

Terezinha Calil Padis Campos

PSICOLOGIA HOSPITALAR

A atuação do psicólogo em hospitais

EPU.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Campos, Terezinha Calil Padis
Psicologia hospitalar : a atuação do
psicólogo em hospitais / Terezinha Calil
Padis Campos. São Paulo : EPU, 1995.

Bibliografia.
ISBN 85-12-60480-8

1. Hospitais - Aspectos psicológicos
2. Pacientes hospitalizados - Psicologia
- I. Título.

95-0526

CDD-362.11019
NLM-WX 150

Índices para catálogo sistemático:

1. Hospitais : Psicologia 362.11019
2. Hospitais : Serviços psicológicos 362.11019
3. Psicologia hospitalar 362.11019
4. Serviços hospitalares psicológicos 362.11019

Terezinha Calil Padis Campos

PSICOLOGIA HOSPITALAR

A atuação do psicólogo em hospitais



6072

€ . P . U .



EDITORA PEDAGÓGICA
E UNIVERSITÁRIA LTDA.

Sumário

Prefácio	9
1. Introdução	11
O psicólogo em hospitais.....	11
2. Adentrando um hospital.	15
2.1. O Hospital: sua história, funções, imagem e significado institucional.	15
2.1.1. Funções do Hospital.	23
2.2. A questão da autoridade na instituição hospitalar.	26
2.2.1. O Autoritarismo.....	26
2.2.2. Direitos e responsabilidades do paciente e da família.	34
2.3. Saúde e doença: a doença, o doente, o adoecer e a morte.	41
2.3.1. O atendimento hospitalar à criança, ao jovem, ao adulto e ao idoso.....	51
2.4. Saúde: um assunto para muitos profissionais.	54
2.4.1. A relação profissional saúde — cliente.	56
2.4.2. A atuação do profissional.	59

2.5. Um profissional dentre os demais profissionais da saúde: o psicólogo em hospital. Importância e contribuição.	62
3. O Psicólogo em Hospital Geral.	77
3.1. Filosofia e política de ação.	77
3.2. Áreas de atuação do psicólogo em Hospital Geral	82
3.2.1. Assistência psicológica.	83
3.2.2. Ensino.	84
3.2.3. Pesquisa.	87
4. Considerações finais.	89
4.1. Assistência psicológica.	90
4.1.1. Atendimento aos pacientes.	90
4.1.2. Atendimento aos familiares.	94
4.1.3. Considerações à equipe multiprofissional.	96
4.1.3.1. Assistência, assessorias, consultorias e interconsultas psicológicas.	99
4.2. Ensino.	100
4.3. Pesquisa.	102
4.4. Formação e especialização do profissional psicólogo.	103
5. Conclusões.	105
6. Bibliografia.	107
6.1. Leitura complementar recomendada.	111

Prefácio

Estar em contato com pessoas foi uma constante em minha vida. Durante minha história acadêmica e profissional, trabalhando como professora e também como psicóloga, sempre me interessei pela história das pessoas, seu modo de viver, seu modo de se contactar com o mundo, bem como seu modo de reagir às múltiplas solicitações do ambiente e de forma especial seu modo de adoecer.

Chamava-me a atenção o fato de que determinadas pessoas adoeciam e reincidiam nas doenças; outras se apresentavam como eternas queixosas. Algumas reagiam bem às cirurgias, outras tinham complicações diversas ou se mostravam infantilizadas diante de um adoecimento ou internação. Eu questionava sempre o outro lado da doença, o que poderia estar oculto nessa manifestação corporal, o porquê das regressões diante das internações, o quanto de emocional estaria contido no quadro somático apresentado.

Percebia que, além do atendimento cirúrgico, medicamentoso e das diferentes terapias, havia necessidade de atendimento psicológico, tanto ao paciente como aos familiares, pois muitas vezes se perdia uma cirurgia ou o trabalho terapêutico era inócuo, devido à falta de colaboração, interesse e motivação do próprio paciente.

Também percebia que a equipe de profissionais sentia necessidade de troca de informações, tanto referentes à doen-

ça quanto ao doente, pois manifestavam as dificuldades de lidar com alguns pacientes em decorrência de barreiras pessoais ou envolvimento emocional que impediam uma aproximação satisfatória.

Muitas pessoas buscavam ajuda psicológica, indiretamente, no momento em que se internavam ou eram internadas, ou iam ao ambulatório para uma consulta. Ficava nas entrelinhas o desejo de serem atendidas em algo mais do que a queixa expressa em poucas palavras, ou na exposição de seu corpo para um exame. Muitas vezes as queixas apresentadas pelos pacientes traduziam algo mais profundo: disfarces e defesas escondem o verdadeiro sentido do seu sofrimento.

Este livro é resultado de um trabalho intenso abrangendo material teórico e prático.

As entrevistas realizadas com inúmeros psicólogos dos hospitais de São Paulo contribuíram de forma efetiva permitindo a elucidação de importantes tópicos.

Nesse sentido apresento meus agradecimentos a esses psicólogos dos Hospitais Públicos e Particulares que me acolheram para falar de suas experiências e de suas esperanças.

Um destaque especial deve ser feito a Emiliano Campos, meu marido, médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que sempre acreditou na necessidade e na importância da presença atuante do psicólogo nas instituições hospitalares e que com muita atenção e troca de idéias incentivou o meu trabalho de pesquisa.

Agradecimentos especiais à Profa. Dra. Mathilde Neder, diretora da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FM USP, pioneira no trabalho do Psicólogo Hospitalar em São Paulo, que com sua inteligência, sabedoria e profissionalismo colaborou efetivamente no meu trabalho.

1. Introdução

O psicólogo em hospitais

O objetivo deste livro é apresentar idéias, conceitos e resultados de estudos sobre a atuação do psicólogo em uma organização hospitalar. Abrange a definição dos papéis desempenhados pelo psicólogo como um profissional da saúde.

O psicólogo Profissional da Saúde tem um papel clínico, social, organizacional e educacional, com áreas de atuação que abrangem a Psicologia Preventiva e de Tratamento.

A autora observou que, durante os vários anos atuando com os pacientes, junto aos familiares e à equipe de profissionais, vários modos de manifestação e de conduta se expressavam. Percebeu que, além do atendimento cirúrgico, medicamentoso e das diferentes terapias, havia necessidade de atendimento psicológico, tanto ao paciente como aos familiares. Muitas vezes se perdia uma cirurgia, ou o trabalho terapêutico era inócuo, devido à falta de colaboração, interesse e motivação do próprio paciente.

Durante toda sua vivência enquanto professora e psicóloga sempre se interessou pela história das pessoas,

seu modo de viver e de contatar o mundo, bem como suas reações às múltiplas solicitações do ambiente e, de forma especial, seu modo de adoecer. Determinadas pessoas adoeciam e reincidiam nas doenças, enquanto outras se apresentavam como eternas queixosas; umas reagiam bem às cirurgias, outras apresentavam complicações diversas ou se mostravam infantilizadas diante de um adoecimento ou internação. Questionava o “outro” lado da doença, o que poderia estar oculto nessa manifestação corporal, o porquê das regressões diante das internações e o quanto de emocional estaria contido no quadro somático apresentado.

Outras vezes, observava que o paciente não sabia ao certo o que estava acontecendo com ele, como seu corpo reagia e como ele poderia estar se ajudando na sua própria reabilitação. O paciente queria não só ser visto e examinado como também ser ouvido, ser entendido na sua linguagem oculta e o atendimento psicológico fazia com que ele se percebesse melhor e participasse de modo efetivo e produtivo na sua melhora e no uso de seu potencial, colaborando com os profissionais que o atendiam.

Também os familiares precisavam entender, participar e compreender o processo que estava ocorrendo e qual a importância de sua participação.

De outro lado, percebia que a equipe de profissionais sentia necessidade de troca de informações, tanto referentes à doença quanto ao doente. Manifestavam dificuldades de lidar com alguns pacientes e nem sempre podiam dar o melhor de si, no atendimento, devido a barreiras pessoais ou envolvimento emocional que impediam uma aproximação satisfatória com o paciente ou bloqueavam o trato de conteúdos pessoais que emergiam, causando angústias ou depressões.

Em outras situações hospitalares, pessoas internadas reagiam de forma negativa aos atendimentos oferecidos, ora ignorando seu próprio adoecer, ora negando o que ocorria. Muitos pacientes faziam de sua doença física ou orgânica um escudo para suas dificuldades gerais.

Determinadas pessoas buscavam ajuda psicológica, indiretamente, no momento em que se internavam ou eram internadas, ou se dirigiam ao ambulatório para uma consulta. Parecia subjacente o desejo de serem atendidas em algo mais do que a queixa expressa em poucas palavras, ou na exposição de seu corpo para um exame. Às vezes, as queixas apresentadas pelos pacientes traduziam algo mais profundo, diferente de como eram expressadas. Escondiam de si mesmos o verdadeiro sentido de suas angústias e sofrimentos. O discurso do doente, com disfarces e defesas, esconde o seu drama interior.

Nota-se, na história dos pacientes, que suas vivências passadas têm a ver com a doença manifesta, mostrando que muitas enfermidades são, mais que desordens funcionais, alterações mais organizadas e complexas. Também subjacente às colocações dos clientes quanto ao seu mal-estar, suas depressões, angústias, dificuldades pessoais e reações somáticas, no relato de sua doença, fica encoberto algo mais profundo que abrange seu modo de ser, suas histórias pessoais e seu modo de se relacionar com o mundo.

Considerando estes vários aspectos, acreditamos que a pessoa, quando busca um atendimento hospitalar, leva não só seu corpo para ser tratado, mas vai por inteiro e, por extensão, atinge sua família, que participa de seu adoecer, suas internações e seu restabelecimento. Também envolve a equipe que a atende, quando da interação terapeuta-cliente, captando suas dificuldades e atuando

no seu restabelecimento. Por todos esses aspectos, acreditamos que um atendimento psicológico deva estar sempre presente.

O interesse pelo tema, embora já de há muito suscitado, tem se intensificado na atualidade. Vários psicólogos estão buscando investigar e pesquisar o assunto em várias áreas.

Importantes trabalhos na área hospitalar estão sendo feitos em vários países. No Brasil, particularmente, temos tido vários deles: em São Paulo, no Hospital das Clínicas, no Hospital dos Servidores Públicos e em alguns hospitais particulares.

Em São Paulo, destaca-se o pioneirismo do trabalho da Dra. Mathilde Neder, que em 1954 iniciou o trabalho hospitalar no Hospital das Clínicas, com a preparação de crianças para cirurgia de coluna, na então Clínica de Ortopedia e Traumatologia, atual Instituto de Ortopedia e Traumatologia.

Nos hospitais da Europa e da América do Norte, a atenção dos psicólogos para com o comportamento humano prevê técnicas de enquadramento, sensibilização e modificação de comportamento e técnicas clínicas de uma forma geral.

Trabalhos são feitos em diferentes áreas, entre elas a de gastroenterologia e dermatologia, ou em unidades de cardiologia, maternidade, pediatria, atendimento em unidades de pronto-socorro e outras.

É possível também afirmar que há lugar para os psicólogos nas instituições da Comunidade que tratam da saúde.

O psicólogo tem uma atuação dentro do Hospital, como um profissional da saúde, envolvendo o indivíduo e as áreas social e da Saúde Pública, buscando sempre o bem-estar individual e social, utilizando também informações das áreas de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e outras áreas afins.

2. Adentrando um hospital

Hoje em dia, procurar e ser atendido numa Instituição Hospitalar é algo que ocorre de forma rotineira e com muita frequência.

Espera-se que o Hospital tenha uma equipe multiprofissional, nas várias especialidades, que tenha recursos técnicos avançados, e que atenda de forma rápida e ininterrupta.

Cada bairro, cada localidade busca ter seu próprio hospital com o maior número de profissionais habilitados, fazendo com que esta organização faça parte da vida da população.

Mas, revendo historicamente o hospital, vemos que ele nem sempre existiu desta forma. Sua evolução e percurso são interessantes e precisam ser recordados.

2.1. O Hospital: Sua história, funções, imagem e significado institucional.

Revendo Lima Gonçalves (1983) e Borba (1985) vemos que a palavra hospital vem do latim “hospes”, que significa hóspede, deu origem a “hospitalis” e “hospitium”

que designavam o lugar onde se hospedavam na Antigüidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos. Quando o estabelecimento se ocupava dos pobres, incuráveis e insanos, a designação era de “hospitium”, ou seja, hospício, que por muito tempo foi usado para designar hospital de psiquiatria.

Na Grécia, Egito e Índia antigos, os médicos aprendiam medicina em locais junto aos templos e exerciam a profissão no domicílio das pessoas enfermas. Muitos séculos antes da Era Cristã, se encontram na Grécia construções semelhantes a hospitais junto aos templos dedicados a Esculápio. Nesses locais, eram colocadas as pessoas enfermas ante a estátua do Deus, para que a ação dos sonhos associada à de medicamentos empíricos preparados pelos sacerdotes pudessem curar os doentes.

Na Índia Antiga, se tem notícias de aparecimento de construções do tipo hospitalar junto às estradas por onde passavam os exércitos, principalmente na linha de frente do Império Romano. Nesses locais, as tropas descansavam e os enfermos eram tratados. Surgem também, nessa época, estabelecimentos semelhantes para o descanso e o tratamento de civis, principalmente para o isolamento de pessoas portadoras de doenças contagiosas, que assim permaneciam separadas do restante da sociedade e entregues à própria sorte, pois os medicamentos eram às vezes ineficazes.

Ainda segundo os mesmos autores, pode-se dizer que, antigamente, o hospital era apenas uma espécie de depósito em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos; sua finalidade era mais social do que terapêutica. Assim, a figura do Hospital surgiu historicamente no ano 360 d.C. Desta forma, a história do hospital começa a ser contada a partir de Cristo, pois, recebendo

influência direta da religião cristã, o homem passou a se preocupar com o seu semelhante. Até então predominava o espírito egoístico do ser humano de se afastar dos deficientes e enfermos, resguardando-se e não socorrendo o próximo.

Sob a máxima cristã de “Amar o próximo como a si mesmo”, surgiu em Óstia, perto de Roma, Itália, a primeira entidade assistencial — Hospital — por volta do ano 360 da Era Cristã, por determinação de Dona Fabíola, e com isso se inicia a “Era dos Hospitais” com atividades básicas de restaurar a saúde e prestar a assistência, simplesmente concluindo diagnóstico e efetuando tratamentos limitados pelos padrões e condições da época.

À medida que a medicina foi se desenvolvendo e de acordo com as regiões, o Hospital assumiu determinadas características. No estudo de sua história, encontramos referências aos seus diversos tipos:

Valetudinários: consistiam em modestas enfermarias para atendimento dos gladiadores romanos e aos guerreiros e eram construídas junto aos alojamentos das tropas e do lado das arenas.

Tabernae Medicae: de origem grega, destinavam-se ao pronto atendimento dos doentes, como nos atuais ambulatórios, sem o regime de internação.

No século XI, a Inglaterra aderiu ao movimento evolutivo hospitalar, erigindo, em 1.084, o seu primeiro Hospital Geral, o St. John, que tinha por finalidade principal a restauração da saúde. No mesmo século, em decorrência da necessidade de especialização do sistema hospitalar, especialmente para combater a lepra-hanseníase, a Inglaterra construiu o primeiro hospital especializado. Foi o Hospital St. Bartholomew.

No século XII, o Concílio Ecumênico proibiu os monges de participarem de cirurgias onde houvesse derramamento de sangue.

Em 1915 surge, na Inglaterra, o Hospital Saint Thomas que se tornou famoso pela implantação da primeira Escola de Enfermagem, sob orientação de Florence Nightingale.

Os primeiros hospitais foram criados como locais de isolamento onde a caridade se exercia como uma prática de cristianismo. Eram locais para pobres, mulheres desamparadas, velhos e doentes crônicos, sob o cuidado de monges e religiosos. Constituíam o último recurso que a caridade oferecia para o paciente pobre. A tecnologia médica disponível só minorava o sofrimento: os pacientes com maiores recursos tratavam-se a domicílio e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar.

O Brasil é país de colonização portuguesa. O cuidado com os doentes já era preocupação das comunidades lusitanas. Em 1485, uma bula do papa Inocêncio VII autorizava a reunião, em um único hospital, dos pequenos hospitais existentes em cada cidade portuguesa. Em Lisboa nasceu, assim, em 1494, o Hospital Real de São José, cujo cuidado e manutenção foram atribuídos à Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia. Com muitas instituições espalhadas, o rei D. João VI determinou que todos deveriam obedecer aos regulamentos e às disposições da “Santa Casa de Misericórdia”, de Lisboa.

O primeiro hospital das Américas foi construído na Cidade do México, em 1524: o Hospital Jesus de Nazareth. No Brasil, em 1538, fundaram a primeira Santa Casa, em Santos. À medida que os exploradores portugueses adentraram o interior brasileiro e formaram os vilarejos, fundaram um hospital local para atendimento dos pró-

prios exploradores e colonizadores. Assim, surgiu também a Santa Casa de São Paulo, cuja fundação se deu por volta de 1590 a 1599, inicialmente próxima ao Pátio do Colégio.

Num primeiro momento da história dos hospitais, o conhecimento que os profissionais tinham era mais sobre o doente do que sobre as doenças. Houve, depois, uma progressiva aquisição de informações sobre fisiopatologia e etiopatologia das diferentes afecções. A identificação dos agentes microbianos e do papel que desempenham na gênese das moléstias infecciosas permitiu que se chegasse ao segundo momento da evolução dos hospitais: eles passaram a ser o local para onde eram encaminhados doentes que, pela natureza ou pela gravidade das afecções, necessitavam de cuidados oferecidos por pessoal especializado ou exigiam equipamento especial.

