



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
ANA PAULA MELCHIADES

**O PACIENTE HOSPITALIZADO:
UM FOCO PARA PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Palhoça

2008

ANA PAULA MELCHIADES

**O PACIENTE HOSPITALIZADO:
UM FOCO PARA PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Psicóloga.

Orientador: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.

Palhoça

2008

ANA PAULA MELCHIADES

**O PACIENTE HOSPITALIZADO:
UM FOCO PARA PSICOLOGIA DA SAÚDE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina — UNISUL.

Palhoça, ____, de _____ de 2008.

Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^ª. Ana Maria da Luz, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^ª. Maria do Rosário Stotz, Dr^ª.
Universidade do Sul de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado o dom da vida, por ter me cercado de pessoas que, com amor, alegria e esperança, apostaram em minhas potencialidades.

Aos meus pais e aos meus irmãos que pelo amor, pela dedicação, pela presença, pelo sorriso ou pela simples lembrança me deram coragem e determinação para transformar o sonho em realidade.

A minha Grande Família, “vô” Vicente, “vó” Tereza, “vô” Dolmy (*in memoriam*), “vó” Maria, tias, tios, primas, primos e associados, por tudo!

Ao Thiago que suportou pacientemente a minha falta de tempo e crises de mau humor, retribuindo com incentivo, amor e compreensão.

A Vanessa Silva Barbosa, pela amizade e apoio nos momentos difíceis. Obrigada por existir em minha vida.

Aos professores/mestres/doutores do curso de Psicologia – que compartilharam meus ideais e os alimentaram – pelo acompanhamento, estímulo, orientação, conhecimento e experiências oportunizadas em todos os momentos desta longa trajetória.

Ao Professor Dr. Maurício Eugênio Maliska, meu respeito e afeto pela disponibilidade, atenção, dedicação, incentivo e paciência, com que me orientou durante o processo de desenvolvimento deste TCC.

Aos membros da banca, Prof. Dr. Maurício Eugênio Maliska, meu orientador, Prof^a. Msc. Ana Maria da Luz e Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Stotz, pelas críticas e sugestões e pelo tanto que contribuíram para minha formação.

Ao Prof. Msc. Flávio Costa, pela colaboração e ensinamentos imprescindíveis para a análise estatística desta pesquisa.

As Professoras Juliane Viecili e Regina Ingrid Bragagnolo, pelo auxílio e esclarecimentos em metodologia científica.

Aos meus colegas, pela convivência durante o período em que estivemos juntos nesta caminhada, buscando o aperfeiçoamento para nossa vida profissional.

À direção do Hospital de Caridade de Florianópolis e à Supervisão do Serviço de Psicologia, por terem permitido a coleta de dados, viabilizando a conclusão desta pesquisa.

Enfim, a todas as pessoas que direta ou indiretamente foram responsáveis pela concretização deste trabalho.

Quando curiosamente te perguntarem, buscando
saber o que é aquilo,
Não debes afirmar ou negar nada.
Pois o que quer que seja afirmado não é verdade,
E o que quer que seja negado não é verdadeiro.
Como alguém poderá dizer com certeza o que
Aquilo possa ser
Enquanto por si mesmo não tiver compreendido
plenamente o que É?
E, após tê-lo compreendido, que palavra deve ser
enviada de uma região
Onde a carruagem da palavra não encontra uma
trilha por onde possa seguir?
Portanto, aos seus questionamentos oferece-lhes
apenas o silêncio,
Silêncio – e um dedo apontando o caminho.
(VERSO BUDISTA)

