias ao longo do processo.

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

Desde a inserção da psicologia na área hospitalar, o hospital tem vivido aos poucos uma desconstrução do modelo hospitalocêntrico, isto resulta em uma desconcentração dos serviços de saúde mental e a incorporação social na rotina profissional, levando a mudanças expressivas na atribuição da(o) psicóloga(o) clínica(o). Desse modo, coloca-se em pauta como questão o modelo apenas de psicoterapia individual restrito aos consultórios, e começa a se pensar em um modelo que contemple saúde coletiva. Pensando em outro campo de atuação as práticas dessa maneira, são flexibilizadas e diversificadas, como por exemplo os plantões, visitas domiciliares, psicoterapia individual e de grupo, para que se possa dar conta de atender as demandas complexas relacionadas ao cuidado em saúde (VIERA FILHO, 2005). A partir dessas mudanças e flexibilizações e diversificação de práticas, é possível delimitar dois modelos de atuação profissional na instituição hospitalar: o profissional plantonista (o cuidado vertical) e o diarista (o cuidado horizontal).

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

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

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

Em relação a equipe, o trabalho é realizado de forma a: dar suporte psicológico para equipe em algumas situações; quebrar e problematizar a ideia do paciente classificado pelo seu diagnóstico e passar de um caso clínico para um sujeito que tem uma história de vida, sentimentos, um contexto social; trabalhar demandas e dificuldades da equipe por meio de grupos; participar do processo de trabalho multidisciplinar de modo a garantir a integralidade do cuidado (recepção, acolhida, PTS – Projeto Terapêutico Singular, visitas beira leito para observação e segurança do paciente a algumas exposições desnecessárias, reavaliações, reuniões familiares e altas compartilhadas). Assim, conseguiremos ampliar o cuidado, com vistas à integralidade e continuidade do cuidado, com referenciamento, contra-referenciamento, autonomia e protagonismo.

Com o paciente e família, o trabalho acontece de forma que ocorre primeiramente uma avaliação inicial para identificar as demandas a serem trabalhadas, focando nos aspectos psicológicos decorrentes do adoecimento e os impactos gerados tanto na pessoa assistida como na família. A partir disso, mobiliza-se estratégias para melhor atendimento em cada caso. As intervenções possíveis são: acompanhamento e apoio psicológico, psicoterapia individual e em grupo, grupos operativos e psicoeducação que pode ser utilizada como estratégia individual, mas também articulada e realizada juntamente com a equipe. Sendo o trabalho não apenas focado no tratamento atual da doença, ele abrange a prevenção de promoção de saúde, a partir da intervenção e orientações multiprofissionais. A forma de cuidado horizontal, facilita o vínculo entre profissional e pessoa assistida, possibilitando um trabalho contínuo e mais efetivo.

A atuação da(o) profissional de Psicologia no ambiente hospitalar é marcada por inúmeras diferenças em comparação ao atendimento no consultório; na instituição hospitalar, seu trabalho estará baseado nas regras e nos valores da mesma, além de estar inserido em uma equipe de saúde, devendo, portanto, redefinir seus limites no espaço institucional, e também terá que adaptar suas condutas à dinâmica mais acelerada e aos

acontecimentos inesperados do contexto hospitalar. Ao pensar o trabalho da(o) psicóloga(o) nesse contexto diferenciado, surge a necessidade de sistematizá-lo, organizando os processos de trabalho a fim de destacar e potencializar a visibilidade em relação ao papel da(o) psicóloga(o) na área da saúde (TURRA et al, 2012).

Sendo assim, um dos primeiros passos para a estruturação de um serviço de Psicologia no hospital é a realização de um diagnóstico institucional, que envolverá responder questões “como funciona esta instituição?”, “qual a clientela atendida?”, “quais demandas mais comuns?” e “o que a Psicologia pode oferecer à este ambiente?”. A partir da análise acerca da instituição e seu funcionamento, pode-se pensar quais as prioridades para atuação, onde e como a(o) psicóloga(o) poderá intervir; ou seja, o diagnóstico possibilitará um mapeamento da instituição e, com isso, a(o) profissional poderá estruturar o seu trabalho, sistematizando o serviço de Psicologia (MÄDER, 2016).

A criação de protocolos é um dos aspectos essenciais para a sistematização do serviço de Psicologia no hospital. Tal sistematização, guiada por métodos e técnicas psicológicas, possibilita maior nitidez para a(o) profissional de Psicologia sobre o seu lugar na instituição e sobre o trabalho a ser desenvolvido, além de favorecer a atuação do mesmo na instituição hospitalar, pois respalda o serviço técnica e cientificamente, promovendo credibilidade e longevidade ao mesmo. Por fim, para o reconhecimento do trabalho da(o) psicóloga(o) no ambiente hospitalar, faz-se necessário o esforço para a criação e manutenção da sistematização do trabalho, garantindo o entendimento acerca da prática psicológica naquele contexto (MÄDER, 2016).

No ambiente hospitalar, o número de pessoas assistidas é grande e nem todos necessitarão de atendimento psicológico, por isto, faz-se necessário a construção de protocolos de triagem, que segundo Tavares (2000, p. 50), “tem por objetivo avaliar a demanda do sujeito e fazer um encaminhamento”. Com a triagem, o profissional pode organizar quais são as pessoas assistidas que necessitam de atendimento e também quais as demandas a serem atendidas, para em seguida realizar uma avaliação mais detalhada. A criação de protocolos de avaliação e de atendimento psicológico complementarará a sistematização do serviço de Psicologia. Neste campo, a avaliação e o atendimento serão focados no adoecimento e nos aspectos da hospitalização, buscando compreender quem

é este sujeito e como ele e sua rede de apoio vêm encarando todo esse processo (MÄDER, 2016).