Mais recentemente, o conhecimento dos agentes microbianos assim como de informações sobre as dimensões inframicrobianas e sobre elementos de natureza imunológica possibilita o domínio de grande número de doenças infecciosas, levando às campanhas promocionais e de vacinação.

Historicamente, então, a primeira instituição-hospital pública ou privada, destinava-se ao tratamento dos doentes, desenvolvendo atividades de natureza curativa. À medida em que os conhecimentos de natureza preventiva foram se desenvolvendo, as medidas práticas com eles relacionadas aplicaram-se mais à abordagem dos problemas de saúde das comunidades. Criou-se um segundo tipo de instituição, destinada ao desenvolvimento das práticas de natureza preventiva — as unidades de saúde, especialmente ligadas ao poder público.

Essa duplicidade de agências consolidava a especialização de tarefas e, mesmo quando podia desenvolver ati-

vidades de natureza preventiva, o hospital procurava limitar-se a atividades curativas. As unidades de saúde apenas em parte participavam de programas de atendimento direto à população doente.

Sendo possível superar a divisão entre o atendimento curativo e o preventivo se chegará ao terceiro momento da evolução dos hospitais, em que se entende que devem atuar em todos os serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação, e os seus cuidados médicos devem dirigir-se à população como um todo.

Para a Organização Mundial de Saúde, “o hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais”.

O Ministério da Saúde assim definiu o conceito de Hospital:

“O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.” O hospital é também um centro de formação médico-sanitária e de investigação biossocial.

Aqui cabe dizer que o hospital é também um centro de investigação biopsicossocial.

Segundo ainda a concepção exposta por Lima Gonçalves, o hospital não pode ser entendido desvinculado e isolado da comunidade que pretende servir, mas como parte integrante e integrada da própria dinâmica do mundo atual, que interfere em sua própria origem, em sua política e em sua atuação, manutenção e desenvolvimento. Nesse sentido, é necessário conhecer o hospital em seu desenvolvimento como prestador de serviços no campo assistencial, conhecer suas lutas em prol da restauração da saúde, além das atividades de prevenir doenças e proporcionar meios para as pesquisas e ensino em todas as atividades relacionadas com a saúde.

Devemos, assim, compreender que o hospital deve ser entendido como um todo que busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do homem.

Bolonhez e Pimentel (1986) afirmam que:

“O hospital, como instituição essencialmente social que é, deve entender que sua razão de ser se encontra exatamente na medida em que tem adequadas sua estrutura e sua operação ao atendimento integral das necessidades da Comunidade.”

Ainda comentando Lima Gonçalves (1983) temos que o hospital reflete de certo modo a humanidade, no que se refere aos anseios, angústias, dificuldades, desejos e alegrias. Reflete e demonstra a fragilidade física do homem, como também representa a busca incessante dos meios e recursos para a luta contra os males e problemas do homem. Segundo Lima Gonçalves (1983), o hospital representa a própria força do homem na batalha contra a morte, recuperando, reabilitando e promovendo a saúde

e, sendo um sistema aberto, sofre as influências de seu meio, da evolução e mudanças que ocorrem na técnica, na educação, na comunicação, na sociologia, na economia e na política. Nesse sentido é que deve haver uma adequação do hospital às exigências decorrentes das características da sociedade que ele serve, correspondendo às expectativas e às necessidades de saúde da população.

Podemos entender que um hospital assume os cuidados para com pessoas doentes que não podem ser tratadas em suas próprias casas; essa é a tarefa para cuja realização o hospital é criado, sua “tarefa primária”.

Lodovici J. (1986) afirma que o hospital é uma empresa regularmente organizada, com a finalidade principal de prestar atendimento à saúde, em nível primário, secundário e terciário de atenção.

Reverendo historicamente, encontramos em Borba (1985) que, no Brasil, a Comissão criada pelo Governo Federal ¹ deu a seguinte definição de hospital:

“Hospital é a instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de Assistência Médica e cuidados constantes de enfermagem”. Nessa definição destaca-se apenas a função restaurativo-curativa, omitindo-se quanto aos outros aspectos assistenciais.

Esta definição foi ampliada, segundo Borba (1985), por Pacheco Pedroso para: “Hospital é a instituição devidamente aparelhada de pessoal e material, em condições de receber, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação”.

1. Comissão para elaborar o anteprojeto da Lei Orgânica da Assistência Médico-Hospitalar nº 37.773, do dia 18/08/1955.

Aqui há uma diferença entre assistência hospitalar e assistência ambulatorial.

Mac Eachern, patrono da Administração Moderna nos Hospitais (em Borba, 1985) definiu hospital: “Hospital é a representação do direito inalienável que o Homem tem de gozar saúde, e o reconhecimento formal, pela comunidade, da obrigação de prover meios para mantê-lo são ou restaurar-lhe a saúde perdida”. Focaliza aqui os direitos humanos e responsabiliza a comunidade quanto à preservação sanitária de seus componentes individuais e da saúde coletiva. Destaca assim os aspectos das funções restaurativas e preventivas inerentes ao hospital.

2.1.1. Funções do hospital.

As funções do hospital, segundo Lima Gonçalves (1983), poderiam ser agrupadas em: a) prestação de atendimento médico e complementar aos doentes em regime de internação; b) desenvolvimento, sempre que possível, de atividades de natureza preventiva; c) participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes, incluindo aqui a educação em saúde, que abrange a divulgação dos conceitos de promoção, proteção e prevenção da saúde.

No hospital, a educação em saúde abrange o doente internado ou de ambulatório e seus familiares. Também há os programas de educação em saúde destinados aos próprios funcionários, que além de fazerem parte da comunidade, agirão como veículo multiplicador das orientações recebidas.

Para os doentes internados e/ou de ambulatório, o conteúdo dos programas pode referir-se à própria afecção,

aos medicamentos que lhes estão sendo ministrados, às orientações que irão receber para cuidados posteriores, a seu relacionamento com seus familiares ou estranhos, a cuidados alimentares e dietéticos, a exames complementares que deverão ser solicitados. Trabalho paralelo com os familiares esclarece-os sobre todos os aspectos referidos, bem como valoriza, com eles, o sentido de todos os programas de natureza preventiva.

O hospital deverá fazer um trabalho, segundo Lima Gonçalves (1983) e Borba (1985), com as entidades de bairro e com as lideranças da comunidade, transmitindo-lhes que a saúde é um bem comum a ser cultivado e desenvolvido. Deverão ser desenvolvidos programas de treinamento adequado ao pessoal dos diferentes níveis, a fim de que possa adquirir os conhecimentos relativos às tarefas específicas que estará desenvolvendo.

d) a quarta função do hospital moderno, segundo Lima Gonçalves, é sua integração ativa no sistema de saúde.

Segundo Lima Gonçalves (1983), os avanços tecnológicos e o aparecimento da medicina científica nos fins do século XIX e início do século XX revolucionaram o papel e as funções do hospital, transformando-o numa instituição para o tratamento das enfermidades. No século XX, o hospital se amplia, servindo a toda a comunidade — saúde do indivíduo e da comunidade. Neste sentido, as funções hospitalares abrangeriam os aspectos: Restaurativo, Preventivo, Educativo e de Pesquisas.

Lima Gonçalves (1983) aponta o conjunto de finalidades do hospital moderno envolvendo a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa, mostrando os diversos objetivos que convergem para a satisfação das necessidades do paciente, com relação aos cuidados e tratamento de que necessitam. Mas cada grupo de participantes do

processo, o próprio doente e a equipe de saúde têm, cada um, seu próprio objetivo, definido por suas necessidades pessoais e por sua escala de valores.

Ainda Lima Gonçalves mostra que existem, dentro do hospital, pólos de poder, situando-se numa primeira posição o grupo médico, responsável pela condução do tratamento dos doentes sob sua responsabilidade, tendo certa autonomia e um papel de relevo no funcionamento do hospital. A segunda fonte de autoridade é representada pela administração hospitalar; o terceiro pólo de poder, fonte de autoridade, é a alta direção do hospital. De uma forma geral, a maior parte do desempenho do hospital depende dos papéis e das relações que esses três grupos predominantes desenvolvem.

Face às colocações de Lima Gonçalves e de Borba, expostas de modo esclarecedor e abrangente, surgem algumas questões: diante das várias fontes de poder do hospital, há espaço para a aplicação da psicologia e algum poder para a psicologia e para o psicólogo? Onde estaria o psicólogo atuando na estrutura hospitalar?

E os outros membros da Equipe de Saúde como os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros?

Poderíamos dizer que toda essa equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar constituirá o quarto poder dentro do Hospital. E de uma forma mais específica, o psicólogo, de modo especial, estaria atuando também em qualquer dos pólos de poder, junto ao grupo médico, à administração hospitalar, à alta direção do hospital e à equipe multiprofissional.

2.2. A questão da autoridade na instituição hospitalar.

2.2.1. *O autoritarismo.*

Todos nós temos conhecimentos e experiências das atividades nas instituições, sabendo que elas desempenham papéis importantes em nossas vidas.

Em Glen (1976), encontramos uma definição de Schein que identifica as suas principais características:

“Uma organização — a coordenação racional das atividades de um certo número de pessoas para a realização de algum propósito ou objetivo comum é explícito, através da divisão de trabalho e função, e através de uma hierarquia de autoridade e responsabilidade.”

Há necessidade de uma forma de atividade cooperativa, requerendo uma divisão de trabalho, especialização de função e um sistema de controle, para que os objetivos sejam atingidos, e também de uma hierarquia de autoridade onde todos tenham direitos, mas também deveres e responsabilidades.

Numa instituição hospitalar também existe essa hierarquização, com poder e autoridade tendo sua finalidade e importância.

Poderíamos questionar a realidade institucional hospitalar, focalizando sua importância nos seus préstimos à sociedade, nas suas contribuições e serviços. De outro lado, poderíamos falar do poder, do autoritarismo em hospitais, pelas imposições que faz aos que dela precisam.

O indivíduo que necessita de um atendimento hospitalar, seja nos casos de ambulatório, na condição de pacien-

te externo ou como paciente internado, sofre com as exigências, limitações ou enquadramentos que a instituição hospitalar impõe.

Se falarmos dos hospitais públicos, é fato conhecido a situação de submissão a que o paciente tem que se expor, desde o enfrentar filas, aceitar a rotina imposta nas consultas e encaminhamentos e acatar os tratamentos impostos, com as dificuldades a enfrentar pelas prescrições medicamentosas, muitas vezes de difícil aquisição pelo paciente.

Se for internado, tem de abdicar da companhia de familiares, podendo até perder sua identidade pessoal, passando, muitas vezes, a ser um número de prontuário ou um indivíduo com tal órgão comprometido, nem sempre tratado pelo nome e de forma humanizada.

Apesar de, na maior parte, os indivíduos atendidos em hospitais públicos serem contribuintes previdenciários, parece que a instituição pública nem sempre corresponde às necessidades reais dos que dela precisam, muitas vezes com falta de funcionários, condições materiais inadequadas ou assistência precária.

A saúde da população exige, da equipe de saúde, uma revisão de seus valores acadêmicos, pessoais e até sócio-políticos.

Poderíamos falar das filas intermináveis que o indivíduo tem de enfrentar para cuidar de sua saúde; ou da submissão a que o paciente tem que ficar sujeito ao aceitar as diferentes formas de intervenções e exames.

De outro lado, as instituições particulares vêm ocupando gradativamente um espaço deixado pela instituição pública, quase sempre deficitária. As instituições particulares têm prestado serviços à população que opta pelo seu atendimento, buscando ser melhor atendida, respeitada nos seus direitos.

Chiattonne (1984) critica a situação vivenciada por muitos hospitais que investem muitos recursos na hospitalização, mas apresentam uma desumanização no atendimento. Assim se expressa:

“O doente passa a ser uma peça de engrenagem e a doença é encarada como um desajuste mecânico. O homem é despojado de seus aspectos existenciais para se tornar um objeto, um número de leito ou de prontuário, uma síndrome ou um órgão doente. Ao ser doente resta assistir ao total aniquilamento de seus direitos existenciais — o direito de ser, de existir enquanto pessoa.”

Podemos criticar as questões políticas e econômicas que ficam subjacentes às manifestações da instituição e que interferem de modo marcante no atendimento à população.

O paciente e os familiares têm de se sujeitar às imposições administrativas e técnicas, nem sempre podendo saber o que se passa com seu corpo, qual tratamento está sendo feito. Muitas vezes, o paciente é o último a saber de suas condições de saúde. Não tem acesso às informações e não pode participar ativamente de sua própria recuperação.

Em geral, o relacionamento dos profissionais de saúde não é com a pessoa em si, mas sim com aquilo que tem ou sofre.

Quando o indivíduo é internado em um hospital, tem na sua história pessoal um momento de cisão de seu cotidiano, o que gera uma série de problemas para sua autonomia e transcurso normal de vida. Muitos fatores contribuem para o aparecimento de desgostos e descontentamento, oca-

sionando sofrimento, sensação de abandono, medo do desconhecido, pois a situação hospitalar é totalmente nova e desconhecida do indivíduo, provocando fantasias e temores. Também, muitas vezes, a pessoa encara a doença como uma agressão externa, uma punição, ocasionando sentimentos de culpa. Outro aspecto se refere às limitações que a doença impõe às atividades do indivíduo.

Em relação à rotulação do paciente, Basaglia (1968) assim se expressa:

... “se torna necessário enfocar esse doente de um modo que coloque entre parênteses a sua doença: a definição da síndrome já assumiu o peso de um juízo de valor, de um rótulo, que vai além do significado real da própria enfermidade. O diagnóstico tem o valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive, qual o seu relacionamento com essa realidade.”

É necessário lembrar que antes de ser um doente, ele é uma pessoa que está doente. Há necessidade de falar do autoritarismo que existe na instituição, o poder de seus funcionários e a imposição que fazem aos pacientes, tudo decidindo por ele, como se todos os procedimentos fossem em seu benefício. Parece que o paciente fica sem direitos. Basaglia (1968) assim se manifesta:

“Temos presente que a realidade primeira do doente é o fato de ser um homem sem direitos; e é dessa

realidade que procuramos partir. Uma reabilitação somente é possível a partir deste fato concreto: ele é um homem sem direitos e discutimos com ele o fato de que não tem direitos; o doente é um rejeitado e discutimos com ele a sua rejeição.”

O impacto de tal posição leva à revelação de quão inadequado e desajustado pode ser o atendimento da pessoa sempre que seus direitos e suas necessidades são ignorados.

A questão médico-paciente deve ser enfatizada, pois, sendo completa, pode ser apenas uma relação técnica, na qual o médico aceita ser visto como onipotente. Pode também ser uma relação de autoridade, encobrendo falhas e impedindo um relacionamento mais humano.

A internação é uma ruptura da história do indivíduo, pois ele percebe que não é mais o mesmo. Há um sofrimento diante da imagem de si mesmo, já alterada.

O hospital tem uma função separadora, pois separa o indivíduo da família. O hospital separa a criança de seus pais e estes autorizam tal separação, porque confiam. Internado, o paciente fica sozinho. Falaria em seu próprio nome, mas apesar do hospital dar a retaguarda, acaba impondo suas normas.

Questionando ainda a instituição, pode-se focalizar a divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. Esta distribuição de funções, para Basaglia, traduz uma relação de opressão e de violência, entre poder e não poder.

Basaglia (1968), focalizando a instituição psiquiátrica, denuncia a questão crítica da des-historicização do indivíduo, que é separado de sua própria realidade. Muitas vezes, a internação interrompe a continuidade de sua vida, dificultando sua reintegração na sociedade.

Para Basaglia, a doença está ligada a fatores sócio-ambientais e a “níveis de resistência, ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências”. E, criticando a instituição, diz:

...“se no início o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova, segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam. Por isso pode-se dizer que o doente mental, colocado em uma instituição, cuja finalidade terapêutica torna-se ambígua diante de sua obstinação em referir-se a um corpo doente, é levado a fazer dessa instituição seu próprio corpo, incorporando a imagem de si que a instituição lhe impõe”...

Acredito que Basaglia também estenderia essa crítica a outras instituições hospitalares, não psiquiátricas. Acredito mesmo que, dependendo da instituição, de sua filosofia de ação, da prática que os funcionários de todos os níveis tenham, no tocante à vivência humanizante ou opressora da pessoa hospitalizada, podemos endossar ou não a crítica de Basaglia. Realmente, tem-se que observar que a pessoa hospitalizada fica na dependência do que farão com ela, pensarão por ela, investigarão e decidirão por ela.

A questão da internação e a perda da autonomia do indivíduo também é apontada por Sebastiani (1984), que assim se pronuncia:

...“o fato de ter de ser levado ao hospital e ser internado já implica por si só uma quebra do domínio

sobre si mesmo, pois, neste caso, passará de uma situação de vida como agente, para uma situação de paciente, tanto no sentido psicológico quanto no orgânico.”

Podemos perceber que o indivíduo, na sua condição de paciente, fica sujeito ao domínio de uma estrutura hospitalar e ao poder de profissionais que agem, muitas vezes, ferindo a autonomia e a tomada de decisões do próprio paciente, como se fossem senhores da verdade. Isto porque a dinâmica que se estabelece nas relações terapêuticas tem mais a ver com a “doença do que com a pessoa que está doente”, na medida em que, tendo-se estabelecido um diagnóstico, impõe-se também um jogo de poder institucional, criando-se uma dependência do paciente e de sua família em relação à instituição.

O próprio processo de internação hospitalar pode ser sentido como agressão, pois a instituição reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas, camisolão, pijama típico do hospital, decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente.