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar os usuários atendidos pelo Serviço de Psicologia de um hospital no Sul do Brasil. Para isto, tratou-se de identificar as características pessoais, como sexo e idade; levantar informações referentes ao ambiente hospitalar, tais como, unidade de internação, patologia e etapa hospitalar; descrever o tipo de atendimento psicológico e o estresse psicológico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia. Para alcançar tais objetivos, nesta pesquisa de delineamento documental, de natureza descritiva/quantitativa, foram analisadas 565 Fichas de Prontuários de pacientes, atendidos no período de março a novembro de 2007, hospitalizados em cinco unidades de internação assistidas pelo Serviço de Psicologia da Unisul. Para cada Ficha de Prontuário foi preenchida uma Ficha de Coleta de Dados, seguindo a ordenação das categorias pré-estabelecidas no instrumento de pesquisa. Os dados obtidos foram analisados pela técnica de estatística descritiva não paramétrica, fazendo-se uso de tabelas de distribuição de frequência acompanhadas pelas respectivas ilustrações gráficas. Os resultados demonstraram que foram atendidos pacientes de ambos os sexos, com idades entre 17 e 92 anos. A maioria dos atendimentos foi registrada na unidade de internação Nossa Senhora das Graças, seguida da Irmã Bernadete e UNICOR e as patologias que mais incidiram foram as das especialidades de cardiologia, neurologia e onco, atendimentos foram predominantemente do tipo individual e tiveram maior concentração nos meses de setembro, abril e maio. Os estressores mais expressivos apresentados pelos pacientes, relacionavam-se a “ansiedade de separação”, “ansiedade frente à falta de informação do adoecimento”, “ameaça básica a integridade narcísica”, “ansiedade pela espera”, “medo da perda do controle das funções do corpo” e “medo da morte e da dor”. Pode-se concluir que o objetivo deste estudo foi alcançado, uma vez que os resultados possibilitaram caracterizar os usuários do Serviço de Psicologia, constituindo dados quantitativos importantes ao levantamento de necessidades e delineamento de programas e procedimentos de atuação. Sugere-se, no entanto, que estudos futuros sejam conduzidos com maior número de pacientes e com a utilização do novo prontuário que, com as adaptações realizadas otimizou a sua aplicação, possibilitando o levantamento de outros dados significativos.

Palavras-Chave: Paciente. Psicologia Hospitalar. Caracterização.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Distribuição da frequência conforme o sexo.....	48
Figura 1 – Representação gráfica conforme o sexo.....	48
Tabela 2 – Distribuição da frequência conforme a faixa etária.....	50
Figura 2 – Representação gráfica conforme a faixa etária.....	50
Tabela 3 – Distribuição da frequência conforme a unidade de internação.....	52
Figura 3 – Representação gráfica conforme a unidade de internação.....	52
Tabela 4 - Distribuição da frequência conforme a especialidade em clínica geral e cirúrgica.....	55
Figura 4 – Representação gráfica conforme a especialidade em clínica geral e cirúrgica.....	56
Tabela 5 – Distribuição de frequência conforme a etapa hospitalar.....	59
Figura 5 – Representação gráfica conforme a etapa hospitalar.....	59
Tabela 6 – Distribuição de frequência conforme o tipo de atendimento psicológico.....	60
Figura 6 – Representação gráfica conforme o tipo de atendimento psicológico.....	61
Tabela 7 – Distribuição de frequência conforme a presença ou não de estresse psicológico.....	63
Figura 7 – Representação gráfica conforme a presença ou não de estresse psicológico.....	63
Tabela 8 – Distribuição de frequência conforme a ocorrência de estresse psicológico.....	65
Figura 8 – Representação gráfica conforme a ocorrência de estresse psicológico.....	66

LISTA DE SIGLAS

CFP – Conselho Federal de Psicologia

MEC – Ministério da Educação

SUS – Sistema Único de Saúde

Unimed – União dos Médicos

Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 OBJETIVOS.....	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 HISTÓRIA DA PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	15
2.2 HOSPITALIZAÇÃO E ASPECTOS EMOCIONAIS.....	18
2.2.1 Estresse Psicológico	24
2.3 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR.....	27
2.3.1 Sistematização do trabalho do psicólogo hospitalar	36
3 MÉTODO	39
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	39
3.1.1 Quanto ao delineamento	39
3.1.2 Quanto aos objetivos	40
3.1.3 Quanto à forma de abordagem do problema	41
3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA E DAS FONTES DE INFORMAÇÃO.....	41
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS.....	42
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE.....	42
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
3.6.PROCEDIMENTOS.....	44
3.6.1 De fontes de informação	44
3.6.2 De coleta e registro dos dados	44
3.6.3 De organização, tratamento e análise dos dados	45
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	46
4.1 SEXO.....	47
4.2 IDADE.....	49
4.3 UNIDADE DE INTERNAÇÃO.....	51
4.4 PATOLOGIA.....	55