No atendimento ao paciente, a sistematização do trabalho da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar, através dos protocolos de triagem, avaliação e acolhimento, possibilitará a identificação dos aspectos antecedentes que levaram o indivíduo ao adoecimento, bem como a percepção deste indivíduo acerca da situação de internação e/ou tratamento; e ainda as mudanças possíveis em relação ao futuro pós adoecimento. Será com base nestes dados, obtidos com tais procedimentos, que serão planejadas as intervenções (TURRA et al, 2012). Dias e Radomile (2006) pontuam que a padronização dos atendimentos psicológicos favorece a integração multidisciplinar e leva a uma melhoria contínua no atendimento prestado ao paciente e, ainda, facilita a elaboração de estatísticas relacionadas aos atendimentos, demandas, entre outros aspectos relevantes.

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

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

Mesmo sendo recorrente em vários contextos as discussões sobre a PNH – Política Nacional de Humanização e a clínica ampliada e compartilhada, ainda em muitas

organizações não são instituídas essas políticas de forma efetiva, vemos ainda que o conhecimento destes importantes temas ainda é restrito a poucos profissionais, não atingindo por vezes outros profissionais que lidam com o paciente diariamente. Isto é um furo que dá resultados negativos quanto ao propósito das políticas e levanta problemas para os gestores. Como discutiremos a integralidade do cuidado só entre médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, e outros profissionais graduados e esquecemos dos outros profissionais que atuam na saúde e lidam diariamente com o paciente? Como se garante a integralidade do cuidado, quando se trabalha só parte da equipe as demandas e nos esquecemos de atingir outros profissionais? Estaremos realizando um trabalho por vezes de apagar incêndio e mediar conflitos dentro de um modelo de gestão que não propicia mudanças. Estas políticas públicas aplicadas com efetividade e inseridas na instituição possibilita que o trabalho da(o) psicóloga(o) demonstre mais eficácia e produtividade, considerando um ambiente mais livre e propício para a atuação da Psicologia.

A atuação de psicólogas(os) em cargo de gestão mostra-se como algo de suma importância e cada vez mais necessária na atualidade; como gestor, a(o) psicóloga(o) concilia interesses e media relações interpessoais, tem uma melhor compreensão acerca dos processos institucionais e grupais e principalmente, tem condições de avaliar melhor o impacto das ações nos indivíduos. A formação em Psicologia oportuniza conhecer as dificuldades de um tratamento de um paciente, a importância do envolvimento da rede de apoio nesta situação, além da integração na sociedade; isto, na gestão, pode ser usado para se pensar estratégias na resolução de problemas (CRP/RS, 2016).

Com o profissional de Psicologia na gestão de uma organização, têm-se um olhar mais atento para o que não é dito, para o todo, para o contexto; é possível oferecer aos colaboradores um ambiente melhor, proporcionando uma maior motivação no desempenho de suas tarefas, também há uma melhor condução das equipes de trabalho, além da significativa melhora na comunicação e no relacionamento interpessoal entre os atores da organização. Moreira e Silva (2016) ressaltam que, atuando na organização, um dos objetivos da(o) psicóloga(o) é identificar e analisar as necessidades advindas das atividades laborais, bem como suas condições e implicações; e, ainda, deve promover

ações preventivas à saúde do trabalhador³, a partir da análise das diferentes situações de trabalho e das relações entre os colaboradores.

Na gestão, é imprescindível que a(o) psicóloga(o) tenha cuidado para não aplicar um trabalho com objetivo de ajustar comportamentos, tal como pode ser possível na clínica; mas sim, deve-se pautar em um trabalho que proponha novos arranjos existenciais, menos sofrimento, mais criações. Com isso, suas ações devem estar contextualizadas com a conjuntura política, social e histórica em que se está inserido; o fazer psicológico deve ser coerente com a realidade social (TOEBEL; OLIVEIRA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Primeiro, exige que conheçamos adequadamente a policia pública para a qual trabalhamos, sua legislação, as portarias que embasam nossa intervenção, a rede de atenção que subsidia nossos encaminhamentos, as normas que estão previstas para essa assistência, as normas para registro em prontuário, o que necessita notificação compulsória e qual rede ampliada de serviços compõem a nossa comunidade. É preciso reconhecer como está organizado o sistema de saúde. A forma como os serviços de saúde estão organizados tem um profundo efeito no fato da pessoa ter acesso ou não aos cuidados no serviço de assistência à saúde que é buscado e no que é feito sobre seu problema.

Outro desafio é o compromisso com o exercício ético da profissão. Neste sentido o nosso Código de Ética precisa ser referência a todas as nossas ações. Não podemos reforçar a visão medicalizante da vida, em que toda manifestação de comportamento seja

³ Existe publicada pelo CREPOP uma Referência Técnica sobre o tema – “Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública: Referências para atuação de psicólogas(os)”, que pode ser acessada pelo endereço: http://crepop.pol.org.br/5774_saude-do-trabalhador-no-ambito-da-saude-publica-referencias-para-atuacao-doa-psicologoa-2008

entendida como patológica. Precisamos nos aprofundar e entender o que a intervenção psicológica na saúde significa para a vida da pessoa. Faz parte do fazer ético a avaliação crítica constante do trabalho e intervenção da(o) psicóloga(o). Devemos sempre nos perguntar: quais são os sentimentos da pessoa, especialmente os temores sobre seus problemas, quais as suas ideias sobre o que está errado, qual o efeito da doença sobre o seu funcionamento e quais suas expectativas em relação ao seu tratamento? Dessa forma, produzimos uma distinção entre saúde, doença e experiência da doença.