É de se considerar, entretanto, a bem da verdade, que muitas dessas disposições são necessárias para o funcionamento viável de uma instituição. O criticável é a forma despersonalizante como isso pode ser feito.

Basaglia (1968) focaliza na instituição psiquiátrica um aspecto válido para o funcionamento de outras instituições hospitalares: é a questão das contradições existentes na instituição e demonstra a necessidade de se passar constantemente à prova da realidade. Trata-se de procurar encontrar, na própria realidade, os elementos de contestação para contestar-se a si própria. Ele critica as instituições psiquiátricas, mostrando que a psiquiatria hospi-

talar não se confrontou com o real, criando uma ruptura entre a teoria e a realidade, levando à exclusão do “doente mental”, confirmando cientificamente a incompreensibilidade de seus sintomas.

O autor, falando da psiquiatria, assim se refere:

...“A psiquiatria, como ciência, deveria ser vista como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições, afastando-se de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições...

Se o doente for a única realidade à qual vamos nos referir, devemos enfrentar as duas faces que constituem essa realidade: a que corresponde ao fato de que é um doente, com uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica), e a que corresponde à sua exclusão, ao fato de que é um estigmatizado social. Uma comunidade que se queira terapêutica deve levar em conta esta realidade dupla, a doença e a estigmatização, para poder reconstruir gradualmente o rosto do doente, como devia ser antes de a sociedade, com seus inúmeros atos de exclusão e através da instituição que inventou, agir sobre ele com sua força negativa.”

Na mesma linha de pensamento, poderíamos entender que as outras instituições hospitalares agem de modo a apresentar contradições quando diagnosticam e rotulam um doente. Estabelecem o jogo das relações, com o poder de um lado e a submissão de outro, ocasionando um jogo de forças e exigindo o enquadramento do paciente a determinadas normas e limites que o façam perder

sua identidade, seu poder, sua autonomia, sua participação; tal direcionalidade levaria a pessoa doente a assumir uma outra face criada pela estrutura daquela instituição. Esta, ao carregar as marcas de uma ideologia e de um sistema político e econômico, autoritário, deixaria clara a manifestação de uma instituição dominadora, talvez opressora e rejeitadora das participações individuais, especialmente no atendimento de pacientes previdenciários.

2.2.2. Direitos e responsabilidades do paciente e da família.

Um aspecto que deve ser encarado diz respeito aos direitos e responsabilidades dos pacientes e da família. Poderíamos questionar quais são os direitos de uma pessoa na medida em que ela busca atendimento hospitalar e se coloca à disposição para ser tratada, medicada ou examinada. Como ficam seus direitos, na medida em que se torna uma paciente que precisa ser cuidada por outros? Tem ela direito a saber do seu real problema e das causas, razões e conseqüências de sua doença? Poderia o paciente ter acesso ao seu prontuário e saber da sua evolução clínica? E os familiares, podem saber dos problemas reais que afetam o paciente?

Estas questões são colocadas pelos estudiosos e demonstram as dificuldades que sentem ao lidar com o assunto.

Gauderer (1988) diz que os médicos têm o dever de liberar os prontuários e as demais informações para seus clientes, devendo, assim, respeitar os seus direitos. Para ele, o paciente, ou seu responsável, tem o direito de saber todos os dados a respeito de seu corpo, sua saúde e doença.

Gauderer (1988) assim se manifesta:

“O exercício pleno da democracia não estará completo enquanto não permear todas as relações sociais do país, inclusive a que envolve médicos e pacientes. O direito à saúde existirá, de fato, quando incluir também o direito amplo e irrestrito de o paciente ter acesso a sua papeleta ou ao seu pontuário, podendo dispor à vontade de todas as informações referentes ao seu estado de saúde e ao tratamento que lhe está sendo ministrado. A consulta médica é uma prestação de serviços e, como tal, o paciente é um consumidor. Através dessa consulta, terá que decidir se quer ou não adquirir um certo produto, seja ele uma medicação, psicoterapia ou cirurgia.”

Abrão (1987) afirma que o direito de saber é uma situação difícil tanto para o médico quanto para a família do paciente. Coloca algumas perguntas desta forma:

“Será que o paciente deve saber o que tem? Será que suportará essa notícia? Uma pessoa tem o direito de saber o que se passa com ela? O médico pode poupar alguém deixando de falar qual o seu verdadeiro problema? Realmente, as pessoas preferem ouvir a verdade? Ou não agüentariam conhecê-la?”

Sabe-se que há divergências quanto à conduta a ser tomada.

Em alguns lugares do mundo se defende que os pacientes devem saber de tudo o que se passa: conhecer a sua história, sua vida, sua doença e seu prognóstico. Em outros, os médicos preferem guardar o diagnóstico e só

revelá-lo em casos especiais e para a família do paciente. Parece que a forma de conduzir a questão depende, em muitos casos, do tipo de doença, do prognóstico e do tipo de doente.

Abrão (1987), em relação ao câncer, diz:

“De modo geral, nunca se deve dizer toda a verdade ao paciente; apenas aquilo que, de alguma forma, pode beneficiá-lo em termos de tratamento. Um tratamento penoso e cansativo não pode passar em branco, alguma coisa deve ser dita ao paciente, para que ele aceite o tratamento, mas não perca de maneira alguma a esperança da recuperação.”

E Abrão continua:

“Manter a esperança do paciente, além de ser um fator importantíssimo para a recuperação, é fundamental para que ainda durante a vida a pessoa consiga manter uma posição pelo menos próxima do equilíbrio emocional.

“Há, entretanto, casos especiais, quando a verdade tem que ser dita. Se um indivíduo não colabora com o tratamento, diz simplesmente que não quer tratar-se, aí deve-se contar a real situação, para pô-lo a par dos fatos e depois permitir que ele próprio faça uma opção.”

Há outras razões, mais de ordem material, que são apontadas como indicadores da necessidade de o paciente saber de seu diagnóstico: quando se trata de uma pessoa que tem compromissos, alguém que inicia um novo negócio, ou que deseja dispor de seus bens, transferi-los para

alguém. Apesar de todos estes aspectos, Abrão (1987) coloca algumas restrições quando afirma que, normalmente, as pessoas não têm condições de suportar a notícia de sua doença, pois a morte é uma experiência desconhecida, pela qual ninguém passou, e portanto, não estão preparadas para enfrentá-la, especialmente no Ocidente, onde a morte é encarada como o fim de tudo e há uma supervalorização da vida.

Vale a pena lembrar alguns tópicos do Código de Ética do Hospital Brasileiro que são relevantes aos objetivos deste trabalho. Eles apontam as responsabilidades do hospital em relação à vida e à recuperação da saúde dos pacientes:

“A pessoa é a razão de ser de toda a atividade humana. Esse princípio se aplica, em particular, às instituições públicas e privadas, às quais incumbe preservar, manter e recuperar a saúde. Parte inseparável dos sistemas de saúde, o hospital é o campo privilegiado da atuação dos respectivos profissionais, bem assim para seu aperfeiçoamento profissional e realização pessoal e técnica.”

Neste item observa-se a abrangência das atividades do hospital, tanto em relação ao paciente quanto ao preparo dos profissionais.

E, continuando em outro item:

“O bom funcionamento do hospital envolve responsabilidades específicas, concernentes à dignidade do paciente, em todos os estágios da sua internação; ao seu direito de determinar o que deseja ou aceita, à defesa da sua vida e à promoção da sua saúde...”

E, mais adiante:

“A recuperação da saúde precede, no hospital, todas as outras preocupações. A responsabilidade fundamental do hospital é a prestação de cuidados integrais à saúde do paciente.”

E também:

“O quadro de pessoal e o corpo clínico do hospital devem ser suficientes para a prestação dos serviços a que se propõem; plenamente habilitados, do ponto de vista profissional, e conscientemente motivados pelos compromissos éticos em relação ao paciente. ...”

Já em relação aos familiares dos pacientes, assim está estabelecido:

“O paciente e/ou seu responsável legal têm direito irrestrito a toda informação referente à sua saúde, ao tratamento prescrito, às alternativas disponíveis e aos riscos e contra-indicações implícitas em cada uma destas. É reconhecido ao paciente o direito — igualmente irrestrito — de recusar determinado tratamento.”

Assim observamos as responsabilidades previstas para os hospitais, tanto no que se refere ao paciente e seus familiares quanto à equipe de profissionais.

Já para Gauderer (1988), a necessidade de manter o paciente informado sobre sua vida é incontestável. Recorre ao Código de Ética Médica para mostrar que o artigo 25 estabelece que é vedado ao médico, no exercício

de sua profissão, deixar de informar o paciente, sua família ou responsável, sobre o diagnóstico, terapêutica, prognóstico e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação possa provocar danos ao paciente. Gauderer afirma que por conta dessa pequena ressalva muitos profissionais se recusam a inteirar o paciente de seu quadro clínico. Conclui que julgar *a priori* que o paciente será incapaz de entender o que está acontecendo com ele e seu corpo é subestimá-lo em sua capacidade de julgamento.

Podemos afirmar que o paciente deve saber de sua história e participar ativamente de seu tratamento, sendo observador e vigilante de sua evolução.

O médico deve ter preparo psicológico para se relacionar com o paciente e informá-lo.

É necessário haver preparo e acompanhamento psicológico do paciente para saber a verdade.

Podemos dizer que o paciente bem informado tende a responder melhor ao tratamento, pois pode segui-lo mais adequadamente.

Gauderer (1988) assim conclui:

“Não é, pois, o paciente que corre risco quando um diagnóstico é apresentado e ele passa a ter acesso a sua ficha médica. É o profissional de saúde que irá se expor, se mostrar e revelar conhecimentos diante de problemas específicos. Em alguns situações é particularmente importante ter as informações detalhadas. É o caso do paciente crônico ou polilesado, ou da criança com atraso do desenvolvimento que precisa de avaliações diversas e uma coordenação multidisciplinar.”

Podemos perceber que o psicólogo tem uma atuação ampla na questão dos direitos do paciente em saber

de sua doença, preparando-o e acompanhando-o no seu tratamento e na elaboração de questões internas referentes à doença e à morte. Também o psicólogo deve participar do atendimento à família do paciente para esclarecer com os familiares as questões psicológicas.

É necessário apontar que o paciente, de posse do material e das informações sobre ele, pode discuti-los com familiares ou levá-los a outro profissional para serem analisados.

O profissional da saúde não pode omitir dados, pois precisa ter as informações anotadas e registrar os dados significativos do paciente, a quem deve fornecê-los, para não estar exercendo um abuso de poder.

Gauderer (1988) ainda afirma o seguinte:

“O paciente, muitas vezes, por razões emocionais, distorce a realidade dos fatos. Se o paciente tivesse uma cópia de seu prontuário, pelo menos uma série de mal-entendidos poderia ser evitada, pois muitas vezes ele é medicado sem ser informado de seu mal.”
“Numa real democracia, o direito à informação contida na papeleta será a expressão mais pura de que todos os cidadãos são iguais.”

Podemos dizer que o paciente tem direito a saber de sua saúde, a entender o seu tratamento, a conhecer o seu diagnóstico e a saber das possibilidades de sua recuperação. O que deve ser concretizado na dependência das suas condições pessoais.

Também os familiares deverão estar informados e acompanhar a evolução do tratamento.

A equipe multiprofissional, de modo especial o médico, tem o dever com o paciente de informá-lo sobre sua

situação, e ao psicólogo cabe a tarefa de trabalhar os conteúdos emocionais que emergem, as fantasias, os medos, as dúvidas, assim como dar assistência aos familiares do paciente.

Os direitos do indivíduo saber de si mesmo e participar ativamente de sua recuperação não podem desaparecer quando ele se torna um paciente e se interna num hospital.

2.3. Saúde e doença: a doença, o doente, o adoecer e a morte.

Reverendo historicamente os fatos, observa-se que o homem sempre lutou contra a doença e, num sentido mais amplo, lutou contra a morte, buscando preservar sua vida terrena, lutando contra a doença dos modos mais diferentes, em cada época e cultura. A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido e, para tanto, existe uma série de medicamentos e profissionais de saúde para combater a doença. No entanto, parece que, muitas vezes, se esquece o significado do adoecer. Na cultura ocidental, a visão da doença é diferente da cultura oriental. Os orientais buscam ler o organismo focalizando a integração corpo e mente dentro de sua condição antropológica. Já a Medicina ocidental, muitas vezes, cuida da doença em si, do órgão prejudicado, fazendo a dualização corpo-mente, deixando de lado a história pessoal, familiar ou social. No entanto, temos de entender que o ser é único e seu modo de existir e adoecer atende a características próprias, de maneira original, individual.

A doença impede o indivíduo de trabalhar, de se divertir, tira-o do convívio familiar e dos amigos, isola-o. Cada um vive a sua dor; por mais que os outros se esforcem para compreendê-lo, ninguém sentirá o que ele sente. A experiência de estar doente é sentida de uma forma sempre única, pela pessoa.

Observa-se que a doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família.

Lepargneur (1980) diz que, nas sociedades primitivas, a enfermidade era vista como expressão simbólica de conflitos internos.

Para Kovács (1987), a morte está presente na vida do ser humano em todas as idades, tendo características diferentes segundo o estágio de desenvolvimento em que se encontra o indivíduo.

Kovács (1987), focalizando o medo da morte, afirma que o homem, de forma geral, antes do advento da tecnologia, estava mais familiarizado com a morte, compartilhada, tanto no leito de morte como nas cerimônias que envolviam a comunidade, sendo permitida a expressão de tristeza e dor. Ressalta que, com o grande desenvolvimento industrial, com os avanços da medicina e com a grande demanda da sociedade, que valoriza a produção do homem de hoje, este se vê solitário, no momento de sua morte, em um quarto de UTI. As crianças são afastadas, temendo-se que o contato com o moribundo ou com a morte possa afetar profunda e negativamente o seu desenvolvimento. Parece que as expressões de dor e tristeza foram banidas, não havendo elaboração do luto.

Boss (1981) afirma que toda doença é uma ameaça à vida e, com isso, é um aceno para a morte, ou até um

primeiro ou um último passo em direção à morte. Para ele, vida e morte são inseparavelmente unidas e pertencem uma à outra. O morrer é uma possibilidade destacada do existir humano, por ser a mais extensa e não ultrapassável. A morte dos homens é a possibilidade de não mais poder estar aqui, sendo que ao homem pertence, com o seu vir à vida, também a possibilidade do morrer. Para Boss (1981), o existir humano encontra-se, com a sua morte, diante do seu mais íntimo poder ser. Diz ele que cada homem tem que morrer a sua própria morte. No morrer, todos nós somos insubstituíveis.

Boss (1981) afirma que a possibilidade extrema e mais íntima do existir do homem, a de morrer, é por ele percebida desde cedo, como sendo a mais certa de todas as suas possibilidades.

Kovács (1987) diz que a morte é uma das únicas experiências universais do homem mas, ao mesmo tempo, reveste-se de características muito particulares para cada ser humano.

Segundo Kierkegaard, só aos homens foi dada consciência de sua terminalidade e isto está na raiz da angústia básica do ser humano. A essência desta angústia inclui a possibilidade do “não estar mais”, da destruição do corpo e da consciência.

O homem é, provavelmente, o único ser vivo que sabe, com certeza, do seu ser-mortal e do seu ter-que-morrer. Sabendo disto, reage ao percebido. Neste sentido, o ser humano tem razões para temer pela sua vida, em ter medo de sua morte, do seu não-poder-mais-ser.

Boss (1981) afirma que só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa vida é irrecuperável e por isso tem que ser aproveitado. Somente porque o

homem é finito, cada momento conta. Conta como realização e libertação ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita.

E Boss (1981) continua: o ser humano é essencialmente culpado e assim permanece até sua morte; o futuro do ser humano só é alcançado completamente por ele no momento da morte. Mas se ele assume livremente seu estar culpado diante das possibilidades vitais dadas a ele e se ele se decide a um ter consciência e a um deixar-se usar adequado, então não mais experimenta o estar-culpado essencial da existência humana como carga e opressão de culpa. Parece que, até sua morte, o ser humano não consegue chegar ao fim, livre de estar culpado e angustiado. Angústia e culpa seriam hipóteses igualmente pesadas, árduas e esmagadoras do estar-aí humano, cargas inevitáveis desde a infância, que não podem ser liquidadas no decurso da vida.

Boss (1981) comenta que o mundo é sempre algo que o indivíduo partilha com os outros. Diz que há necessidade de um relacionamento basicamente livre frente ao espírito tecnocrata da sociedade industrial.

Angústia e culpa, para Boss (1981), são fenômenos humanos muito significativos e fatores dominantes da vida dos seres humanos. Angústia e culpa são de máxima importância prática no campo total da formação e do tratamento da doença. Para ele, é no âmbito dos psiquicamente doentes que o domínio da angústia e da culpa é imediato e palpável, revelando-se onipresente. A culpabilidade dos seres humanos torna-se visível nos sentimentos de culpa, nos casos de neuroses obsessivas e nas auto-acusações dos casos de indisposições depressivas e de melancolias.

Continuando, Boss (1981) afirma que os sentimentos de angústia e culpa dos pacientes se recolheram para

o esconderijo do interior do corpo. Daí somente falam na linguagem estranha dos distúrbios funcionais cardíacos, gástricos, intestinais e de outras neuroses orgânicas.

Também nos casos de doença mental, para Campos (1974), ela não é algo atemporal e místico, mas resulta das relações e condições ditas humanas que ocorrem, segundo os moldes da cultura e do momento histórico-social, num contexto de vida das pessoas desde sua infância até a idade adulta. Assim, os aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos são fatores constituintes das condições do doente mental.