4.5 ETAPA HOSPITALAR.....	58
4.6 TIPO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO.....	60
4.7 ESTRESSE PSICOLÓGICO.....	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados.....	80
ANEXOS.....	82
ANEXO A - Ficha de Prontuário do Serviço de Psicologia do Hospital de Caridade.....	83
ANEXO B – Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas.....	84

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho decorre de uma pesquisa realizada no segundo semestre de 2008, que teve como objetivo geral caracterizar a população atendida por um Serviço de Psicologia em um Hospital do Sul do Brasil.

A contribuição da Psicologia no contexto da saúde, notadamente no âmbito hospitalar, tem-se evidenciado à medida que cada vez mais as instituições vêm abrindo espaços para a atuação do Psicólogo Hospitalar, objetivando melhores condições de vida para o paciente, sua família e a própria equipe de saúde. A situação de adoecimento aliada à estrutura física e dinâmica contida no ambiente hospitalar pode propiciar inúmeras conseqüências emocionais, gerando medos e expectativas, desestabilizando o paciente e aqueles com os quais convive. A doença muitas vezes provoca reações psicológicas graves - como ansiedade, medo, insegurança, depressão, entre outras. É neste contexto que essa pesquisa, além de identificar as características pessoais dos pacientes, também se propôs a organizar dados referentes ao processo de internação, tais como patologia, etapa hospitalar, estresse psicológico, etc. Neste sentido, essa pesquisa pretende contribuir para a construção de um referencial, a partir da análise da realidade, que sirva de auxílio ou de subsídio para o psicólogo, no seu trabalho hospitalar.

Na busca da aproximação da realidade de forma consistente e sistematizada, neste trabalho primeiramente serão apresentados a problemática, os objetivos geral e específicos e a justificativa. Na seqüência serão expostos a fundamentação teórica, o método e a apresentação e análise dos resultados. No fechamento encontram-se as considerações finais, encerrando com as referências bibliográficas e os anexos.

1.1 PROBLEMÁTICA

O problema deste estudo encontra ressonância com as idéias de Romano (1999), que considera que existe uma relação direta entre o processo adaptativo do paciente hospitalar com a idade, sexo, tipo e prognóstico da doença, suporte familiar, escolaridade e fase da vida em que se encontra o doente. A proposta foi conhecer a população atendida por um Serviço de

Psicologia, para organizar um ambiente favorável, tanto para os usuários do serviço, como também para os profissionais, podendo proporcionar aos mesmos um ambiente de trabalho organizado refletindo possivelmente nos seus futuros atendimentos.

Para Camon (1988), ao se caracterizar o paciente não se está apenas definindo o tipo de população atendida pelo hospital, se está também instrumentalizando a forma de atuação de um Serviço de Psicologia.

Torna-se evidente que a partir do tipo de clientela atendida pelo hospital estaremos refletindo sobre a real abrangência dos instrumentos de psicologia junto à essa população. E um direcionamento dos métodos e atitudes do psicólogo farão com que o embasamento teórico de seu trabalho no hospital vá de encontro aos anseios e expectativas de sua prática (CAMON, 1988, p. 20-21).