O cuidado efetivo à pessoa exige prestar atenção tanto às experiências em relação à saúde quanto às experiências da doença que as pessoas tem em relação aos seus problemas de saúde. Mas é preciso destacar também que a presença de um agravo não significa necessariamente que exista desajuste. Há muitas pessoas vivendo saudavelmente com sua condição patológica. Há portadores do HIV mais hígidos emocionalmente que muitas pessoas ditas “saudáveis”. Entendendo saúde como uma percepção abrangente das pessoas quanto ao que seja saúde e o que a saúde significa para elas, bem como sua capacidade de realizar as aspirações e os propósitos importantes para suas vidas. Quando o profissional permite as pessoas contarem suas histórias de saúde e de sua experiência com a doença, ajudam-na a dar sentido e, em última análise, controlar a sua saúde e sua experiência com a doença.

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

Outro desafio que se apresenta é a importância de fazer interagir todos os conhecimentos que fizeram parte da formação do psicólogo na graduação. Da psicologia do desenvolvimento, das técnicas psicométricas, da psicologia organizacional, da psicologia da aprendizagem e educação, da psicologia social, das teorias da personalidade e todos os demais conteúdos que abarcam o curso, pois quanto mais recursos dispormos

para a ampliação do nosso olhar, análise e intervenção, mais condições teremos de construir e definir os recursos estratégicos a serem utilizados a cada momento. Todas as pessoas enfrentam os muitos desafios e exigências que se apresenta a cada estágio do desenvolvimento humano. O desenvolvimento em direção à independência na adolescência, a construção de parcerias íntimas na idade adulta, o realinhamento dos papéis e tarefas que se revelam nos anos avançados são todos exemplos de mudanças esperadas no ciclo da vida. O desafio é integrar os conceitos de saúde, doença e experiência da doença com o entendimento da pessoa como um todo, incluindo a conscientização quanto ao estágio em que a pessoa está no ciclo da vida e seu contexto de vida.

Mas a relação deve ser horizontal. Num espaço em que as relações hierárquicas são muito delimitadas como são num hospital, não repetir o padrão exige cautela e posicionamento crítico. Pensamos no encontro com a pessoa assistida como num encontro de especialistas: o profissional é especialista em psicologia e a pessoa atendida é especialista em sua experiência de saúde e de doença e em como sua experiência está interferindo na realização de suas aspirações de vida. Nunca a pessoa assistida é um passivo que receberá a intervenção. Quanto mais for preservada a autonomia do sujeito, mais garantia de que a assistência é promotora de saúde e de cidadania.

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

Um trabalho de equipe interdisciplinar potencializa o resultado de todos os profissionais e beneficia a pessoa assistida e o serviço. De acordo com Simonetti (2004) cabe ao psicólogo hospitalar ser o mediador da comunicação entre os diversos personagens na cena da assistência tendo em vista que há uma divergência de interesses que perpassa o atendimento: a pessoa assistida está interessada no sintoma (quando vai

passar a dor, por exemplo?), o profissional de saúde está interessado no diagnóstico (o que provoca aquela dor?) e a família está interessada no prognóstico (a pessoa vai ficar boa?). A mediação desse possível conflito de interesses é um desafio ao psicólogo hospitalar e sua superação dependerá da competência técnica e da qualidade da relação interprofissional construída.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças mais do que convidam, na verdade exigem que “a pessoa como um todo” seja entendida a partir de uma lente mais abrangente que inclua a comunidade e o contexto social mais amplo. À medida que o conhecimento dos determinantes sociais mais amplos da saúde evoluiu, o paradigma da responsabilidade individualizada e concentração na saúde, promoção da saúde e prevenção da doença não é mais suficiente. Precisamos perguntar se a sociedade, o sistema de assistência à saúde e a comunidade local oferecem para cada indivíduo as opções que precisam para ter a saúde ideal. Não basta considerar os determinantes sociais da saúde e a prevalência global, a incidência e apropriação da doença, mas também os desafios e oportunidades para os cuidados de saúde contidos nas agendas, regulações legais e políticas de organizações nacional, estadual, municipal e profissional.

Isso nos desafia a conhecer inclusive outros sistemas, como o Sistema de Assistência Social, o Sistema Jurídico, o Sistema Educacional, para que possamos muitas vezes fazer articulações com serviços por eles prestados como conselho tutelar, serviço de proteção a mulher, de proteção a testemunhas, ou de acompanhamento educacional (quando há internações prolongadas de crianças em idade escolar, por exemplo) e outros serviços. Muitas vezes o atendimento a pessoa assistida na psicologia hospitalar pode estar atravessado por questões outras que demandem encaminhamentos precisos. Esses fatores contextuais ditam ou dão base à promoção de saúde à prevenção de doenças e às prioridades e direcionamento dos tratamentos da doença, bem como definem o direcionamento dos cuidados de saúde, tanto na comunidade quanto de cada indivíduo. O contexto social pode ser uma fonte de grande frustração para o profissional tanto quanto para o doente por causa das várias barreiras ao acesso para o cuidado apropriado.