Freitas (1980) fala de trabalhos que mostram como alterações psicológicas podem afetar o padrão evolutivo da doença:

“Em estados de estresse ou depressão, o organismo perde a capacidade de reconhecer e anular células malignas mutantes que passam a se reproduzir livremente. Esse é um dos motivos pelos quais quando o sentimento de culpa é muito intenso, é necessária ajuda psicológica para evitar que o estado emocional impeça de responder positivamente ao tratamento.”

E continua:

“Na situação de doença, internação, cirurgia, a intensa ansiedade é capaz de desencadear comportamentos regredidos, a criança volta a maneiras mais antigas de se comportar.”

“A regressão é natural, muitas vezes incentivada pelos familiares, que ansiosos e culpados, mimam e superprotegem o doente. O que não é natural é a criança forte que não chora e entende que a quimioterapia é para o seu bem.”

Observamos tensões psicológicas e desequilíbrios durante toda a situação em que a doença está presente, tanto no indivíduo como em seus familiares. A situação de tratamento e internação acarreta separações e cortes em suas ligações afetivas com o mundo. Os adultos ou crianças muitas vezes se desligam do mundo, não brincam, perdem o interesse.

Freitas (1980) diz:

“As reações de cada paciente são ditadas pelo seu mundo interno, pela sua história psicossocial e do seu contexto familiar. Há uma série de fatores que podem determinar dinamicamente formas de estar doente. Apesar das diferenças individuais, durante a enfermidade todas as crianças passam por situações reais e imaginárias comuns a todas, e que em todas provocam grande ansiedade. Uma das situações comuns é a percepção da morte, consciente ou inconsciente.”

Para Forghieri (1984), a existência é muito instável, incerta e até mesmo contraditória; por isso o homem, frequentemente, procura se refugiar na ciência, que é estável e congruente, para tentar escapar às ansiedades de seu existir.

Para Moffat (1987), na perturbação do existir, que chama de crise, apresenta-se a impossibilidade do paciente se autoperceber como aquele que era.

Assim se expressa:

“... a nova situação o colocou fora de sua história, ficando alienado, estranho para si mesmo. O suceder de sua vida paralisou-se, a percepção não consegue

ler a realidade e o futuro está vazio. Esta é uma vivência de suprema angústia, a pessoa fica desesperada, desestruturou-se a leitura prospectiva de sua ação.’’

Moffat (1987) diz que a crise se manifesta pela invasão de uma experiência de paralisação da continuidade do processo da vida. Isto provoca uma descontinuidade na percepção da vida como uma história coerente, organizada como uma sucessão, na qual cada uma das etapas é consequência da anterior.

May (1980), analisando a questão da morte, revê alguns teóricos e diz que Freud postulou a presença de um inconsciente desejo de morte nas pessoas, que ele ligou a certas tendências para a autodestruição. Melanie Klein acredita que o medo da morte está na raiz de todas as idéias persecutórias e, por isso, indiretamente, de toda a ansiedade. Paul Tillich baseia sua teoria da ansiedade no postulado ontológico de que o homem é finito, sujeito ao não-ser. A insegurança bem pode ser um símbolo da morte. Qualquer perda pode representar uma perda total. Jung vê a segunda metade da vida como estando dominada pelas atitudes do indivíduo para com a morte. Há um crescente reconhecimento da relação entre a doença mental de alguém e sua filosofia de vida e de morte.

Perestrello (1982) relembra que antigos conceitos negavam as implicações psicológico-emocionais assim como a subjetividade da vida emocional, implícita nos relacionamentos interpessoais e, dentro de uma visão organicista, o relacionamento médico-paciente se restringia ao questionamento da queixa da doença, sua evolução, sua história, sem que se buscasse a reação emocional.

No entanto, a pessoa é única, com impressões digitais que a distinguem de qualquer outra. Possui uma fi-

sionomia diferente dos outros, assim como suas próprias formas de viver, de conviver, de agir, de reagir, tendo uma configuração única e um funcionamento e um modo de adoecer também próprios.

Recorrendo a Perestrello (1982), vemos que assim ele se expressa:

“A doença não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, e sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas outras manifestações, um modo de existir, ou de coexistir, já que o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando, aparentemente, não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloqüente do que a palavra.”

Nesse sentido, o autor acredita ser a doença fruto de sua configuração já estruturada. A enfermidade decorre do modo de ser das pessoas, como sendo a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário, talvez, dos novos rumos que iria tomar, sendo que a doença já se elaborava muito antes de sua manifestação.

Chiattonne (1984) assim se expressa:

“A doença em si é um fator considerável de desajustamento, pois acaba por provocar, precipitar ou agravar desequilíbrios na criança e em sua família. Assim, a criança fisicamente doente estará afetada em sua integridade.”

A doença, para Foucault (1975), tanto em designações psicológicas como orgânicas, se refere à situação global do indivíduo no mundo, sendo uma reação global do indivíduo tomado na sua totalidade psicológica e fisiológica.

Atualmente, a tendência é no sentido de considerar corpo e mente como uma real unidade, sendo esta unidade que adoece, dadas as inter-relações de ambos os seus componentes. Perestrello utiliza a expressão “não há doenças, mas doentes”, mostrando que uma enfermidade produz efeitos diferentes nos diversos pacientes, especialmente do ponto de vista psicológico, pois as manifestações da pessoa, tanto no estado de saúde como no da doença, comunicam algo do seu mundo interior.

Muitas pessoas, através de seu adoecer e de sua internação, têm oportunidade de reflexão sobre seu modo de vida, suas necessidades, suas vontades, suas características.

Diante das considerações feitas pelos autores, podemos entender que os fatores externos devem ser compreendidos e avaliados em função da pessoa, na expressão de sua doença. Quando muitos pacientes procuram as clínicas do hospital, transitando de uma para outra, parece que buscam, ao mesmo tempo, resolver conflitos, impasses, buscando alguém que delas cuide, tanto o médico como a instituição médica, tendo muitas vezes encontrado um modo de viver doentio como solução de situações pessoais difíceis.

Nesse sentido, seria importante conciliar a abordagem compreensiva com a explicativa causal, tentando compreender, buscando no próprio indivíduo os motivos de seu adoecer, assim como o porquê do fazer aquela doença no seu corpo, entendendo também que quando a pessoa adoece exterioriza um conflito com o seu mundo interno e com o mundo externo.

Vale a pena dizer que, apesar dos problemas de cada um serem diferentes, cada um tem a sua história pessoal, sua originalidade nas manifestações e, apesar de todos participarem da mesma sociedade, as sensações de cada um devem ser entendidas na sua individualidade.

Junto com Perestrello, poderíamos dizer que os problemas do ser humano são amplos, desde a dor, o sofrimento, o abandono, o desamparo, a angústia, e cada indivíduo se manifesta de um modo pessoal diante da vida, pelas atitudes no cotidiano, pela maneira de falar, vestir-se e se comportar, assim como pela manifestação de sua doença.

‡ Cada pessoa tem uma história singular, tendo necessidade de contar e re-significar, ou seja, reprocessar sua história. Na história singular estão contidos seus conteúdos inconscientes, sua sexualidade, suas condições sócio-econômicas. Neste sentido, o conhecimento do doente vai além do entendimento da doença, pois vai abranger a pessoa como um todo, sua história, suas aspirações, seus medos, enfim, a sua vida e seu modo de adoecer.

A saúde é um processo a ser adquirido e conquistado em todos os momentos da vida, assim como as potencialidades para as realizações. Pode-se dizer que ser saudável é uma conquista contínua e não algo definitivo e eterno.

Todos estes aspectos relacionados à doença, ao doente e ao adoecer estão presentes também na vida dos profissionais que atuam na área hospitalar e os inquietam, trazendo à tona questões pessoais que merecem ser consideradas também por eles, enquanto membros de uma equipe que atua junto aos doentes, devendo o psicólogo oferecer sua contribuição diversificada.

2.3.1. O atendimento hospitalar à criança, ao jovem, ao adulto e ao idoso.

No Brasil, existem grupos populacionais bem numerosos em todas as faixas etárias e em diferentes classes sociais.

Algum tempo atrás, costumava-se dizer que a população infantil era bem grande, mas hoje sabemos do aumento dos índices de sobrevivência e vemos que a população de adultos e idosos é bem significativa também.

Assim, observamos que as instituições hospitalares precisariam estar preparadas para atender a todo esse contingente populacional.

Devemos ter consideração e dar assistência a todos os grupos nas diferentes fases do desenvolvimento e crescimento, seja o grupo de crianças, adolescentes, adultos ou idosos.

Muitas vezes, pensando no indivíduo como um todo, percebemos que há carência de locais de atendimento e serviços adequados a cada faixa etária. No entanto, devemos reconhecer que já existem serviços especializados em algumas instituições hospitalares.

O atendimento à criança, apesar de já existir em quantidade adequada, nem sempre é global e muitas vezes retira a criança do seio familiar sem substituir essa carência. A mãe e familiares passam a ver a criança apenas em horário de visitas, o que não preenche as suas necessidades afetivas e cria uma angústia na família.

Há necessidade de desenvolver soluções técnicas, econômicas e talvez até legais junto aos hospitais. Assim, por exemplo, dentro das possibilidades do hospital e da família, seria de interesse que a mãe e familiares pudessem ficar com a criança no hospital com alguma forma de participação.

Seria importante que, dentro das possibilidades, a mãe pudesse ter maior liberdade no trabalho para poder permanecer com o filho no hospital.

Também dentro das possibilidades do hospital, seria conveniente que houvesse um lugar para alojar mãe e filho, com uma área para atividades lúdicas e de observação, adequação do pessoal para a internação e o hospital poder ser ressarcido nos gastos.

Em relação aos adolescentes, o atendimento hospitalar ainda não é bem desenvolvido no país, a não ser nos grandes centros, onde, muitas vezes, o pediatra que vem acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança continua a assistência ao adolescente.

Podemos dizer que há carência de profissionais no atendimento hospitalar para a área ambulatorial e de enfermagem, assim como há falta de leitos na enfermagem adequados aos adolescentes. De uma forma geral, faltam profissionais habilitados a lidar com os adolescentes.

Vem se intensificando nos últimos tempos a responsabilidade social perante os adolescentes, bem como a polarização dos interesses para o atendimento desse grupo, salientando suas condições de vida e suas necessidades.

O atendimento ao adulto parece continuar preenchendo as necessidades do ponto de vista assistencial, médico e, na medida em que outras profissões, inclusive a dos psicólogos, vêm sendo solicitadas, está se intensificando o interesse diferenciado por uma abordagem mais global, multiprofissional.

A frequência do idoso ao hospital vem num crescente, mas encontra uma ambiência hospitalar despreparada para recebê-lo. Há, nos últimos tempos, movimentos constantes no sentido de dirigir ao idoso as atenções da mesma equipe multiprofissional.

Enquanto isso não ocorre satisfatoriamente, o atendimento ao idoso pode ser negligenciado, pois é possível e evidente que a sociedade não o reconhece como alguém suficientemente importante para merecer atenção especial.

No caso dos idosos, conforme pondera Jordão Netto (1986),

“... com o aumento crescente da proporção de idosos na população, não só os problemas previdenciários, como aqueles relacionados com os aspectos sócio-culturais da exclusão ou baixa participação dos velhos nos processos produtivos e decisórios da sociedade ampliaram-se enormemente, impondo a necessidade urgente de uma revisão geral do assunto.”

Destaco aqui uma agravante que surge quando a previdência não custeia os gastos hospitalares, pois muitos idosos têm que ficar mais tempo internados.

Além disso, observamos a necessidade de revisão do papel do idoso na sociedade pois, pelos crescentes índices de sobrevivência, houve o aparecimento de estudos específicos sobre o assunto, conforme acrescenta Jordão Netto:

“... surgiu, inicialmente nos países mais desenvolvidos, uma disciplina científica especial voltada para o estudo da velhice de um ponto de vista genérico, isto é, não somente do ponto de vista médico, mas também social, econômico, psicológico etc: a gerontologia.

E como um ramo específico desta, dedicado ao estudo das moléstias orgânicas peculiares à idade madura nos seres humanos, a geriatria.”

Baseando-nos em dados de observação e experiências e concordando com Jordão Netto, poderíamos dizer que a sociedade, investindo em saúde, educação e treinamento, deveria também procurar conseguir o maior rendimento possível até as idades mais avançadas, destinando os melhores recursos médico-sociais para permitir que os idosos continuem a ser úteis a si próprios e à sociedade e não considerados como descartáveis ao chegarem à casa dos sessenta anos.

2.4. Saúde: um assunto para muitos profissionais.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S) conceitua saúde como sendo “o completo bem-estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde define a saúde, num sentido abrangente, como “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Estar com saúde depende, então, de vários fatores e condições. Saúde é a harmonia entre o homem e o meio físico, entre o homem e o ambiente social. A ruptura dessa harmonia conduz à doença, podendo levar ao desequilíbrio total.

Observando as conceituações acima, chegamos a concluir que tão abrangente quanto os enunciados são as profissões envolvidas para procurar manter ou atingir o *estado de saúde*.

Neste sentido, não é possível atuar isoladamente, mas há necessidade, sim, de uma ação conjunta e abrangente.

Podemos entender que a saúde não significa apenas ausência de doença, pois para se ter saúde é necessário ter prioritariamente condições econômicas, ambientais, habitacionais e educacionais.

Os vários profissionais têm um papel específico, com a responsabilidade correspondente, desde o político ao educador, e aos profissionais da saúde propriamente ditos.

Todos estamos envolvidos na manutenção da saúde, quer sob o enfoque individual, quer sob o coletivo. Cada um é diretamente responsável pela sua saúde. O *status* social delega, através da consciência, a responsabilidade pela saúde daqueles que nos são mais próximos (pais, filhos, irmãos etc.) e, por consequência, esta responsabilidade atinge toda a coletividade, passando necessariamente pelos chamados “profissionais da saúde”, que detêm o “saber” e o “poder” de manipular este conjunto.

A ação política, a ação econômica, a ação religiosa e a educação, sob qualquer título ideológico, estão diretamente ligadas à saúde. Fatos observados diariamente, interferindo na vida do homem através da falta de trabalho, da fome, da agressão ao meio ambiente (alterações ecológicas), da destruição de valores e da ignorância, atingem a saúde do indivíduo, no sentido amplo. Cabe àqueles segmentos, assim como aos profissionais da saúde, a reposição ou manutenção do estado de harmonia que mencionamos.

Dentre os profissionais da saúde, o destaque, neste momento, é para o psicólogo, foco de nossa atenção, no seu papel clínico, social, organizacional e educacional, sem deixar de lado a evidência de que a saúde é um assunto que pertence e deve ser conduzida por vários profissionais.

2.4.1. A relação profissional saúde — cliente.

Quando se fala no encontro entre profissional da saúde e cliente, muitos aspectos têm de ser considerados. Recorrendo a Balint (1978), vemos que é no primeiro encontro, no qual se trava o conhecimento médico-paciente, que se cria a aliança terapêutica. É no final dessa primeira entrevista que o médico emite o seu diagnóstico e estabelece um projeto terapêutico, desenrolando as interações seguintes.

Balint aponta fatores interferentes no prosseguimento do tratamento, tais como o paciente conferir uma autoridade exagerada ao médico, esperar passivamente que este resolva todos os seus problemas, comportar-se com muita submissão ou mostrar-se reivindicativo. A terminologia psicanalítica fala de transferência ou de elementos transferenciais indicando tratar-se de emergências subentendidas por emoções fortes ou experiências do passado, as quais desencadeiam, às vezes, reações inadequadas ao médico, ou seja, a contra-transferência.

Os pacientes são diferentes uns dos outros, o comportamento humano não é só determinado por leis biológicas, mas por leis complexas relativas às ciências humanas, em que o individual, o único, é dificilmente apreensível. Seria importante se fazer um diagnóstico global, incluindo os aspectos psicológicos e sociais do doente.

Balint aponta a necessidade de descobrir, com o paciente, a maneira de sair das situações conflituais em que ele se encontra.

Outros profissionais que atuam na equipe de saúde, tais como os do serviço de enfermagem, que deve prever

cuidados contínuos ao paciente, sofrem o impacto total, imediato e concentrado do estresse que advém do cuidado com doentes.

Haynal (1981) assim se expressa quanto ao diálogo médico-paciente:

“Os múltiplos aspectos da solicitação do doente constituem toda a complexidade de seu encontro com o médico; ele não vem só trazer-lhe um órgão doente, mas também a ansiedade e os problemas psicológicos ou sociais que dele decorrem.”

O paciente, em seu diálogo, transmite mensagens que ultrapassam as informações relativas ao mau funcionamento de seu corpo. Essas mensagens refletem um pedido de auxílio e informam sobre as consequências sociais da doença e podem ter uma certa importância no encaideamento etiopatogênico.

Balint e colaboradores (1978) mostraram que poucos minutos suplementares, necessários à coleta dessas informações, trazem contribuições importantes, tal como ocorria com os antigos médicos de família. Há necessidade de uma avaliação clínica do conjunto, em que as angústias, a depressão, as preocupações, as relações do paciente com o ambiente familiar e social são integradas ao exame geral.

Haynal (1981) assim comenta a relação médico-paciente:

“O médico que recebeu uma formação que lhe permite compreender a psicologia do paciente, decodificar o seu discurso intencional, extrair dele a ressonância afetiva e emocional, interpretar o seu comportamento,

a sua mímica e os seus gestos, pode, no entanto, sentir-se dificultado no seu trabalho pela necessidade de se identificar com ele; efetivamente, a vida interior do outro só é compreendida quando podemos “remeter-nos na pele dele”, viver nós mesmos, por identificação, o que ele tenta descrever e depois, num segundo tempo, captá-lo, graças a uma tomada de distância objetivante. Estes dois movimentos sucessivos podem deparar com certas dificuldades, mesmo quando o médico está convencido da importância de uma compreensão psicológica do doente e do seu ambiente psicossocial. Pode acontecer que: a) problemas do doente despertem no médico um eco desagradável, causador de um movimento defensivo involuntário e momentâneo, quase automático; b) o médico não conseguir identificar-se com certos doentes, que acha antipáticos em função de motivos de que nem sempre são conscientes ou que não conseguem superar; c) ele sentir-se demasiado longe de um doente que lhe parece estranho, incompreensível.”