Neste ponto, se faz oportuno ressaltar, conforme enfatizam Romano (1998), Tonetto e Gomes (2005), a importância da existência de Serviços de Psicologia em hospitais gerais, constituindo-se em uma equipe de psicólogos que, através de um respaldo científico e técnico, possam atuar – por meio da escuta diferenciada à subjetividade do sujeito – como agentes facilitadores para ressignificação e/ou resolução de conflitos psíquicos associados ao processo de adoecimento, tratamento e cura do paciente, e também como favorecedores da comunicação equipe-paciente-família. Além disso, um Serviço de Psicologia pode ainda desenvolver ensino e pesquisa de qualidade, validando e difundindo modelos eficientes de intervenção. Tonetto e Gomes (2005) assinalam que nos hospitais com um Serviço de Psicologia, os psicólogos podem concentrar suas atividades atendendo aos pacientes em diversas unidades de internação e também a nível ambulatorial e que, em contraste, nos hospitais que não há um Serviço de Psicologia autônomo, os psicólogos atendem pacientes internados basicamente por consultoria¹.

Reforçando a afirmação de Tonetto e Gomes (2005), têm-se ainda as declarações de Romano (1998) em entrevista concedida a Revista Catharsis, referindo-se ao Serviço de Psicologia do Instituto do Coração de São Paulo:

1.O termo consultoria é utilizado na prática psicológica hospitalar para designar atendimentos por solicitação de outro profissional da área de saúde. Tais atendimentos referem-se a visitas esporádicas de acordo com necessidades específicas. Os demais profissionais da área da saúde costumam chamar o psicólogo quando existem conflitos envolvendo a família e a equipe ou nas situações em que os pacientes estão em crise, deprimidos, e se recusam a fazer o tratamento (TONETTO; GOMES, 2005, p. 286).

A primeira grande inovação dentro desse Serviço foi o psicólogo não mais ficar sentado dentro de uma sala, ele vai andar dentro do Ambulatório, Unidade de Enfermarias, Pronto-Socorro, participar de uma reunião clínica, enfim, estar em vários setores do hospital. O atendimento e o lugar do psicólogo é dentro e pelo hospital. A segunda grande inovação, foi que só o médico pedia para que o paciente fosse atendido pelo psicólogo, mas a enfermeira passa vinte e quatro horas com o paciente, a fisioterapeuta pode no momento em que ele está fazendo o exercício perceber que o paciente está resistente [...], o paciente pode chegar e falar: "Eu quero ser atendido". Todas as pessoas que trabalham com o paciente podem fazer o encaminhamento, além do próprio psicólogo. A tarefa do psicólogo é estar pelas diferentes unidades e olhando para o doente, sabendo assim quais são os casos que irá atender.

Sendo assim, o que levou a pesquisadora a este problema de pesquisa, foi a possibilidade de poder caracterizar os usuários do Serviço de Psicologia, constituindo dados quantitativos importantes ao levantamento de necessidades e delineamento de programas e procedimentos de atuação, bem como, fonte de conhecimento e avaliação das intervenções realizadas pelos psicólogos e ou estagiários de psicologia.

Na literatura, autores como Camon (1994) e Romano (1999) apontam como fundamental a produção de estudos e pesquisas que norteiem os profissionais da saúde sobre a realidade dos pacientes hospitalizados, para que cada vez mais se tenha conhecimento dos tópicos de trabalho num contexto hospitalar. Encontra-se embasamento teórico para se enfatizar a importância da escolha deste tema nas idéias de Freitas (1980 apud CAMPOS, 1995, p.46), que explica: "as reações de cada paciente são ditadas pelo seu mundo interno, pela sua história psicossocial e do seu contexto familiar". Segundo o autor em referência há uma série de fatores que podem determinar dinamicamente formas de estar doente.

Complementando as idéias de Freitas (1980 apud CAMPOS, 1995), pode-se ainda destacar a opinião de Foucault (1975 apud CAMPOS, 1995, p.49) que enfatiza: "a doença 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". É certo então considerar que apesar dos problemas de cada paciente serem diferentes, cada um tem sua própria bagagem pessoal, sua originalidade e, apesar de todos estarem inseridos numa mesma sociedade, as sensações de cada um devem ser consideradas na sua individualidade.

Encontra-se em Campos (1995, p.50), argumentos que reforçam as idéias já mencionadas em parágrafos anteriores:

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 socioeconômicas. Neste sentido, o

conhecimento do doente vai além do entendimento da doença, pois vai abranger a pessoa como um todo, sua história de vida, suas aspirações, seus medos, enfim, a sua vida e seu modo de adoecer.