Nossa sociedade ocidental valoriza o individualismo em detrimento do coletivo, valoriza a ciência mais do que a arte, valoriza a análise acima da síntese e valoriza as soluções tecnológicas mais do que as relações ou as tecnologias leves. Entendemos por

tecnologia leve o que Mehry (2002) propõe. A tecnologia leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho.

O ambiente hospitalar ou de serviços complexos de saúde são espaços de grande tensão emocional. Lugar de realização, frustração e superação e também espaço de luto. Exige manejo do estresse, construção de resiliência, superação de limites, o que acarreta grande risco do *Burn Out*. A síndrome do *Burn Out* pode ser definida como o estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que se caracteriza pela exaustão, sofrimento, reduzida motivação e eficácia e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho (SCHAUFELL & ENZMANN, 1998). A prevenção dessa síndrome não produz um ganho somente na saúde pessoal do profissional, mas na melhoria da prestação de cuidados de saúde ao criar condições para uma assistência mais personalizada, empática e de respeito e confiança. Tudo isso explicita ainda mais a necessidade deste cuidado com a saúde mental do profissional da psicologia hospitalar e a necessidade da luta pelas 30 horas semanais de trabalho.

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

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

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

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

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

Encerramos esta Referência Técnica conclamando às psicólogas para que o exercício ético da profissão perpassa pelo conhecimento da política pública, conhecimento técnico-científico, auto-conhecimento e também envolvimento na vida comunitária. A participação social pode ser desenvolvida tanto no âmbito interno no serviço, quanto no âmbito externo na sociedade, nos espaços instituídos de controle social seja através do Conselho Municipal de Saúde ou demais conselhos de direitos, seja nas

conferências de saúde ou na política da sua própria profissão. Quanto mais desenvolvida a cultura da sociedade mais reconhecidos e garantidos serão os direitos.

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

ANEXO 1

Nº DA RESOLUÇÃO OU PORTARIA	DO QUE TRATA
LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO 1990.	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;
PORTARIA Nº 72, DE 23 DE JANEIRO DE 1992.	Regulamenta Normas para atendimento ambulatorial do SUS * Cita serviço de Psicologia
PORTARIA/SAS Nº 407 - DE 30 DE JUNHO DE 1992	Autoriza o cadastramento no Grupo de Procedimentos Internação em Psiquiatria III, pelos gestores estaduais, aos hospitais que cumprirem determinados quesitos, a partir de 1.º de janeiro de 1993.
PORTARIA SNAS/MS Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992.	Normas para o atendimento ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS)
PORTARIA SAS/MS nº 130 de 3 de agosto de 1994.	Estabelece as seguintes diretrizes e normas para implantação do tratamento em Hospital-Dia ao paciente com doença/AIDS conforme Portaria nº 93 de 31 de maio de 1994.

<p>PORTARIA MS 62, DE 14 DE ABRIL DE 1994.</p>	<p>Normas para o cadastramento de hospitais que realizam procedimentos integrados para a reabilitação estético-funcional dos prematuros e de má formação lábio-palatal para o SUS. *Psicólogo</p>
<p>RESOLUÇÃO N.º 218, DE 06 DE MARÇO DE 1997.</p>	<p>I – Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assistentes Sociais 2. Biólogos; 3. Profissionais de Educação Física; 4. Enfermeiros; 5. Farmacêuticos; 6. Fisioterapeutas; 7. Fonoaudiólogos; 8. Médicos; 9. Médicos Veterinários; 10. Nutricionistas; 11. Odontólogos; 12. Psicólogos; e 13. Terapeutas Ocupacionais.
<p>PORTARIA N.º 50, DE 11 DE ABRIL DE 1997.</p>	<p>Define critérios mínimos para credenciamento de Centros de Cirurgia de Epilepsia. *Cita o psicólogo ou o neurologista com treinamento em técnicas de neuropsicologia utilizadas na avaliação de paciente epilético.</p>
<p>PORTARIA N.º 2042, DE 11 DE OUTUBRO DE 1996.</p>	<p>Define serviços de Terapia Renal. *O psicólogo é definido “sempre que necessário”</p>
<p>PORTARIA MS 2616 DE 12 DE MAIO DE 1998</p>	<p>Expedir diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.</p>
<p>PORTARIA N.º 3.018, DE 19 DE JUNHO DE 1998.</p>	<p>Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.</p>
<p>PORTARIA N.º 2918/98 Obs.: REVOGADA PELA PORTARIA 3432/98</p>	<p>Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo. *Psicólogo</p>

PORTARIA MS N.º 3432, DE 12 DE AGOSTO DE 1998.	Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. *Psicólogo
PORTARIA MS N.º 3535, DE 02 DE SETEMBRO DE 1998.	Estabelece critérios para o cadastramento de centros de atendimento em oncologia. *Psicólogo
PORTARIA N.º 3432/MS, DE 12 DE AGOSTO DE 1998.	Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. *Cita o psicólogo
PORTARIA N.º 3477, 20 DE AGOSTO DE 1998.	Define Atendimento Perinatal – Atenção à gestante de alto risco. *Define equipe de saúde interdisciplinar com a participação do psicólogo
PORTARIA N.º 1395, 09 DE DEZEMBRO DE 1999.	Define atenção à saúde do Idoso *Define equipe de saúde com a participação do psicólogo
PORTARIA MS N.º 82, DE 03 DE JANEIRO DE 2000.	Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. *Cita o psicólogo ou o psiquiatra
PORTARIA N.º 196, DE 29 DE FEVEREIRO DE 2000.	Define serviços para gastroplastia – cirurgia bariátrica. *Define equipe de saúde multiprofissional com a participação do psicólogo
PORTARIA GM 693, DE 05 DE JULHO DE 2000.	Implantação do Método Canguru. *Psicólogo
PORTARIA N.º 44/GM, DE 10 DE JANEIRO DE 2001.	Aprova no âmbito do Sistema Único de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. *Psicólogo