A angústia ou a depressão do doente podem constituir-se em obstáculo ao desenrolar satisfatório do diálogo com o médico, pois essa angústia é referente à destruição do corpo, ao sofrimento, à invalidez, ao medo da intervenção, às vezes advindos do estilo de vida do paciente, ou decorrentes de conflitos causadores de certas doenças funcionais ou psicossomáticas.

Menzies (1970) aponta as situações causadoras de estresse nas enfermeiras que lidam com tarefas desgastantes, repulsivas ou aterrorizantes, suscitando sentimentos fortes e contraditórios, ora libidinosos, ora agressivos, ocasionando forte ansiedade. Aponta ainda que o impacto direto da doença física na enfermeira é intensificado pela

sua tarefa de captar os estresses psicológicos em outras pessoas, e de lidar com eles, inclusive os de suas próprias colegas.

Pensando nesses vários tópicos é que podemos entender que a relação entre os vários profissionais da saúde e o cliente se estendem aos aspectos intra e interpessoais que devem estar cuidados e atendidos.

Neste aspecto, o psicólogo na instituição pode fazer o papel de interconsultor psicológico buscando atingir esses aspectos de compreensão relacional, entre profissionais e entre profissionais e pacientes.

2.4.2. A atuação do profissional.

Como o profissional da saúde poderia atuar e a que aspectos deveria estar atento?

Inicialmente, poderíamos dizer que é aconselhável que o profissional de saúde busque um bom conhecimento de si mesmo, a fim de facilitar a compreensão e o manejo adequados do doente.

O profissional da saúde deveria entender o doente como um ser no mundo e a investigação clínica da doença como consequência do diálogo estabelecido entre o doente e o mundo. Não poderia tratar da doença como algo estranho ao doente. Nesse sentido, a observação à expressão espontânea do doente é necessária e o profissional de saúde poderia deixar-se “guiar” pelo doente, com uma atitude de escuta, buscando captar as forças psicológicas, sociais ou somáticas que determinam o seu mal-estar.

Às vezes, o paciente necessita de uma atitude mais diretiva, funcionando como um auxílio moral, um apoio,

ou de uma troca de idéias, levando a um alívio imediato com efeito catártico, ou clarificando os conflitos. Outras vezes, não basta a catarse. Mas, muito mais do que isso é necessário. Às vezes, um diálogo ajuda o paciente a tomar consciência dos seus problemas, buscando mais tarde um auxílio psicoterapêutico.

É necessário que o profissional da saúde crie condições, para que o paciente consiga refletir sobre o significado do seu adoecer.

O trabalho de um profissional da saúde, como agente catalizador, seria o de fazer emergirem as possibilidades e recursos de cada ser para a cura de sua doença, buscando aclarar o significado das atitudes de sua vida e da compreensão de sua doença. Assim, é necessário que o psicólogo, assim como outros profissionais da saúde, torne-se consciente de sua própria responsabilidade e utilize adequada e conjuntamente a tecnologia que possui, ao lado de sua participação pessoal.

Mezomo (1980) afirmou, por ocasião da abertura do *1.º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde*, em São Paulo, em 1980, que toda política de saúde e, dentro dela, toda estrutura hospitalar, encontram sua razão de ser no **HOMEM**, considerado como sujeito e beneficiário, e não como simples objeto e receptáculo dos cuidados que lhe são prestados. No seu entender, é no atendimento da Pessoa Humana, no seu todo, que se encontram as ações de saúde, ética e moralmente corretas. Diz que:

“Toda pessoa carente de saúde é, antes de tudo, uma **PESSOA**, mesmo quando suas condições físicas e psíquicas o pareçam negar!”

Mezomo enfatiza a necessidade de que os profissionais da saúde tenham uma conduta pautada pelos valores humanos e não apenas pelos valores técnicos e terapêuticos de seu agir. Neste sentido, forma-se uma unidade profunda entre o profissional da saúde e a pessoa que recebe seus cuidados, havendo necessidade da integração de ambos, em função do objetivo de preservar ou recuperar a saúde.

Poderíamos dizer, seguindo essa idéia de humanização hospitalar, que o atendimento de um profissional da saúde busca responder a uma angústia, um pedido de ajuda e de socorro. É o cliente que sabe dimensionar a sua dor e sua angústia. Assim, as respostas do profissional da saúde não podem ser respostas padronizadas e uniformes, que nem sempre estabelecem a integração necessária entre ele e quem recebe seus cuidados.

Um profissional da saúde necessita, assim, ouvir o apelo e sentir a angústia, para então poder responder com a ação adequada. O ouvir e o sentir, assim como entender em profundidade o cliente é a tarefa primordial de todo profissional da saúde, pois todo o serviço referente à saúde é um encontro de pessoas, sendo necessário que o paciente aja, intervenha, se manifeste e contribua efetivamente no processo de sua plena reintegração física, psicológica e social. O paciente precisa querer a sua saúde e aceitar a terapia indicada. É, portanto, um agente de sua saúde, estendendo-a a seu ambiente familiar e social.

O profissional da saúde atua no ajustamento do paciente às condições da vida hospitalar. Isto se torna necessário, pois a doença rompe a interação do paciente com a sociedade e seus familiares, havendo uma mudança de papéis, de equilíbrio e rotina de sua vida. Vivendo um momento de crise, fica na dependência de outras pessoas.

É necessário que os profissionais da equipe de saúde considerem os múltiplos aspectos manifestados pelo paciente e decorrentes da internação, como, por exemplo, a expectativa de ficar no hospital, o tipo de tratamento que receberá, como e quando poderá ver os familiares, o que significa aquele processo de doença e de internação. Em outros momentos, o paciente poderá questionar como ficará sua situação financeira com os gastos, manifestar seus medos de ficar inválido ou de não mais ser aceito no meio familiar.

O profissional da saúde deve estar preparado para entender as dificuldades que o paciente pode apresentar quando, após um período de hospitalização prolongada, tiver receio da alta, ou sentir-se inseguro frente ao seu retorno ao meio social, ao trabalho. Desta forma, a equipe de saúde deverá ver o paciente como um todo, como uma unidade integrada, nos seus aspectos físico, psíquico e sócio-econômico.

Podemos dizer que o profissional da saúde deve buscar em seu trabalho a recuperação do paciente, sua reintegração segura ao ambiente familiar e social em geral.

2.5. Um profissional dentre os demais profissionais da saúde: o psicólogo em hospital. Importância e contribuição.

A Psicologia tem importância em todas as situações relacionadas à saúde do ser humano, e o psicólogo, como um profissional da promoção da saúde, atua tanto na prevenção como no tratamento.

Observamos nos dias atuais o crescente interesse das pessoas no autoconhecimento, questionando a própria

natureza humana, fazendo com que cada um procure se ver melhor e conhecer os outros, fazer contatos e expressar sentimentos em relação a si mesmo e aos que o cercam.

O psicólogo, visando o relacionamento humano saudável, procura dialogar com o paciente, seus familiares, num trabalho com as comunidades e com a equipe de saúde.

No relacionamento com o paciente, além da prática do bom senso pelo profissional da saúde, será de grande valia, para maior eficiência, a utilização de meios psicológicos, técnicos e científicos, que o psicólogo deve dominar.

O psicólogo, realizando interações em situações e oportunidades variadas, vai desenvolvendo um estilo próprio de comunicação no relacionamento com o paciente e seus familiares.

Muitas vezes, no relacionamento profissional-paciente, a maior dificuldade encontra-se no comportamento do próprio profissional, gerado por preocupações ou problemas pessoais, ou decorrentes do despreparo, pela ausência de conhecimentos na área psicológica para a abordagem do paciente, dos familiares e dos profissionais da equipe, em inter-relação.

Muitas vezes o psicólogo tem que atuar nas situações de crise e emergência, nos hospitais, como afirma Small (1979):

“O papel de uma psicoterapia breve em situações de crise ou de emergência, cada vez mais amplamente aceito, tem sido examinado por vários autores. Glas-cote advogou a favor do serviço de emergência como um meio de ajudar a sociedade a se acostumar a lidar intimamente com as pessoas. O serviço de

emergência demonstra à sociedade que é possível lidar com tais pessoas, de forma segura e eficiente, dentro da própria comunidade, e fazê-las retornar em breve a uma vida ativa e produtiva. Bellak considerou a psicoterapia de emergência como um método de salvar a vida por ocasião de depressões graves. Hansen considerou que muitas situações médicas trazem implícito um segundo diagnóstico “de um distúrbio emocional crítico que, caso tratado a tempo, cessará de agravar a doença”.

Se ampliarmos o atendimento abrangendo a área de hospitalização, é importante saber que o “ser hospitalizado” é um acontecimento que necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia, o que nem sempre é fácil. Muitas vezes, observam-se regressões emocionais, negação da realidade ou apego afetivo a funcionários do hospital, ou mesmo uma dependência do pessoal. Isto tudo pela ameaça que o indivíduo sente pela quebra da rotina, ou pela intervenção cirúrgica ou medicamentosa. Surge o medo de incapacidade ou morte, como a ameaça à sua integridade física. Ele toma contato com sua limitação, com sua dependência e sua impotência, o que muitas vezes o leva a crescer emocionalmente, encarando a doença como uma tentativa de reequilíbrio.

Podemos dizer que as informações sobre o próprio estado do paciente são importantes; mas é importante também como isto é feito. Às vezes não só as palavras são importantes, ou nem há palavras, mas sim a presença real e participativa é que tem efeito terapêutico. O ser humano nasce com a certeza de que vai morrer um dia, mas a morte é temida e vista como um tabu, como algo que nem se deve comentar. Frequentemente o psicólogo

é chamado para expor a situação ao paciente ou aos familiares e, quando necessário, devemos falar sobre a possibilidade da morte, não se ocultando ou negando os acontecimentos pessoais.

Entendemos que os aspectos existenciais do ser humano doente, especialmente o paciente internado em hospitais gerais, devem ser observados e compreendidos.

Sabemos que é necessária uma equipe multidisciplinar que atue em cada unidade hospitalar e o psicólogo é um elemento muito importante nessa equipe. Devemos entender que ele deve estar familiarizado com os fundamentos da sociologia e da antropologia cultural, do uso e significado das estatísticas médicas e da investigação científica de problemas médicos. Deve entender o significado dos princípios e técnicas de administração aplicados à saúde, ao bem-estar da comunidade, havendo necessidade de conhecer a patologia, inclusive.

Entendemos que o psicólogo precisaria ser re-situado em seu encargo profissional. As mudanças começariam por sua formação acadêmica, nos ambientes universitários, e se estenderiam à vida de profissional liberal, como investigador de processos psicológicos nos campos profissional, institucional e social e como psicoterapeuta.

O trabalho de psicólogo hospitalar seria tanto no sentido de uma prevenção primária — através de medidas como educação e reorganização social, ocupando-se de problemas ou situações presentes que podem levar à doença ou favorecer o surgimento da doença —, como também na área de prevenção secundária. Como afirmam Bellák e Small (1980),

“é na área de prevenção secundária, que a psicoterapia breve e de emergência desempenha seu papel mais

convencional, no tratamento de problemas agudos e de crises, impedindo-os de se tornarem crônicos.”

Neste sentido, o psicólogo estaria atuando de modo preventivo, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas.

Bleger (1984) enfatiza a necessidade de o médico e o psicólogo ampliarem sua atuação para além dos aspectos curativos e individuais da doença, voltando-se para o social, para a comunidade. Para ele, numa medicina da totalidade, o orgânico, o psíquico, o emocional, o individual e o social são inseparáveis, em relação ao homem e ao ambiente em que ele nasce, cresce, se desenvolve e vive. A saúde e a doença aparecem como processos em que a hereditariedade e o ambiente atuam como fatores relacionados. Assim, podemos entender que é necessário lidar com as repercussões psicológicas e sociais da doença sobre o grupo familiar e sobre as instituições.

Observamos que no âmbito institucional, muitas vezes, existe uma tensão entre o campo manifesto e o subjacente. O psicólogo deve operar no meio da tensão dos dois corpos como o tradutor das tensões que transbordam o indivíduo, como afirma Lancetti (1986).

O psicólogo, segundo Bleger, na sua tarefa de psicólogo institucional, deve atender às situações que envolvem muitas tensões na equipe, decorrentes do contato diário com os problemas da doença e da morte que elevam o nível de ansiedade.

Lancetti (1986) questiona a função social da intervenção do psicólogo hospitalar e mostra que a prática psicológica não se confunde com a prática médica. Acredita que a formação psicanalítica se torna necessária na busca do conhecimento dos conteúdos inconscientes, aju-

dando o psicólogo a conhecer e a trabalhar com os campos manifesto e latente, no aclaramento das tensões existentes entre esses campos.

Lancetti comenta a entrada do psicólogo no âmbito hospitalar a partir da prática psicológica que foi delimitando o campo. Assim, a intervenção do psicólogo foi saindo da teoria e do papel. A partir disso, aponta que o psicólogo, além de diagnosticar e classificar, tem de entender, compreender o que está envolvido na queixa e no sintoma, na patologia.

O profissional da saúde precisa ter sensibilidade para diferenciar o paciente apático-deprimido do “bonzinho” que “não dá trabalho”, para distinguir, por exemplo, a criança que aceita o tratamento daquela que a ele se submete, em pânico. Freitas (1980) diz que o psicólogo tem de saber enfatizar o momento de crise vital que a criança atravessa.

Freitas (1980) analisa a questão da equipe de saúde e paciente:

...“reflexões que podem ajudar a melhorar as difíceis relações entre médicos e pacientes, entre pais e filhos hospitalizados, entre a criança e a morte e entre o próprio hospital e a psicologia. É inútil tratar com “mentirinhas” pessoas perfeitamente capazes de lucidez e generosidade diante do inevitável.”

E assim prossegue:

“Sabe-se que por trás do diagnóstico existe uma pessoa e há necessidade de entender a angústia desperdada nos profissionais por essa percepção. O diagnóstico leva à questão da morte, não só do paciente, mas também dos profissionais. Neste senti-

do, observa-se que a relação médico-paciente é cada vez mais substituída por exames de laboratório, radiografias, medicamentos, ignorando-se que por trás de um diagnóstico há um nome, uma história, uma pessoa que deseja e tem direitos, não havendo espaço para a relação e para o diálogo.”

Assim podemos dizer que a intervenção terapêutica não pode limitar-se ao plano somático, pois o trabalho é mais amplo, buscando integrar os diversos aspectos em busca do equilíbrio.

Silva (1986) afirma que o paciente, no ato da internação, espera da organização hospitalar a recuperação total de sua saúde; ele e seus familiares esperam que o hospital atenda às suas expectativas. Neste sentido, a recuperação do doente, sua posterior educação sanitária, sua reintegração lenta e segura no seio social, representam os fins pelos quais todos os profissionais da saúde devam lutar, conclui Silva.

Voltando a Lancetti: para ele, o psicólogo deve entrar na produção da saúde e não da doença. Assim, a formação do psicólogo deve envolver estratégias clínicas e valoração do trabalho. O psicólogo deve saber em que lugar o colocam no organograma da instituição, deve estar preparado no aspecto técnico-teórico. O psicólogo deve trabalhar com o sintoma, mas também com o processo de encaminhamento, com a relação interpessoal e deve descobrir quem ele é para o paciente e para os profissionais com os quais se relaciona.

O psicólogo precisa ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente. A leitura “apenas” do sintoma orgânico não permite uma abertura para o paciente, pois o psicólogo não é um classificador de doenças.

Além de diagnosticar e classificar, vai ter de entender, compreender o que não está manifesto.

Para Freitas (1980), a pessoa necessita falar de sua doença, do assunto que parece ser proibido. Parece que a pessoa não precisa de distração, mas precisa de compreensão e da possibilidade de exprimir suas angústias, seus medos, tocando diretamente no assunto, na história da doença.

Muitas vezes aparece a negação, mecanismo de defesa contra a dor, tentativa de evitar o encontro com uma verdade capaz de trazer muito sofrimento. Pode a negação propiciar distúrbios de sono, agitação, fala compulsiva. É necessário estar atento ao desejo, às necessidades do paciente, estimulando-o a falar, se é disso que precisa, ou deixando-o calar, caso necessite.

Freitas (1980) aponta que o sentimento ou fantasia de culpa surge especialmente em crianças, pois o adoecer e o tratamento podem ser vivenciados como castigo merecido e, em decorrência, o comportamento que surge, muitas vezes, é o da criança boazinha “que não chora, não dá trabalho”, mas também não ri e nem brinca. Neste sentido, o psicólogo em muito poderá contribuir para o esclarecimento desses sentimentos.

Podemos afirmar que o psicólogo tem importante contribuição no sentido da humanização no hospital.

Humanizar o atendimento é socorrer as circunstâncias e necessidades do outro, assim como tornar mais humanas as condições de trabalho do pessoal hospitalar. O paciente, apesar de condicionado e limitado pela doença, permanece livre e deve ser tratado como responsável pela própria saúde.

O doente tem necessidade de ser ouvido e atendido e, quando vai pedir auxílio e internação, tem o desejo de melhorar a sua saúde.