É com o raciocínio de que a Psicologia Hospitalar está em desenvolvimento e indo ao encontro das idéias de Camon (1994), que considera como uma das atribuições do psicólogo hospitalar a busca de informações sobre a história do paciente, lembrando sempre que o diagnóstico, o prognóstico e técnicas de intervenção só terão importância ao se considerar que não se trata só de doenças, mas sim, de pessoas doentes, e que nesse sentido, desconhecer a história da pessoa equivale a negligenciar o próprio sentido do trabalho do psicólogo dentro do hospital é que nesta pesquisa se propôs a investigação do problema: **Quais são as características dos usuários atendidos pelo Serviço de Psicologia de um hospital no Sul do Brasil?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os usuários atendidos pelo Serviço de Psicologia de um hospital no Sul do Brasil.

1.2.2 Objetivos Específicos²

- a) Identificar as características pessoais, enquanto gênero e idade, dos usuários do Serviço de Psicologia;
- b) Levantar informações referentes ao ambiente hospitalar, tais como, unidade de internação, patologia e etapa hospitalar, dos usuários do Serviço de Psicologia;

2. Conforme consta no ANEXO A - Ficha de Prontuário do Serviço de Psicologia do Hospital de Caridade.

c) Descrever o tipo de atendimento psicológico e o estresse psicológico dos pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia.

1.3 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha deste tema pela necessidade de se criar um ambiente rico de informações, que possibilite aos psicólogos e estagiários o acesso a dados relevantes sobre os pacientes, bem como, a de seu ambiente de trabalho. Em um ambiente hospitalar devido a correria de toda a equipe multidisciplinar que comporta médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, onde esses profissionais nem sempre conseguem trocar informações a respeito dos pacientes, se torna importante uma pesquisa científica como esta, onde se poderá verificar dados que às vezes passam despercebidos e que poderão alterar todo um contexto de trabalho. Além disso, a pesquisa pode possibilitar a construção de registros do percurso da psicologia no hospital pesquisado, favorecendo a divulgação do Serviço de Psicologia e a familiarização dos estagiários que entram no Serviço.

Assim, afirma Cury (2005, p.26):

Na hospitalização, o paciente perde a sua individualidade, sente uma brusca ruptura com seu cotidiano, sente-se agredido pela rotina hospitalar e seu horário rígido, o que acaba por levá-lo ao conhecido processo de despersonalização. Ainda hoje, em muitos hospitais, há uma descaracterização do paciente com tendências a identificá-lo pelo número de seu leito ou mesmo pela sua doença, trazendo uma sensação de perda de identidade e autonomia. As várias técnicas diagnósticas cada vez mais modernas, fazem com que se sinta manipulado, invadido, sem muita oportunidade de opinar em seu próprio corpo ou tratamento, ao mesmo tempo em que se evidencia um grande distanciamento do médico.

Sendo assim, para uma melhor organização e efetivação da assistência prestada aos pacientes hospitalizados, faz-se necessário um conhecimento integral desses indivíduos. O presente estudo configurando-se como um instrumento que poderá auxiliar no conhecimento do perfil dos usuários, sinalizando a busca de caminhos para uma melhor atenção aos pacientes, propõe-se também, nortear os psicólogos, estagiários e a quem tenha interesse de saber sobre a população freqüentadora de um Serviço de Psicologia, para que se possa mapear as necessidades emergentes do contexto hospitalar.

Acredita-se também que esse estudo trará benefícios para usuários de Serviços de Psicologia Hospitalar, pois poderá propor a organização de dados e desta forma oportunizar um atendimento mais adequado. Também poderá proporcionar aos pacientes intervenções mais eficazes, devido ao fato dos profissionais poderem conhecer melhor o ambiente onde estarão atuando.