<p>LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001 LEGISLAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL LEGISLAÇÃO FEDERAL.</p>	<p>Esta Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.</p> <p>No Art. 4º, parágrafo 2º, que define a internação é designado: “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”.</p> <p>No Art. 5º: “o paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário”.</p> <p>*Cita serviços psicológicos e reabilitação psicossocial assistida</p>
<p>PORTARIA GM/MS Nº 251 DE 31 DE JANEIRO DE 2002.</p>	<p>Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.</p>
<p>PORTARIA GM/MS N.º 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.</p>	<p>Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;</p>

<p>PORTARIA INTERMINISTERIAL N.º 628, DE 02 ABRIL DE 2002.</p>	<p>Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e aprova a possibilidade de estabelecer parcerias entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Justiça, as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Estaduais de Justiça ou outros mecanismos similares com organizações não governamentais, regularmente constituídas, que detenham experiência de atuação no Sistema Penitenciário. *Psicólogo</p>
<p>PORTARIA N.º 816/GM DE 30 DE ABRIL DE 2002.</p>	<p>Define a atenção psicossocial a pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas. *Cita o suporte psicoterápico.</p>
<p>RESOLUÇÃO RDC N.º 50/02 Obs: ALTERADA PELA RESOLUÇÃO RDC N.º 189/2003.</p>	<p>Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Não cita especificamente o psicólogo, mas a consulta psicológica.</p>
<p>PORTARIA GM 2261, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2003.</p>	<p>Altera os valores de remuneração dos procedimentos de Terapia Renal Substitutiva constantes do grupo 27 da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais e determina à Secretaria de Atenção à Saúde/SAS a publicação de ato com o cálculo do valor do impacto que será acrescentado aos tetos Estaduais e Municipais de gestão plena.</p>
<p>PORTARIA 211/04 ANVISA</p>	<p>Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.</p>
<p>PORTARIA GM N.º 1168, DE 15 DE JUNHO DE 2004.</p>	<p>Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.</p>
<p>PORTARIA N.º 2.607, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2004.</p>	<p>Define o Plano Nacional de Saúde.</p>
<p>RESOLUÇÃO-RDC N.º 154, DE 15 DE JUNHO DE 2004.</p>	<p>Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise</p>

PORTARIA GM N.º 1168, DE 15 DE JUNHO DE 2004.	Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
PORTARIA N.º 340, DE 14 DE JULHO DE 2004.	Aprova normas para a Implantação e Implementação da Atenção à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei. *Psicólogo
PORTARIA N.º 741 DE 19 DE DEZEMBRO DE 2005.	Art. 1º - Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades:

VERSÃO CONSULTA PÚBLICA

PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008.	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF
PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011.	Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.
PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
PORTARIA Nº 424, DE 19 DE MARÇO DE 2013.	Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
PORTARIA Nº 528, DE 1º DE ABRIL DE 2013.	Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 2.809, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2012.	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

PORTARIA Nº 140, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2014.	Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PORTARIA Nº 389, DE 13 DE MARÇO DE 2014.	Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
PORTARIA Nº 734, DE 02 DE MAIO DE 2014.	Aprova a Resolução nº 07/2012, do Grupo de Mercado Comum (GMC) do MERCOSUL, que aprova lista de profissões de saúde que são reconhecidas por todos os Estados Partes no Mercosul.
PORTARIA Nº 2.415, DE 07 DE NOVEMBRO DE 2014.	Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS.

<p>RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 387, DE 28 DE OUTUBRO DE 2015.</p>	<p>Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; revoga as Resoluções Normativas – RN nº 338, de 21 de outubro de 2013, RN nº 349, de 9 de maio de 2014; e da outras providências.</p>
<p>PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011</p>	<p>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).</p>
<p>PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017</p>	<p>Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)</p>
<p>NOTA TÉCNICA Nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS</p>	<p>Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Resolução CIT n.º 32/2017, de 17 de dezembro de 2017 Portaria GM/MS n.º 3588, de 21 de dezembro de 2017 Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017 Portaria GM/MS n.º 2663, de 11 de outubro de 2017 Portaria GM/MS n.º 1315, de 11 de março de 2018 Resolução CONAD n.º 1, de 9 de março de 2018 Portaria SAS/MS 544, de 7 de maio de 2018 Portaria GM/MS n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018 Resolução CIT n.º 35/2018, 25 de janeiro de 2018 Resolução CIT n.º 36/2018, de 25 de janeiro de 2018</p>

LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019	Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.
--	--

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO A. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciê. Saúde Coletiva**, 11(1/2). 1997.

ALMEIDA, S. R. Alcances e limites do uso de testes psicológicos no hospital. . In Oliveira M. F. P e S.M.C. Ismael (orgs). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas, São Paulo. Papirus. 1995.

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

ANDREOLI, P. B. A.; CAIUBY, A.V. S. e LACERDA, S. S. **Psicologia hospitalar**. Barueri, SP: Manole, 2013. (Manuais de Especialização Einstein/Editora Renata Dejtiar Waksman, Olga Guilhermina Dias Farah)

ANGERAMI-CAMON, V.A (org.) **A psicologia da saúde na prática: teoria e prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019.