O psicólogo, como profissional da saúde, deve observar e ouvir com paciência as palavras e os silêncios. É necessário entender e saber interpretar também as atitudes e expressões, palavras, gestos e silêncios.

Um outro aspecto a ser trabalhado pelo psicólogo se refere à doença e à imagem corporal.

Podemos falar da questão da doença e da imagem corporal, pois as pessoas com os diferentes tipos de prejuízos físicos, mutilações, amputações, perturbações gastrintestinais, manifestações psicossomáticas, são influenciadas não só pela natureza da doença propriamente dita e da concepção que o sujeito tem de suas causas, mas também pelas decorrências secundárias ou indiretas, tais como restrição das atividades habituais, necessidade de medicação e regimes alimentares ou dietas, intervenções cirúrgicas e hospitalização.

Cada pessoa elabora a seu modo a imagem de seu próprio corpo, acentuando ou modificando as diferentes partes em função de todas as suas vivências passadas e presentes. A imagem corporal não é apenas consciente, ela é construída, em grande parte, tomando como referência o corpo de outras pessoas e a qualidade de relacionamento entre elas. Este aspecto também é trabalhado no que se refere à assistência ao paciente.

Podemos afirmar que tanto o sujeito como sua família devem receber atenção, ajuda e consideração, tornando-se necessária a ação da equipe multidisciplinar, onde o psicólogo desempenha papel importante.

A psicologia oferece, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento, na fase de sua doença, buscando superar o momento de crise.

Freitas (1980), referindo-se à sua experiência com crianças hospitalizadas, chama a atenção para os seguintes aspectos:

“...imagina-se que a criança não entende, não sabe o que é morte. Acontece que ela não tem necessidade de conceitos religiosos, filosóficos ou científicos para reconhecer sua doença e as possibilidades de morte e vida. Às vezes os adultos é que precisam atribuir à criança a ignorância sobre a morte, ignorando que ela é extremamente sensível, com antenas ligadas em tudo o que a cerca, especialmente na situação de crise vital representada pela doença. A criança é mais instintiva, mais próxima de seu corpo e, talvez por isso, mais apta a captar as mudanças e sinais de seu físico.”

O psicólogo deve ter um trabalho de re-humanização dos serviços de saúde, segundo Cassorla (1987). Este focaliza também a necessidade de um preparo dos profissionais para lidar com a morte, pois, muitas vezes, devido a uma formação positivista, buscam encontrar a relação causa-efeito, linear e visível, sem considerar que por detrás dos comportamentos observados existem motivações inconscientes.

Outro aspecto a ser focalizado dentre as ações do psicólogo é a possibilidade de sua atuação junto a pacientes terminais. Os trabalhos de Kubler-Ross (1975), com pacientes em fase terminal e com familiares dos mesmos, mostram a importância de entrevista particular e grupo de discussão com pacientes, a fim de prepará-los para enfrentar a morte.

Rogers (1984) faz reflexões sobre a morte, como:

...“uma abertura para a experiência”...

Kóvacs (1987), focalizando a formação do psicólogo, diz que é importante pensar em conteúdos curriculares, em que o tema da morte possa ser focalizado. Esses conteúdos permitiriam que o sujeito pudesse encarar a questão da morte: formas de enfrentamento, expressão de seus sentimentos, incluindo também a possibilidade de compartilhar seus sentimentos com colegas, podendo ouvir o outro. Entendemos que os profissionais deveriam permitir-se trabalhar suas emoções e sentimentos, inclusive por trabalho pessoal psicoterápico.

E como ficaria o atendimento psicológico na visão fenomenológica?

Numa visão fenomenológica, quando pretendemos conhecer uma pessoa, devemos basear-nos no fato de sua existência real. Biswanger diz que, para podermos compreender o outro, devemos ter ao menos certa predisposição para amá-lo. Chama a esta espécie de união uma participação dialética, com o outro, de “modo dual”.

Boss (1981) diz que é necessário não decompor o ser humano com ajuda de teorias psicológicas, mas sim recuperar o devido respeito diante da autenticidade e originalidade de cada fenômeno humano. Para o autor, as visões da essência da angústia e culpa humanas podem se tornar os fundamentos básicos da libertação psicoterápica, por parte dos pacientes, das amarras de seus sintomas psico-neuróticos. Para ele, a meta mais alta da psicoterapia é sempre a abertura dos pacientes para a capacidade de amar e confiar. É esta capacidade que permite superar toda a opressão da angústia e da culpa. O paciente precisa recuperar, inicialmente, a experiência de amor que lhe faltou, de dedicação protetora, de cuidado, na medida correspondente à sua essência singular.

May (1980) afirma que a contribuição fundamental da terapêutica existencialista consiste em compreender o homem como ser.

Boss (1981) acredita no contra-poder à angústia, que se manifesta nos fenômenos do amor, da confiança e do estar abrigado, podendo então desaparecer a angústia. Assim, se o ser humano puder experimentar as possibilidades do ser humano de forma mais rica do que o angustioso, pode-se dizer que a angústia e a culpabilidade humanas seriam amenizadas.

Devemos observar que muitas vezes possuímos tanta informação sobre um paciente por sua ficha clínica, que chegamos a formar uma idéia bastante aproximada da descrição que os outros profissionais fizeram dele. Mas o nosso contato direto faz com que experimentemos uma sensação de estar diante de um outro indivíduo, advindo daí a necessidade desse nosso encontro e contato direto com a pessoa.

O fato de captar o ser de outra pessoa de um modo original mostra que esta experiência está num plano diferente dos conhecimentos transmitidos pelos outros a nós. É, pois, necessário conhecer as forças e mecanismos que atuam na conduta do paciente, familiarizando-nos com seus esquemas de relações interpessoais, condições sociais, seus gestos e manifestações, assim como suas ações simbólicas. É fundamental estar em contato com a pessoa diretamente, pois há diferença entre conhecer a pessoa e conhecer coisas sobre ela, conforme afirmou Forghieri.

Forghieri (1984) expõe:

“O homem é, intrínseca e essencialmente, um ser-com, ou um ser em companhia de outros homens —

ele está sempre envolvido na relação com o mundo do outro. Por isso, desde o primeiro encontro com o cliente, o terapeuta começa a se relacionar com ele, de acordo com a maneira de existir do próprio cliente, assim como este também participa da forma de existir do terapeuta.”

E continua focalizando a importância do ser-com do ser humano:

“O ser-com possibilita ao cliente recobrar o seu verdadeiro eu.”

Forghieri (1984), referindo-se ao psicólogo, assim se pronuncia:

“Além de elaborar com o cliente a sua história de vida, procura levá-lo a vivenciar o mais profundamente possível as suas dificuldades ou o seu fracasso na tentativa de atualizar as suas possibilidades.”

Entendemos, com a autora, que o terapeuta deve ajudar os pacientes a desvendarem os caminhos de suas existências, utilizando-se dos conhecimentos científicos sobre o psiquismo e o existir humanos, além de ser de modo espontâneo com eles.

Heidegger (1981), falando da atuação do terapeuta, diz que ter consideração e paciência com os outros, ou seja, solicitude, não é um princípio moral, mas engloba a maneira de se viver com os outros, pois o ter paciência sempre pressupõe uma expectativa de algo que possa vir a acontecer.

Forghieri (1984), referindo-se ao existir, assim se expressa:

“O nosso existir é realmente muito incerto, pois se desenvolve num processo cheio de ambigüidades e de riscos, cuja imprevisibilidade nos impede de ter segurança ao agir.”

Para a autora, vivemos e morremos, de certo modo, simultaneamente, pois a cada dia que passa, a nossa existência tanto aumenta quanto vai se encurtando.

Referindo-se à interação do indivíduo com o mundo, a suas vivências, Forghieri diz que o nosso viver diário nos mostra que nossas vivências se manifestam intimamente relacionadas ao ambiente, às pessoas, às situações nas quais nos encontramos ou às quais nos reportamos pela imaginação. Para ela, o corpo, a inteligência e os sentimentos atuam de forma tão integrada, que não é possível distingui-los. Também o mundo, os objetos, os animais, as pessoas e as situações são vivenciadas de modo integrado ao sujeito, havendo entre ambos uma relação unificadora, se constituindo reciprocamente, não existindo por si próprios, mas um para o outro.

Ainda focalizando a atuação do psicoterapeuta, Forghieri diz que este pode sentir um mal-estar vir à tona, com suas incertezas e ansiedades no contato com o sofrimento do cliente. Neste sentido, é fundamental o preparo pessoal do psicólogo.

A autora finaliza dizendo que a atuação do psicoterapeuta, na perspectiva fenomenológico-existencial, procura tentar junto com o cliente captar e melhorar o que, de certo modo, não está funcionando bem e participar do existir do cliente, estar próximo dele, principalmente nos momentos de aflição, para que ele não se sinta sozinho. Assim, o terapeuta, com uma atuação consciente, racional, no sentido de descobrir e melhorar a patologia do cliente, e com a comunicação existencial intuitiva, espontânea, tem os dois pólos dialéticos nos quais ele deve atuar.

As questões da doença e da morte são difíceis para todos: doentes, familiares e profissionais. Cada morte pode representar para o profissional sua impotência, sua incapacidade, seu fracasso e, principalmente, sua própria mortalidade.

Lidando com estresse, o profissional da saúde está sujeito a desequilíbrios emocionais, tendo ele também necessidade de ajuda, apoio e trocas.

Assim podemos entender que a atuação do psicólogo hospitalar é ampla no atendimento às necessidades do paciente e dos seus familiares, mas que, além de compreender o outro, o profissional deve ter trabalhado em si os seus aspectos existenciais, seus questionamentos e suas limitações.

3. O psicólogo em Hospital Geral

3.1. Filosofia e política de ação.

O psicólogo, como profissional da saúde, tem um papel importante na instituição hospitalar, buscando contribuir para sua humanização.

A humanização do atendimento abrange desde a indicação da internação, a orientação médica e a assistência global que o paciente recebe, incluindo o atendimento de sua família. Tal forma de consideração, diz Neder, é a efetivação de uma concepção de vida em que o respeito a um paciente e a sua família induz a uma forma de atendimento que implica um reconhecimento dos direitos humanos, sim, mas tornando o paciente e seus familiares co-responsáveis nesse processo de atendimento.

Assim sendo, os objetivos do psicólogo em sua atuação hospitalar devem abranger a assistência psicológica que se deva prestar a pacientes e seus familiares, a produção de conhecimentos psicológicos na área através de sua experiência e, por essa mesma experiência, a contribuição de alguma forma para o aperfeiçoamento de outros psicólogos e de outros profissionais da saúde*.

* Dados obtidos da entrevista com a Dra. Mathilde Neder.

A forma de ação para o alcance desses objetivos implicará a ação coordenada e interativa entre os diferentes profissionais envolvidos nessa consideração ao paciente, com a contribuição interdisciplinar, científica e metodológica de cada área do saber humano*.

Ressaltando alguns aspectos nos procedimentos utilizados para o alcance desses objetivos e com essa política de ação, podemos focalizar mais especificamente a política de ação no tocante ao paciente, sua doença, sua internação, seu tratamento; a familiares do paciente, à equipe de saúde.

Quase sempre a doença traz mudanças profundas na vida do indivíduo e familiares, que têm de ser elaboradas para readaptação psicossocial.

O paciente e a família necessitam ser preparados para a internação. Faz-se também necessário um período de tempo para elaboração do processo, com um esclarecimento ao paciente e à sua família sobre a doença e o processo de hospitalização, a rotina hospitalar, o tempo provável de internação, dados do tratamento e o prognóstico. As explicações iniciais feitas pelos médicos virão complementadas, reforçadas e explicitadas pelos profissionais relacionados aos mesmos pacientes, dentre os quais se inclui o psicólogo, que contribuirá dessa forma e por seus recursos para diminuir a ansiedade do paciente.

A assistência psicológica, dentro do Hospital, busca o alívio emocional do paciente e de sua família, sendo que, muitas vezes, a ajuda a ser prestada implica uma mobilização de forças, em que a angústia e ansiedade estão presentes.

* Dados obtidos da entrevista com a Dra. Mathilde Neder.

É necessário discutir sobre a doença com o paciente e falar das implicações em sua vida: a origem, o desenvolvimento e o tratamento da doença. Também o psicólogo precisa avaliar como a doença está inserida na estrutura psíquica, quais os limites entre o real e o imaginário, as fantasias que estão em cena, pois a doença se insere e se articula em cada um, tendo um significado particular. Sabemos que a doença pode provocar culpabilidade, regressão e depreciação de si mesmo, marcando uma ruptura na história pessoal. Como cada indivíduo tem uma história singular, viverá a internação também de uma forma peculiar. Assim o psicólogo terá de conhecer esses aspectos particulares, para poder dar a assistência necessária ao paciente, trabalhando com a subjetividade a partir do que for objetivado.

Assim, o paciente, sentindo-se compreendido, percebe-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, podendo entender sua doença tanto no aspecto fisiológico como nas implicações emocionais, conscientizando-se do que é real e das fantasias.

Entendemos que os pacientes que recebem esclarecimentos a respeito de sua doença e da necessidade de sua internação tendem a ficar menos ansiosos, assim como os que recebem informações sobre sua cirurgia podem cooperar com o tratamento e se recuperar melhor no pós-cirúrgico, pois são trabalhados em seus medos e suas dúvidas. Assim entendemos um tratamento humanizado.

O psicólogo deve ir ao encontro do paciente e não apenas esperar que outro profissional o encaminhe, pois o psicólogo, com seu preparo e sensibilidade, deve também detectar os pacientes que deverão ser acompanhados.

No caso de crianças, sempre um cuidado maior se impõe, visando o preparo para a internação, que inclui

apresentar-lhes a enfermaria, o material de trabalho e a equipe que as atenderá.

Nos casos de cirurgias, o psicólogo primeiramente atuaria no momento da admissão ao pré-operatório; em seguida, no transoperatório e no pós-operatório e, posteriormente, no processo de reabilitação e reintegração sócio-familiar. O psicólogo precisaria dar assistência em todos esses momentos, pois, além de atuar junto ao paciente, atuaria também junto à família, trabalhando os medos, as fantasias e as perdas. Essa atitude compreensiva na forma de ação do psicólogo pode ajudar significativamente no tratamento.

Muitas vezes, o tratamento clínico e cirúrgico podem ser vistos pelo paciente como invasão e agressão e ele precisaria compreender que o estar doente é um fenômeno que está ocorrendo nesse momento de sua vida. Sebastiani (1984) argumenta que o médico deve ouvir o “discurso objetivo da doença” e, junto a ele, o psicólogo deve “auscultar o silêncio do sofrer e todas as derivações subjetivas que ele traz”.

Nos casos de internações para tratamentos, que envolvam ou não intervenções cirúrgicas, alguns aspectos devem ser providenciados:

Quando o paciente chega na enfermaria, a equipe deve estar preparada para recebê-lo, pois os primeiros contatos são importantes para o paciente suportar a hospitalização.

O psicólogo, na enfermaria, deve explicar ao paciente, adulto ou criança, o ambiente em que ficará internado, sabendo que ali realizará um tratamento, mas que receberá visitas. Deverá saber que fará exames, qual será sua dieta e como será seu repouso. Há necessidade de o psicólogo observar se o paciente precisa ser acompa-

nhado por um familiar durante algum tempo da internação.

A criança ou o adulto devem saber qual o período em que receberão visitas, para não criarem expectativas e incertezas, sofrendo pela ausência da visita esperada e se considerando abandonados.

O paciente tem que ter a oportunidade de participar e perguntar.

Após o impacto da internação, o paciente entra na rotina da enfermaria. A equipe, orientada pelo psicólogo, deve saber conciliar as necessidades de cada paciente, da instituição e as possibilidades da equipe multiprofissional. Quando se trata de crianças internadas, deve ser estabelecido um plano de atividades, individuais ou em grupo, sendo que brinquedos e atividades lúdicas permitirão a expressão dos sentimentos da criança e, conseqüentemente, a intervenção do psicólogo.

O psicólogo deve buscar aliviar o sofrimento do paciente, propiciando o falar de si, da doença, da família, de seus medos, fantasias, esclarecendo suas dúvidas.

O psicólogo pode atuar de modo individual ou em grupo, preparando o paciente para a hospitalização, exames, cirurgias e para a morte.

Quando o atendimento se iniciar pelo Pronto-Socorro e daí decorrer uma internação, torna-se necessário explicar ao paciente o que está ocorrendo e a necessidade de ele permanecer por algum tempo internado.

Do mesmo modo que o paciente deve ser orientado e preparado para a internação, também o deve ser para receber alta.

Nesse caso, a tarefa do psicólogo seria a de participar da orientação dada ao paciente, basicamente pelo médico, enfermeiras, nutricionista, serviço social, sobre os

cuidados a serem tomados, preparando-o para a nova etapa de sua vida, fora do hospital.

Nos casos de cirurgias mutiladoras ou nos casos onde não há previsão de melhora, o paciente então deverá retornar à sua casa, tornando-se necessário o preparo psicológico para tanto, além, muitas vezes, de um seguimento.

3.2. Áreas de atuação do psicólogo em Hospital Geral.

Reverendo a bibliografia e utilizando os relatos experienciais de três psicólogos que atuam, atuavam ou conhecem a área de psicologia hospitalar e foram ou são Chefes de Serviço, entendemos que podemos discernir, como Áreas de Atuação do Psicólogo em Hospital Geral, a Assistência Psicológica, o Ensino e a Pesquisa, áreas básicas de ação hospitalar, como vem sendo praticado no Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Vale lembrar as finalidades do hospital colocadas por Lima Gonçalves (1983), para quem o hospital não pode ser entendido desvinculado e isolado da comunidade que pretende servir, mas, sim, como parte integrante e integrada da própria dinâmica do mundo atual, que interfere em sua própria origem, em sua política e em sua atuação, manutenção e desenvolvimento.

O autor assim se manifesta:

“É necessário conhecer o hospital em seu desenvolvimento como prestador de serviços no campo assistencial, conhecer suas lutas em prol da restauração

da saúde, além das atividades de prevenir doenças e proporcionar meios para as pesquisas e ensino em todas as atividades relacionadas com a saúde.”

O hospital deve ser entendido como um todo que busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do homem.

O psicólogo, atuando no hospital, busca a promoção, a prevenção, a recuperação do bem-estar do paciente, no seu todo, o que implica que aspectos físicos e sociais são considerados em interação contínua na composição do psiquismo desse mesmo paciente.

3.2.1. Assistência psicológica.

O psicólogo, na sua atividade de Assistência ao paciente de Ambulatório ou aos Internados, irá atendê-los no processo de avaliação ou psicodiagnóstico, e no processo de tratamento psicológico com vistas à recuperação e reintegração do paciente à família, ao trabalho, à escola e à comunidade, embora, muitas vezes, deva proceder à assistência em situações mais adversas, em que as melhoras não estão previstas.

A atividade de Assistência psicológica se estende à família do paciente.

Também a Assistência do psicólogo poderá abranger a Equipe Multiprofissional: na sua relação com o paciente; na sua relação com os familiares do paciente e dando suporte e retaguarda aos mesmos.

Vale ressaltar a atividade do psicólogo dando assessoria psicológica aos diferentes serviços técnicos e administrativos.

Nesse sentido, também as atividades de Consultorias psicológicas e Interconsultas psicológicas fazem parte da Assistência psicológica. Referindo-se às interconsultas psicológicas, Neder, em sua entrevista, considera que o psicólogo poderá facilitar a reflexão ou a discussão reflexiva das percepções e vivências do profissional no contexto hospitalar, de modo a facilitar a relação entre profissionais e entre profissionais e pacientes, sem se transformar em psicoterapeuta de seus colegas de equipe.

Na Interconsulta, segundo Neder, a psicologia é colocada à disposição dos profissionais e há um trabalho indireto do psicólogo. As interconsultas se referem a consultas de um para outro profissional de formação diferente. O psicólogo, nas consultorias e interconsultas, não faz orientação nem psicoterapia, mas deve se dispor a conversar, a ouvir e fazer o outro profissional perceber o seu paciente, ou que entraves estão dificultando essa percepção, utilizando a psicologia no trato diário, favorecendo a compreensão relacional entre profissionais e entre profissionais e pacientes.

É importante que o psicólogo possa fazer o grupo multiprofissional vivenciar psicologicamente a situação, ajudando na exteriorização dos sentimentos, percebendo as angústias e criando condições para a vivência e compreensão desses sentimentos. Esclarecido, o profissional terá melhores condições de trabalhar as suas relações com outros profissionais e com o paciente.

3.2.2. Ensino.

A prática diária do psicólogo deve vir acompanhada de uma reflexão crítica sobre sua própria atuação.

Incluem-se nesta área de trabalho todas as atividades docentes dos psicólogos.

A participação no ENSINO deve abranger orientação e supervisão em Estágio e Cursos de Aprimoramento, incluindo-se aqui as atividades de supervisão e treinamento dos estagiários psicólogos ou de outras áreas.

A participação do psicólogo hospitalar em palestras, em cursos referentes à área ministrados em diferentes instituições, é necessária.

É comum, no Hospital das Clínicas, o psicólogo hospitalar participar do treinamento e desenvolvimento do profissional, em educação continuada.

As contribuições do psicólogo quanto à orientação e ensino dos pacientes e suas famílias teriam como metas o trabalho preventivo e o tratamento.

As atividades do psicólogo, ainda referentes ao Ensino, devem visar a formação e capacitação do pessoal, tanto de psicólogos como de outras categorias de profissionais.

Em relação à psicologia preventiva, poderíamos lembrar o papel do psicólogo no sentido de atuar junto aos funcionários, a fim de contribuir para se evitar as doenças profissionais comuns em situações de trabalho. Esse treinamento e orientação aos funcionários permitiriam a análise das enfermidades que podem ser adquiridas no trabalho.

Também o treino, orientação e esclarecimentos se fazem necessários aos funcionários administrativos, que não possuem uma formação específica para atuarem no contexto da instituição hospitalar, mas que necessitam ser preparados. Exemplo disso é o caso de funcionários da recepção, técnicos de Raio X, porteiros, que recebem um impacto ao atenderem pessoas que chegam pedindo aju-

da e atendimento, mas muitas vezes descarregando tensões, ansiedades ou agressões.

É recomendável que o psicólogo colabore com a equipe de profissionais da saúde, criando condições e dando retaguarda, para que estes possam elaborar os sentimentos frente à doença e à morte, pois estas questões acionam aspectos de cada um, advindos da sua história particular. Por diferentes formas, inclusive pelas interconsultas psicológicas, torna-se possível a aprendizagem inter-relacional.

Para Neder, o psicólogo, na instituição, como interconsultor psicológico, buscará atingir os aspectos de compreensão relacional entre profissionais e entre profissionais e pacientes.

Ainda como Atividades de Ensino a serem realizadas pelo psicólogo hospitalar, podemos citar a sua contribuição em Cursos de Extensão, Especialização e Aperfeiçoamento.

Também poderá contribuir nos cursos de Graduação e Pós-Graduação (*Stricto Sensu e Lato Sensu*), tanto nos cursos de Psicologia como nos de Psicologia Aplicada à Medicina, Serviço Social, Enfermagem e outras áreas, como já vem sendo realizado na “ponte” que se estabelece no Hospital das Clínicas com o intercâmbio experiencial em Assistência, Ensino e Pesquisa.

O Ensino, como uma atividade realizada pelo psicólogo, foi também enfatizado pela psicóloga Dra. Yvonne Gonçalves Khouri, quando citou, em sua entrevista, que deve haver a preocupação com a preparação do profissional, buscando sempre a ampliação dos conhecimentos de todos.

O psicólogo Celso de Paula contou que, no Hospital onde atua, o trabalho realizado pela equipe de Psico-

logia atinge o Hospital como um todo. Disse que o trabalho abrange toda a equipe do Hospital: direção, médicos, enfermeiros, atendentes e outros. Falou do envolvimento que permitiu valorizar a necessidade de se olhar e ouvir o paciente.

Falou da estruturação dos cursos, feita de modo que todos os profissionais da Equipe fazem o curso e trabalham juntos com os pacientes e seus familiares, no sentido de orientação, esclarecimentos, trocas de informações, ajuda no sentido de melhor se expressarem. Falou dos cursos que visam a integração do Hospital com a comunidade.

No entender do psicólogo Celso, a Psicologia, como Ciência, deve dar uma contribuição para o desenvolvimento da saúde do indivíduo, podendo também servir à Instituição hospitalar.

As atividades de Ensino foram bastante enfatizadas nas entrevistas realizadas pelas psicólogas do Hospital das Clínicas, onde o trabalho de aprimoramento do profissional e de estagiários está bastante desenvolvido, tanto no que se refere ao Ensino teórico-prático assistencial, como no referente ao ensino de como pesquisar em área hospitalar, o que também foi salientado por Neder.

3.2.3. Pesquisa.

Uma das áreas de atuação do psicólogo no Hospital Geral refere-se à Pesquisa.

Todo, ou quase todo, trabalho que o psicólogo realiza no hospital pode ser objeto de estudos e de pesquisas. Neste sentido, o trabalho realizado deve ser documentado, relatado, para que possa dar origem à produção de conhecimentos teóricos e práticos.

A pesquisa, como atividade realizada pelo psicólogo, foi também enfatizada pela Dra. Yvonne Khouri, quando se referiu à preocupação com a pesquisa e a investigação nos casos de necessidade de informação à equipe ou ao paciente, individualmente ou em grupos.

Foi observada a escassez de publicações no país, referente à Psicologia Hospitalar, que poderá ser preenchida como resultado de trabalhos de pesquisa.

Neder salientou que as pesquisas devem realizar-se em função da prática hospitalar, dependendo, portanto, das necessidades que se mostram, demandando a produção de conhecimentos na área, para esclarecimentos e orientações nos procedimentos. Nessa produção de conhecimentos, tanto atuam os psicólogos hospitalares como outros psicólogos que, em razão de pesquisas para trabalhos de Mestrado e teses de Doutorado, estão praticando o entrosamento Hospital-Universidade.

4. Considerações finais

A Psicologia, como ciência, deve dar uma contribuição para o desenvolvimento da saúde do indivíduo, atendendo também às necessidades da instituição hospitalar.

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar depende de sua formação teórica e de sua atuação prática.

O psicólogo é um profissional da saúde que tem um papel clínico, social, organizacional e educacional.

Pudemos constatar que a presença atuante do psicólogo em hospitais é importante, possível e necessária, devendo ele ter sua inserção no Hospital Geral.

Tem um papel importante na instituição hospitalar, buscando caminhos e contribuindo para sua humanização.

Em decorrência da experiência positiva observada no estudo realizado, é possível destacar as atividades específicas do psicólogo no Hospital Geral, com prestação de Assistência ao paciente e à sua família, à equipe multiprofissional e a outros funcionários do hospital, e com atuação no Ensino e na Pesquisa.

Podemos considerar:

4.1. Assistência psicológica.

4.1.1. *Atendimento aos pacientes.*

Sabemos que a doença, a internação, as intervenções cirúrgicas trazem alterações profundas na vida do indivíduo e de sua família. Assim, em todos os momentos, junto ao paciente ou junto aos familiares, o psicólogo poderá estar prestando Assistência, apoio, esclarecimentos e ajuda.

É esperado que o psicólogo considere que o paciente, como pessoa humana, é dotado de uma personalidade para a qual contribuem os fatores físico, biológico, e também o fator social.

É necessário que o psicólogo leve o indivíduo a conhecer suas potencialidades, perceber as relações com suas atitudes e suas próprias experiências, sua doença e suas reações no seu contexto de vida, fortalecendo suas possibilidades pessoais de enfrentar e lidar com as situações de crise, buscando evitar ou aliviar o sofrimento psicológico que causam.

Como um profissional da saúde, o psicólogo poderia facilitar ao paciente a identificação e o reconhecimento do que está acontecendo com ele, ou seja, aclarando o que existe, o que está vivendo e o significado para ele. Procedendo assim, estaria atendendo o indivíduo como um ser, que pensa, sente, que vive socialmente e é atingido pelo meio. É cabível que, na investigação clínica da doença, o psicólogo possa entendê-la como consequência do diálogo entre o indivíduo e o mundo, não tratando a doença como algo estranho no doente, buscando

conhecer e entender os aspectos emocionais subjacentes às queixas orgânicas.

Pensando assim, diríamos que se torna conveniente, por parte do psicólogo, uma atitude de escuta, buscando captar as forças psicológicas, sociais ou somáticas que determinam o mal-estar.

Vale dizer que o psicólogo necessita conhecer o paciente e seus familiares, tornando-os conhecidos dos outros membros da equipe, compreendendo-os e dando-lhes suporte, auxiliando-os no enfrentamento de seus problemas de ajustamento e fazendo o acompanhamento psicológico necessário.

De uma forma contínua, o psicólogo estará prestando assistência “estando com”, “ao lado de” ou “estando junto” ao paciente e seus familiares, acompanhando os seus diferentes momentos de intervenção.

O conhecimento do doente vai além do entendimento da doença, pois vai abranger a pessoa como um todo, sua história, suas aspirações, seus medos e seu modo de adoecer. Assim, o diálogo com o psicólogo ajudará o paciente a sentir-se compreendido, aceito e assistido como um todo, tomando consciência dos seus problemas, de seus medos, fantasias e perdas, refletindo o significado do seu adoecer.

No seu trabalho, o psicólogo poderia ir ao encontro do paciente, não esperando apenas que seja encaminhado. Poderia criar condições, para que o paciente aja, intervenha, se manifeste e contribua efetivamente no processo de sua reintegração física, psicológica e social.

Observando as colocações feitas nas entrevistas, notamos a preocupação dos psicólogos em prestar assistência aos pacientes de forma a atender as condições emocionais envolvidas no seu processo de adoecer e de interna-

ção. Colocações como “Ajudar o paciente a lidar com as vivências afetivas, contando as ansiedades e angústias, reduzindo a ansiedade e aumentando a vigilância”; “esclarecendo e conscientizando o doente de sua doença, propiciando uma reflexão e ajudando-o a expressar seus sentimentos”, evidenciam a prestação da Assistência ao paciente.

A assistência que o psicólogo presta ao paciente faz com que este esteja consciente de seus deveres, mas também de suas responsabilidades, não delegando apenas aos outros, profissionais ou parentes, a incumbência de cuidar dele. Assim podemos notar que as colocações “Ajudar o paciente a observar as transformações que estão ocorrendo com o corpo, os medicamentos que toma e as alterações orgânicas”; “o psicólogo deve elucidar os sentimentos do doente, fazendo com que ele participe mais do seu tratamento”; “deve trabalhar o momento de crise que a doença trouxe ao paciente”, evidenciam essa necessidade de que, prestando assistência, esta não seja paternalista, mas conscientize o paciente de seus deveres para com sua saúde, seu corpo e sua vida, especialmente quando os psicólogos se referiram a: “Ajudar o paciente na sua reestruturação, na elaboração de seu tratamento e nos seus planos de vida.”

A assistência psicológica prestada ao paciente, na prevenção ou tratamento, prevê o psicodiagnóstico, a devolução e/ou orientação, além dos tratamentos possíveis ou necessários realizados no Hospital, como psicopedagógico, psicomotor ou psicoterápico, e os encaminhamentos aos recursos da Comunidade.

Vários são os instrumentos que podem ser utilizados no atendimento ao paciente, abrangendo, por exemplo, com crianças: conversas informais, observações, pinturas, desenhos, colagem, dramatizações das situações que

estão vivendo, atividades de jogos em pequenos grupos, histórias, visitas dos pacientes que se locomovem aos que não se locomovem; psicoterapia individual e em grupos. Como foi possível notar nas entrevistas, muitas psicólogas colocaram que utilizam o espaço e os recursos de que dispõem e as condições existentes para poder prestar a Assistência necessária ao paciente.

Na elaboração do psicodiagnóstico, o psicólogo utilizará os instrumentos teóricos e técnicos da área de Psicologia; aplicará entrevistas, testes, técnicas grupais e outras provas psicológicas; fará orientação, encaminhamentos e providenciará o tratamento adequado pela psicoterapia, que pode ser breve ou prolongada, ou pela terapia psicomotora ou psicomotricidade, além da psicopedagogia, nos casos de assistência psico-educacional ou de problemas de aprendizagem.

Seria cabível também que o psicólogo acompanhasse as visitas médicas, estando presente na troca de plantões para poder informar os acontecimentos relacionados aos pacientes e que desse também assistência psicológica aos pacientes após as visitas médicas.

Nos casos de cirurgia, o psicólogo primeiramente atuaria no momento de admissão ao pré-operatório, no transoperatório e no pós-operatório. Colocações feitas pelas psicólogas como: “preparar o paciente para a cirurgia, atuando na pré-cirurgia e na pós-cirurgia”; “psicoprofilaxia cirúrgica, acompanhando o paciente na sua regressão e na sua evolução”; “trabalho em equipe para preparar o paciente para a cirurgia, através de explicações, desenhos, dramatizações, esclarecimentos cognitivos e emocionais”; “facilitar a vivência afetiva, por meio de trabalhos em grupo, nos quais todos possam colocar suas dúvidas e medos”, elucidam a atuação do psicólogo

em situações de cirurgias. Lembremo-nos também de que o psicólogo deve elaborar com o paciente as explicações já dadas pelos profissionais médicos quanto à doença que tem, as intervenções, mutilações e prognóstico, fazendo o acompanhamento que se fizer necessário do ponto de vista psicológico.

4.1.2. Atendimento aos familiares.

Quando a doença se instala no indivíduo, muitas vezes, em conseqüência, surge um desajustamento do grupo familiar, tornando-se necessário o apoio psicológico aos membros da família. Assim, a assistência do psicólogo, necessariamente, atinge os familiares, no sentido de compreendê-los e dar-lhes o suporte adequado.

O psicólogo ajudará a família conscientizando-a da real situação do doente e da necessidade de tratamento ou hospitalização. Os vários aspectos devem ser aclarados para os familiares, pois, desde o aparecimento da doença até o estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico, ocorrem crises e desajustes na família e esta precisa se sentir apoiada e segura, com suas dúvidas esclarecidas. O psicólogo pode fazer os esclarecimentos utilizando explicações verbais, cartazes, desenhos, gráficos, sendo, muitas vezes, a ponte de ligação entre o hospital, a equipe de profissionais e a família.

É de conveniência que o psicólogo faça entrevistas com os pais ou companheiros no ato de internação, para obter dados referentes ao paciente, suas relações familiares e sociais.

O psicólogo esclarecerá seu desempenho junto ao doente, participando da rotina da enfermaria, muitas vezes contando com a colaboração de um familiar.

Nestas ocasiões, o psicólogo informaria detalhes sobre a doença, transmitiria segurança aos familiares, discutiria seus medos, estabelecendo um vínculo entre a equipe e a família. Seria interessante que os horários de visitas pudessem ser utilizados para, em grupo, se fazer essa assistência. Desta forma, a equipe de saúde atuaria conjuntamente, se possível, tornando as informações mais consistentes e evitando as conversas incompletas e as dúvidas. Nestas situações, noções de alimentação, dieta, higiene, melhoria nas condições de saúde, contribuições da mãe-participante no atendimento ao seu filho poderiam ser apresentadas.