ANGERAMI-CAMON, V.A; CHIATTONE, H.B.C; NICOLETTI, E.A. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Editora Pioneira, 1992.

ANGERAMI-CAMON, V.A. e GASPAR, K.C. (org.) **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

_____. (org.) **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

_____. (org.) **Psicologia da saúde: novos significados para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira, 2000.

_____. (org.) **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

_____. **E a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira, 1996.

AZEVEDO, A.V.S. Construção do protocolo de avaliação psicológica hospitalar para criança queimada. **Revista Avaliação psicológica**. vol.9 no.1 Porto Alegre abr. 2010

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

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

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

BELAR, C.D. Psychological interventions and health: critical connections. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 1(1), 11-17. 2000.

BORGES, E.S. **Psicologia clínica hospitalar: trauma e emergência**. 1. Ed. – São Paulo: Vetor, 2009.

BRASIL. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Presidência da república. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Casa Civil, subchefia de assuntos jurídicos, 1990a.

_____. Presidência da república. Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. Casa Civil, subchefia de assuntos jurídicos, 1990b.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.* 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Hospitalar.* 2013

BRAZ, M.S.S.; FRANCO, M.H.P. Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção do luto complicado. **Psic. Ciênc prof:** v 37, nº 1 , p. 90 – 105, 2017.

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

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

CAIUBY, A.V.S. e KARAM, C.H. Aspectos psicológicos de pacientes com insuficiência renal crônica. In S.M.C. Ismael (org). *A prática psicológica e sua interface com as doenças.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

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

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

CAMPOS, T.C.P. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais.** São Paulo:E.P.U.1995

CAPITÃO, C.G., SCORTEGAGNA, S.A., & BAPTISTA, M.N. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica,** 4(1), 75-82. 2005.

CARVALHO, D.B.; SOUZA, L.M.R.; ROSA, L.S.; GOMES, M.L.C. 2011). Como se escreve, no Brasil, a história da psicologia no contexto hospitalar. In: **Estudos e Pesquisa em Psicologia.** Rio de Janeiro: 2011. vol. 11, nº. 3, p. 1005-1026.

CASSEL, E J. **The Nature of Healing: The Modern Practice of Medicine.** New York, NY: Oxford University press: 2013.

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

CITERO, V.A. A psicopatologia na assistência psicológica no hospital-geral. In: ANDREOLI, P.B.A; CAIUBY, A.V.S. e LACERDA, S.S. (coord.) **Psicologia hospitalar**. (Manuais de especialização do EINSTEIN) Barueri, SP : Manole, 2013. Cap. 5, p. 81-95.

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

CONCEIÇÃO, J.A.N. Princípios Básicos de Pesquisa Científica. . In OLIVEIRA M. F. P E S.M.C. ISMAEL (orgs). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas, São Paulo. Papirus. 1995.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução Administrativa/Financeira N° 14 de 20 de dezembro de 2000**. Brasília: CFP, 2000.

_____. Resolução n.16/2000, de 20 de dezembro de 2000. (Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos) Brasília, 2000.

_____. Resolução n.10/2005, de 21 de julho de 2005. (Código de Ética Profissional do Psicólogo) Brasília, 2005.

_____. **Resolução Administrativa/Financeira N° 15 de 19 de setembro de 2007**. Brasília: CFP, 2007.

_____. **Resolução Administrativa/Financeira N° 3 de 05 de fevereiro de 2016**. Brasília: CFP, 2016.

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

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP/SP). Uma questão de saúde: trajetória da psicologia hospitalar em São Paulo. CRP/SP: São Paulo, 2004. Vídeo. <https://www.youtube.com/watch?v=JZEiKBmyOrc>

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

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

CREPOP – Costa, A. L. F. et al. *Relatório final de análise qualitativa da pesquisa sobre a atuação dos psicólogos nos serviços hospitalares do SUS*. Conselho Federal de Psicologia, 2012.

CREPOP/02. **Discussões e apontamentos do GT de psicologia hospitalar**, Recife, 2016.

CUSHING, H. **The life of sir William Osler**. Oxford: Clarendon Press: 1925

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. (ORG.). **Promoção à saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2003.

DECAT DE MOURA , M.. **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro, Revinter, 2^a ed. 2000.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR E DO DESENVOLVIMENTO (UnB). Proposta de Concessão do Título de Professor Emérito pela Universidade de Brasília, à professora Thereza Pontual de Melo Mettel. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2007, Vol. 23 n. especial, pp. 125-129. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/22.pdf>

DIAS, N. M.; RADOMILE, M. E. S. A implantação do serviço de psicologia no hospital geral: uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 2, 2006.

EIZIRIK, C.L. Compreensão e manejo da transferência e da contratransferência. In.: Mabilde L.C. (org.). **Supervisão em Psiquiatria e em Psicoterapia Analítica: teoria e técnica**. Porto Alegre: Mercado Aberto. p.61-71, 1991.

EIZIRIK, C.L.; ARAÚJO, M.S. Compreensão e manejo da transferência em supervisão de análises de adultos. **Revista de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre**, 4(1):13-20, 1997

EKSTEIN, R, WALLERSTEIN, R.S. **The Teaching and Learning of Psychotherapy**. New York: Basic Books, 1958.

EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática no Brasil. In: _____. MELLO FILHO, J. BURD, M. (Org.). **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ERTHAL, T.C.. **Manual de Psicometria** (6a ed). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001

FARIAS, D.C; ARAÚJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência e saúde coletiva**, 2017.

FERRARI, Solimar et al . Excelência do atendimento em saúde: a construção de indicadores assistenciais em psicologia hospitalar. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São

Paulo, v. 11, n. 2, p. 60-71, jul. 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200005&lng=pt&nrm=iso. acessos em 08 abr. 2019.

FILGUEIRAS, M.S.T. (et all) **Residência em Psicologia: Novos contextos e para a formação em saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

FILGUEIRAS, M.S.T.; RODRIGUES, F.D. e BENFICA, T.M.S. (org.) **Psicologia hospitalar e da saúde. : consolidando práticas e saberes na residência**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

FLEMING J.; BENEDEK T. **The Psychoanalytic Supervision**. New York: Grune & Stratton, 1966.

FONGARO, M. L. H. e SEBASTIANI, R. W. **Roteiro de Avaliação Psicológica aplicada ao hospital geral**. In : ANGERAMI-CAMON, V.A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira 1996. Cap. 1, p. 05-64.

FUKUMITSU, K.O. (org.) **Vida, morte e luto: atualidades brasileiras**. São Paulo: Summus, 2018.

GARCIA, C. JUNIOR & ZIMMERMANN, P.R. Falência e Transplante de órgãos. In N. J. Botega. **Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed. 2006.

GIACOMINI, M. E GALVAN, G. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar com pacientes ortopédicos. . In S.M.C. Ismael (org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

GIANNOTTI, A. Psicologia nas instituições médicas e hospitalares. In Oliveira M. F. P e S.M.C. Ismael (orgs). **RUMOS DA PSICOLOGIA HOSPITALAR EM CARDIOLOGIA**. Campinas, São Paulo. Papyrus. 1995.

GIORGIA-MARTINS, D.F. **Psicologia e saúde: formação, pesquisa e prática profissional**. 1.ed. São Paulo: Vetor, 2012.

GORAYEB, R. A prática da Psicologia Hospitalar. In: MARINHO, M.L.; CABALLO, V.E. (Orgs.). **Psicologia Clínica e da Saúde**. Londrina: UEL-APICSA, 2001, p. 263-278. https://www.researchgate.net/publication/242745738_A_pratica_da_psicologia_hospitalar

_____. Psicologia da Saúde no Brasil. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 2007, Vol. 26 n. especial, pp. 115-122. <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26nspe/a10v26ns.pdf>

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. In: **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. 2003, Vol.

5, 11-19. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452003000100003

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

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

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

_____. **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. São Paulo: casa do Psicólogo.

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

KOVÁCS, M.J. (coord.) **Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2008.

KOVÁCS, M. J. (Org.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus. 2008

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

LEVENSON, J. L, OLBRISCH, M. E. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and Kidney transplantation. **Psychosomatics**. n. 34 (4), p.314-27, 1993.

LIMA, M; SANTOS, L: Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. **Psicol. cienc. prof.** vol.32 no.1 Brasília. 2012

LINDQUIST, I. **A criança no hospital: terapia pelo brinquedo**. São Paulo: Scritta. 1993

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

LORENZETTI, J; LANZONI, G.M.M; ASSUITI, L.F.C; PIRES, D.E.P, RAMOS, F.R.S. Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. **Texto & Contexto Enferm**, 2014; pp. 417-425.

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

MABILDE L.C. Ensino em Psicoterapia: Escuta em supervisão. Trabalho apresentado na XIX Jornada Sul-rio-grandense de Psiquiatria Dinâmica, nov/1998.

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

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

MAIA, E.M.C.; SILVA, N.G.; MARTINS, R.R.; SEBASTIANI, R.W. Psicologia da saúde-hospitalar: da formação à realidade. In: **Universitas Psychologica**. Bogotá: 2005. Vol. 4, n° 1, jan-jun.

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Web Site). Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>

MIOTTO, E. C. Avaliação Neuropsicológica e Funções Cognitivas. In E. C. MIOTTO, M.C.S. DE LUCIA, M. SCAFF (orgs). **Neuropsicologia Clínica**. São Paulo. Roca, 2012.

MONTEIRO, K.C.C O consentimento informado na pesquisa em psicologia hospitalar. **Revista Epistemo-Somática**, Belo Horizonte, n.1,p.84-92, 2007.

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

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

MOURA, M.D. **Psicanalise e Hospital**. Editora: REVINTER, 2000.

NEDER, M.O. O psicólogo no hospital. In: **Revista de psicologia hospitalar do hospital das clínicas da FMUSP**. São Paulo: 1991, v. 1.

NEVES, M. A. B. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. **III Congresso Consad de Gestão Pública**. Disponível em:

http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_9/avaliacao_da_qualidade_da_prestacao_de_servicos_de_saude.pdf> Acesso em 30/03/2019.

NIFA, S.E RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista. SBPH** vol.13 no.1 Rio de Janeiro jun. 2010

NINA, M.D. A Equipe de trabalho interdisciplinar no âmbito hospitalar. In OLIVEIRA M. F. P E S.M.C. ISMAEL (orgs). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas, São Paulo. Papyrus. 1995.

NUNES; APOLINÁRIO; ABUCHAIM; COUTINHO e cols. **Transtornos alimentares e obesidade**, ArtMed, Porto Alegre, 1998.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. O que é acreditação? Disponível em: < <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 30/03/2019.