Além do trabalho em grupo, o psicólogo faria o trabalho de apoio psicológico individual. Os familiares precisam ter a oportunidade de falar da doença, de seus medos, fantasias sobre a morte, a evolução da doença, expressando seus sentimentos.

O psicólogo orientaria a família nos casos de internação, nos períodos de volta à casa e nos retornos ao hospital. Também nos casos de alta, saída do hospital, permanência em casa, reintegração às atividades familiares e sociais, ou retorno à vida cotidiana.

É cabível que o psicólogo incentive os familiares a perguntar sobre a evolução, tratamento da doença, devendo esta conduta ser considerada um direito da família e do paciente.

O atendimento do psicólogo aos familiares se faria tanto de modo individual como grupal, de acordo com as necessidades e oportunidades. Nos casos de crianças, o psicólogo atuaria junto aos pais, tal como afirmaram algumas entrevistadas: “O psicólogo trabalha com as mães/pais, os sentimentos de culpa, angústias, situações ansiôgenas ou as atitudes defensivas nos casos de crianças

acidentadas”; “trabalha os pais nos casos de crianças com distúrbios de escolaridade”. Para esse atendimento, o psicólogo se utilizaria de grupos operativos, terapias breves, orientação e assistência individual.

Também nos casos em que as melhoras não são previstas, ou nos casos de morte, o psicólogo tem uma atuação: coloca-se à disposição para assistir as famílias, pelo apoio, orientação e trabalho de psicoterapia ou reflexão.

Vale dizer que, atendendo o paciente e sua família, faz-se necessário o entrosamento com a comunidade de origem, buscando fazer a readaptação do indivíduo ao seu meio familiar, escolar, ocupacional ou social.

4.1.3. Considerações à equipe multiprofissional.

A equipe multiprofissional, englobando médicos, residentes acadêmicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros, deve atuar como um grupo junto aos pacientes e familiares.

Há necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais, que devem ver o paciente como um todo, tendo uma atitude humanizada. É de interesse que o psicólogo transmita seus conhecimentos e percepções do paciente aos membros da equipe, para que estes possam ter uma visão integral do paciente.

O psicólogo precisa, na equipe, buscar a conscientização de todos os profissionais para o trabalho multiprofissional, ajudando cada profissional a ter claras suas funções, definindo seus objetivos, facilitando a comunicação entre os membros da equipe, sendo, muitas vezes, o interlocutor entre os membros da equipe entre si e com

os pacientes e familiares. O psicólogo buscará alertar os profissionais para a necessidade do conhecimento das atividades dos outros membros da equipe, trocando informações e buscando atender o mais completamente possível o paciente.

Cabe ao psicólogo aclarar aos outros profissionais da saúde a abrangência do atendimento psicológico, seus alcances e suas limitações.

É conveniente que o psicólogo esteja atento e colabore para o trabalho interativo, contribuindo para o saber multidisciplinar, facilitando o processo comunicacional.

O psicólogo, para facilitar o trabalho interacional, pode estruturar grupos para reuniões científicas, discussão de casos clínicos, buscando aperfeiçoar o atendimento aos pacientes, através da estruturação de condutas discutidas em equipe. Muitas vezes, há necessidade de esclarecimentos, trocas de informações e conhecimentos, que permitirão aos profissionais preparar melhor o paciente com informações esclarecedoras. O psicólogo, tendo uma visão integrada do paciente, considerando os aspectos físicos e emocionais, poderá, junto com a equipe, efetivar as atividades de diagnóstico e de terapia, detectando os aspectos mais fantasiosos ou irreais que estejam interferindo no aparecimento da doença, na sua evolução e no processo de recuperação.

É conveniente que, junto à equipe multiprofissional, o psicólogo discuta os casos ou situações emergentes no ambulatório e enfermaria, visando melhor compreensão da situação do paciente, criando espaço para as manifestações emocionais do paciente e sua família.

É de interesse que o psicólogo conquiste a confiança dos outros profissionais, indicando a possibilidade de atendimento psicológico, colaborando e mostrando o que

pode fazer, achando uma linguagem comum, conhecendo a linguagem dos outros profissionais. Há necessidade de o psicólogo ter uma boa relação interpessoal com as chefias e outros profissionais, mostrando-se flexível, sem perder o aspecto profissional.

É indicado que o psicólogo subsidie outras áreas da saúde, na medida em que enfoque a interação humana de maneira científica e humanizada, informando, quando necessário, sobre a existência de variáveis relevantes e de controle, no relacionamento profissional-cliente e, sempre que necessário, ajudando na reflexão sobre as dificuldades e problemáticas nesse relacionamento.

Ao psicólogo cabe dar assistência psicológica à equipe profissional: sabe-se que os Profissionais da Saúde sofrem um desgaste muito grande no seu trabalho com o doente. Assim, o psicólogo hospitalar teria sua atuação junto a toda a equipe de saúde, trabalhando com os outros profissionais no sentido de dar subsídios ao atendimento do paciente, além de também poder dar suporte, no sentido de uma consultoria, ou ajudar na manutenção do equilíbrio pessoal.

O trabalho em equipe, além de acrescentar conhecimentos e dividir ansiedades, favorece o surgimento de soluções. É importante que o psicólogo busque sua integração na equipe, estando presente onde estiverem acontecendo os fatos.

Algumas colocações feitas pelos entrevistados devem ser lembradas. Focalizam a assistência possível que o psicólogo pode oferecer aos colegas da equipe multiprofissional: “Trabalha com os médicos, a relação médico-paciente, ajudando-os a lidar com as transferências, preconceitos e comunicação”; “Faz contatos com as enfer-

meiras, residentes, internos e outros profissionais para trocar informação dos pacientes.”

Cabe ao psicólogo, junto à equipe, estudar o período mínimo de internação necessário, especialmente nos casos de crianças, para que não se agreguem outros problemas aos já existentes, decorrentes do distanciamento familiar, da sensação de abandono, da insegurança do afastamento da casa, família e pertences. O psicólogo poderá tratar a questão das visitas e da presença dos familiares, com a equipe de saúde e com a equipe administrativa, a fim de que o hospital estabeleça normas adequadas para permitir aos pacientes e familiares um bem-estar físico, psíquico e social.

Vale lembrar que o cuidado emocional é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, que precisa estar em condições emocionais de trabalhar com os pacientes, seus familiares e comunidades. Ser saudável é uma conquista que deve ser buscada não só para os pacientes, mas também para a vida dos profissionais que atuam na área hospitalar. Questões pessoais emergem também nos membros da equipe que atua junto aos doentes, devendo, o psicólogo, oferecer sua contribuição diversificada.

Torna-se necessário frisar que a análise crítica, o bom senso, as trocas de conhecimentos entre os profissionais, o autoconhecimento, a interajuda, o apoio entre os membros da equipe facilitarão a atuação de cada um em benefício próprio, do paciente e da instituição.

4.1.3.1. Assistência: assessorias, consultorias e interconsultas psicológicas.

A relação entre os vários profissionais da saúde e o cliente se estendem aos aspectos intra e interpessoais que devem estar cuidados e atendidos.

Concordamos com Neder, quando afirma que o psicólogo, no seu trabalho multiprofissional e interdisciplinar, coloca a psicologia a serviço dos demais profissionais, desenvolvendo a prática das assessorias, consultorias e interconsultas psicológicas.

Nas interconsultas, o psicólogo, ao fazer a leitura psicológica dos fenômenos que intervêm na situação da doença, poderá, pelos grupos de reflexão, criar condições, para que os profissionais de outras áreas compreendam também psicologicamente a situação singular de cada paciente.

Essa compreensão psicológica abrange a necessidade de saber dos processos inconscientes subjacentes ao explícito do corpo, como fantasias, ansiedades, defesas, pois, quando o paciente fala da doença, fala do implícito também, permitindo-se, assim, pela fala e escuta, a explicitação do encoberto.

O psicólogo, nesse sentido, poderá trabalhar e intervir em situações relacionadas ao atendimento feito por diversos profissionais. Nessa atividade, o psicólogo poderá acionar e articular todo o seu instrumental teórico-técnico e prático experiencial, para, além de aliviar as angústias, vivê-las conjuntamente, ajudando na reflexão e tomada de consciência das realidades.

4.2. Ensino.

O psicólogo, no Hospital Geral, contribui para o aprimoramento de diferentes profissionais. Em relação ao profissional da saúde, o psicólogo contribuirá para a orientação e supervisão em cursos de aprimoramento.

Valorizando o trabalho em equipe, o psicólogo contribuirá para o preparo de estagiários que serão integrados à equipe. Destacamos as atividades de ensino reali-

zadas por vários psicólogos, especialmente os do Hospital das Clínicas, um Hospital-Escola.

Também as atividades docentes dos psicólogos se estendem aos demais profissionais da instituição, sejam eles da equipe multiprofissional ou funcionários da administração, contribuindo com seus conhecimentos, para que todos possam desenvolver um trabalho saudável, satisfatório e proveitoso.

As atividades de ensino se estendem aos pacientes e seus familiares. Os psicólogos ajudam os pacientes a entenderem o funcionamento de seu corpo, a compreenderem as manifestações de sua doença, a acompanharem o seu tratamento e a aprenderem a se pronunciar, a verbalizar a sua queixa. Seria interessante “psicologizar” a equipe, tornando os profissionais sensibilizados com os aspectos emocionais, com o conhecimento dos problemas psicológicos das doenças, facilitando a troca de conhecimentos entre todos.

Conforme foram apresentadas nas entrevistas, destacamos algumas colocações como: “a psicóloga orienta as recreacionistas, para que lidem com as ansiedades das crianças, pois elas são os continentes das ansiedades dos pacientes”; “Faz grupo com médicos-residentes para reflexão da prática de cada um”; “Ajuda os outros profissionais a lidarem com as transferências, preconceitos e comunicação”.

Quanto ao trabalho com estagiários, foram feitas algumas afirmações que consideramos relevantes: “O psicólogo deve propiciar ao estagiário possibilidades de contato com a instituição e sua clientela”; “Treina o estagiário no sentido de anotar as atividades, experiências diárias. Isso facilita a reflexão sobre a prática, pois a elaboração do seu conteúdo permite a reconstrução da experiência”; “O esta-

giário de psicologia deve entrar em contato com a equipe multiprofissional, com os pacientes, com os familiares, a fim de conhecer o trabalho de outros profissionais, as formas de intervenção e interação com os pacientes”; “O estagiário necessita conhecer também o esquema de trabalho hospitalar e como funciona uma instituição”.

Foram as atividades de ensino bastante enfatizadas nas entrevistas, especialmente pelas psicólogas do Hospital das Clínicas, um Hospital-Escola, tendo ficado salientado que lá o trabalho de aprimoramento do profissional e de estagiários é bastante desenvolvido, tanto no que se refere ao Ensino teórico-prático-assistencial, como no referente ao Ensino de como pesquisar na área hospitalar.

Vale dizer que ainda são consideradas atividades de Ensino as palestras, cursos e participações que os psicólogos hospitalares fazem, tanto em cursos de graduação como de pós-graduação, especialização, extensão e outros, dentro e fora da Instituição Hospitalar. Incluem-se aqui os cursos realizados para esclarecimentos a toda a comunidade.

Também são consideradas atividades de Ensino a abertura que os hospitais fazem para estudantes e visitantes através das Visitas Programadas.

4.3. Pesquisa.

Uma das importantes áreas de atuação do psicólogo no Hospital Geral é a Pesquisa.

Todo ou quase todo o trabalho que o psicólogo realiza no hospital pode ser objeto de estudos e de pesquisas.

Neste sentido, o trabalho realizado deve ser documentado e relatado, para que possa dar origem à produção de conhecimentos teóricos e práticos.

Observamos, pelo levantamento bibliográfico realizado, que ainda são poucos os trabalhos feitos nesta área e, pelas entrevistas, pudemos constatar a preocupação dos psicólogos em preparar a documentação dos vários casos tratados, os relatos de suas experiências, o levantamento de dados advindos da sua prática hospitalar. Aliás tais foram também os posicionamentos dos três profissionais chefes que entrevistamos.

As atividades do psicólogo, em relação à pesquisa, abrangem tanto o seu campo específico como a inter-relação com as atividades dos demais profissionais da saúde e isto pode ser constatado no relato das entrevistas realizadas. Observamos que o trabalho e o confronto com profissionais de outras áreas permitem um questionamento da prática de cada um.

4.4. Formação e especialização do profissional psicólogo.

Quanto à formação necessária ao psicólogo hospitalar constatamos, pelas entrevistas, certa diversificação de conteúdos apontados pelos psicólogos. Mas aspectos relacionados a conhecimentos de anatomia, fisiologia, neurologia, patologia e noções de farmacologia, assim como de filosofia, sociologia e antropologia, foram enfocados. Outras disciplinas básicas do curso de psicologia foram focalizadas, tais como, teorias e sistemas em psicologia; psicologia do desenvolvimento; análise crítica e

comparada das psicoterapias; psicopatologia; psicologia aplicada às diferentes áreas disciplinares; técnicas do estudo e aconselhamento psicológico; psicologia institucional; conhecimento de técnicas de dinâmica de grupo, comunicação humana; conhecimento de saúde pública e da realidade social brasileira.

É conveniente que um psicólogo, ao lado de sua formação acadêmica, tenha um preparo pessoal buscando um autoconhecimento e um atendimento psicoterápico e que, por cursos de extensão, especialização e estágios, chegue a um preparo maior, enriquecendo sua experiência profissional.

Seria interessante que, no Curso de graduação, o psicólogo tivesse uma formação básica generalista. No final do curso poderia fazer como disciplina optativa “Psicologia Hospitalar”, a par de cursos de extensão universitária para, posteriormente, fazer cursos de especialização ou aprimoramento na área de psicologia hospitalar, incluídos os estágios.

Vale lembrar, conforme citado em entrevistas dos psicólogos, que o trabalho do psicólogo, na Instituição Hospitalar, deve ser construído na prática diária acompanhada de uma reflexão crítica.

5. Conclusões

1. O psicólogo tem seu lugar no Hospital Geral.
2. A presença atuante do psicólogo em hospitais é importante, possível e necessária.
3. O psicólogo hospitalar precisa ter objetivos e instrumental próprios.
4. Os objetivos do trabalho do psicólogo devem estar embasados numa filosofia de humanização.
5. A postura de humanização do psicólogo buscará fazer prevalecer os direitos humanos, respeitando o paciente, seus familiares, os colegas de trabalho, enfocando sempre uma forma de atendimento ou de procedimento que conduza a uma participação de todos, de um modo co-responsável.
6. O psicólogo necessita ter uma formação acadêmica complementada por cursos de extensão, especialização, assim como de experiências adquiridas por estágios.
7. É conveniente que o psicólogo cuide de seu preparo pessoal, buscando autoconhecimento e atendimento psicoterápico.
8. No trabalho hospitalar, é de interesse que o psicólogo lide com os vários segmentos da população, desde o paciente e sua família, a equipe multiprofissional, demais funcionários, até o pessoal da administração do hospital.

9. O psicólogo hospitalar precisa ter uma atuação bem definida; papéis delimitados e um instrumental de trabalho específico, mas estando conectado à equipe multiprofissional, em contínua interação.

10. Os serviços de psicologia devem alcançar todos os aspectos da saúde, atingindo as clínicas médicas e cirúrgicas.

11. O psicólogo, enquanto profissional de saúde, tem um papel clínico, social, organizacional e educacional, com áreas de atuação que abrangem a psicologia preventiva e de tratamento.

12. As atividades do psicólogo hospitalar abrangem: assistência psicológica, ensino e pesquisa.

13. A prestação de assistência psicológica se faz ao paciente e a seus familiares, à equipe multiprofissional e aos demais funcionários do hospital.

14. O psicólogo prestará assistência também por meio de assessorias, consultorias e interconsultas psicológicas.

15. O psicólogo hospitalar poderá contribuir para o aperfeiçoamento de outros profissionais psicólogos e de outros profissionais da saúde (ensino).

16. O psicólogo hospitalar poderá contribuir para a produção de conhecimentos psicológicos na área, em função da prática e da necessidade hospitalar (pesquisa).

17. O serviço de psicologia necessita ter uma chefia própria, com as atribuições cabíveis, que possa coordenar o trabalho dos diversos psicólogos e representá-los frente às diversas instâncias do hospital.

18. Apesar da avaliação do papel, do campo e das possibilidades de atuação do psicólogo ter sido feita em Hospital Geral, percebemos que muitas de suas atividades podem ser estendidas a qualquer instituição nas áreas da saúde, em setor ambulatorial ou de enfermaria, em atendimento de urgência ou mesmo em hospitais especializados, feitas as adaptações devidas.

6. Bibliografia

- ABRÃO, Alfredo. O direito de saber. *Tempo Livre Médico*, São Paulo. 3 (10): 12-13, abr. 1987.
- AMIRALIAN, Maria Lúcia T. M. *Psicologia do Excepcional*. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo, 88p.
- ANDRADE, Maria Lúcia de Araújo. *Distúrbios Psicomotores*. E.P.U. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo, 94p.
- BALINT, Enid & NORELL, J. S. *Seis minutos para o paciente: estudos sobre as interações na consulta do clínico geral*. Trad. Urias Correa Arantes. São Paulo, Editora Manole, 1978.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Trad. Heloísa Jahn. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985, 326p.
- BELLACK, L. & SMALL, L. *Psicoterapia de emergência e psicoterapia breve*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1980.
- BLEGER, José. *Psico-higiene e psicologia institucional*. Trad. Emília de Oliveira Dichl. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1984, 130p.
- BOLONHEZ, Arlene & PIMENTEL, Francily J. *Pesquisa: metodologia aplicada à administração hospitalar*.