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

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista brasileira de educação médica**. 32 (4): 492 – 499, 2008.

PALMIERI, H. T e CUTY, E. V. **Plantão Psicológico em Hospital Geral: Um Estudo Fenomenológico**. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, 2007.

PAPARELLI, R.N.; MARTINS, M.C.F.N. Psicólogo em formação: vivências e demandas em plantão Psicológico. **Psicologia Ciência e profissão**, 2007.

PASCOAL, M.; KIOROGLO P.S.; BRUSCATO, W. L; MIORIN, L.A; SENS, Y.A.S e Jabur,P. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Revista. SBPH** v.12 n.2 Rio de Janeiro dez. 2009

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

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola. 2004

PORTO, G; LUSTOSA, M. A. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos, **Rev. SBPH** vol.13 no.1 Rio de Janeiro jun. 2010

PUCCI, F. F. Profissionais de saúde: Análise de algumas variáveis que influem no trabalho em UTI. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas,SP. 1999

RAGOZINI, C. A, ALMEIDA, C. P, PEREIRA, J. A e BARBOSA, L. N. F. A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. . In S.M.C. Ismael (org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005

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

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

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

ROLNIK,S. **Mudança no divã: uma perspectiva ético/estético/política em psicanálise**. Texto disponibilizado em palestra proferida na mesa redonda "Psicanálise e Poder", No III Fórum Brasileiro de Psicanálise. Belo Horizonte, 1994.

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

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

ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. Em M. BARGRICHEVSKY; A. PALMA; A. ESTEVÃO; M. A. DA ROS (Orgs.). **A saúde em Debate na educação física, volume 2**. Blumenau, Nova Letra, p. 47-66.

ROSEENTHAL, R.W. Plantão Psicológico: Uma Nova Proposta para o Atendimento à Comunidade. Texto apresentado no IV Encontro Latino da ACP em Sapucaí-Mirin. São Paulo,1986.

ROSENBERG, R.L. Biografia de um serviço. In: ROSENBERG, R.L. (org) – **Aconselhamento Psicológico Centrado na pessoa**. São Paulo, EPU, 1987.

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

SAFRA, G. **Intervenções breves e pontuais**. São Paulo: Ed. Sobornost, DVD de aula ministrada na USP, 2003.

SANTA CASA SP. **Web Site**.
<https://www.santacasasp.org.br/portal/site/especialidades/psicologia>

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

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

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

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

SCHAUFELI, W.B., & ENZMANN, D. (1998). The burnout companion to study and practice: A critical analysis. Philadelphia: Taylor & Francis.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: ANGERAMI-CAMON, V.A. (org.) **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. Cap. 2 , p. 29 – 71.

SILVA, A. L. M; ANDREOLLI, P. B. A O trabalho do psicólogo em UIT e UCO. In S.M.C. ISMAEL (org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005

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

SIMON, R. **Psicoterapia breve operacionalizada: teoria e técnica**. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

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

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

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR (SBPH). **Web Site**. http://www.sbph.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=157&Itemid=740

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Ser. Soc. Soc**, 2010.

SOUZA, A.M. de; MOURA, D. do S. C.; CORRÊA, V.A.C. Implicações do pronto atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. **Psicologia Ciência e profissão**, 2009.

SOUZA QUINTAS, J. A entrevista clínica no contexto hospitalar. Interloquções. **Revista de Psicologia da UNICAP**. Ano 3 nº ½ Janeiro/Dezembro/2003. p.97-103.

_____. Vividação: do trauma à reabilitação do paciente queimado. **Revista Brasileira de Queimaduras**. vol 5 Janeiro/Junho, 2005, nº 1 p. 41 – 50.

_____. Suporte psicológico ao paciente. Cap. 29, p. 273-280 In: JUNIOR, E.M.L. (et all) **Tratado de Queimaduras no paciente agudo**. 2 edição, São Paulo: Ed. Atheneu, 2008.

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

SPINK, M.J. P. (org.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

STEIN H. What is Therapeutic in clinical relationships? *Fam Med*. 1985; **17**(5): 188-94.

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

SZECSÖDY I. (How) Is learning possible in supervision? In: MARTINDALE B. **Supervision and its vicissitudes**. Karnak Books: London; p.101-16. 1997

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

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

TURRA, V. et al. Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema. **Revista PSICO**, v. 43, n. 4, 2012.

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

VENÂNCIO, J. L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**; 50(1): 55-63, 2004.

VIERA FILHO, Nilson G. A prática complexa do psicólogo clínico: cotidiano e cultura na atuação em circuito de rede institucional. **Estudos em Psicologia**, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39533663345008>. Acesso em: 05. Abr. 2019.

VOLLMER FILHO, G. Linhas teóricas e ideologia de formação. Recife. Trabalho apresentado no XV Congresso Brasileiro de Psicanálise. 1995.

YAMAMOTO, O.; CUNHA, I. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. In: **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre: 1998. v. 11, n. 2, p. 345-362.

YAMAMOTO, O.; TRINDADE, L.; OLIVEIRA, I. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. In: **Psicologia USP**. São Paulo: 2002. v. 13, n. 1, p. 217-246.

WONGTSCHOWSKI, E.(org.) **O psicólogo no hospital público: tecendo a clínica**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

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

ZASLAVSKY, J., NUNES, M.L.T, EIZIRIK, C.L. A supervisão psicanalítica: revisão e uma proposta de sistematização. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS**. 2003.