Cabe ressaltar que ao pesquisar junto aos TCCs produzidos pelos alunos de Psicologia da Unisul, e ao resgatar documentos no Serviço de Psicologia do hospital pesquisado, constatou-se que até o presente momento não foram realizados trabalhos semelhantes ao proposto nesta pesquisa. Assim, busca-se contribuir para a formação de profissionais competentes e seguros de suas intervenções.

A relevância social desta pesquisa está relacionada à importância de sistematizar informações de atendimentos psicológicos, facilitando a obtenção de informações a cerca da vida do paciente em seus diferentes aspectos. Como nos alerta Cury (2005, p.23), o paciente é um ser biopsicossocial, ou seja, “ele está doente e existe um desequilíbrio biológico, há uma estrutura de personalidade, ansiedade em face da doença e ele está inserido em um contexto familiar, social e de trabalho”.

Como relevância científica, justifica-se a escolha deste tema, que refere-se à caracterização dos pacientes hospitalizados e que foram usuários de um Serviço de Psicologia, pois, poderá auxiliar na implantação da Sistematização desses Serviços no direcionamento das disciplinas curriculares para esta temática, como também, poderá servir de fonte de dados para futuras pesquisas, sendo suporte para estudantes e profissionais da área da saúde no processo de intervenção hospitalar, já que tais profissionais poderão contar com dados específicos sobre cada paciente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRIA DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Para Ebling (2008), o trabalho do psicólogo no hospital teve seu início através do pioneirismo de Mathilde Neder, que atuava preparando crianças para cirurgia de coluna, na

então Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1954. A autora ainda destaca que Belkiss Romano, que trabalha desde 1974 no Instituto do Coração de São Paulo (Incor), onde organizou e implantou o Serviço de Psicologia é outro nome importante na construção desta área de atuação, que vem contando com um aumento muito grande de profissionais, demonstrando a demanda e o reconhecimento da contribuição do psicólogo nas instituições de saúde.

Em fins da década de 50 e durante toda a década de 60 no Brasil, a Psicologia foi progressivamente entrando no contexto hospitalar, segundo Chiattonne (2000), respondendo às novas tendências que evidenciavam a necessidade de expansão do saber biopsicossocial na compreensão do fenômeno da doença, visando modificar as concepções habituais, cristalizadas pelo modelo biomédico.

Neste contexto, a doença passou a ser considerada, segundo Camon (1995), como um estado de crise agravado pela hospitalização, interferindo diretamente sobre o estado emocional do indivíduo, refletindo em seu desequilíbrio total. A partir de então, o objetivo primordial da atuação de psicólogos no âmbito hospitalar é de minimizar o sofrimento gerado pelo adoecimento e a hospitalização, evitando as possíveis seqüelas emocionais dessa vivência.

Deste modo, de acordo com Chiattonne (2000), a Psicologia Hospitalar desenvolveu-se no Brasil, na década de 60, mediante diversas tentativas de fundamentação teórica através do exercício descritivo de tarefas, segundo tendência generalizada nas primeiras publicações científicas. Passando a fase inicial, a Psicologia Hospitalar vem evoluindo no sentido de um refinamento teórico, na construção de um novo saber e da definição de uma identidade profissional mais segura.

Na visão de Fossi e Guareschi (2004), contrapondo as idéias de Chiattonne (2000), na década de 1980, a instabilidade econômica do país gerou um mercado de trabalho saturado de profissionais liberais na psicologia e uma baixa nas ofertas de emprego. Tal situação econômica se fez presente no início da trajetória profissional de psicólogos que iniciaram então, sua atividade profissional em hospitais. No entanto, segundo as autoras, pouco se sabia sobre o psicólogo hospitalar, suas funções não haviam sido preestabelecidas, e ainda não existiam muitos estudos teóricos sobre o tema. Assim, afirmam Fossi e Guareschi (2004, p. 33-34):

A motivação para o desenvolvimento de um trabalho comprometido com a demanda também decorre do âmbito do conhecimento e da formação específica do profissional, o que sugere um despreparo por parte dos profissionais recém

formados, sendo necessária a ampliação dos conhecimentos adquiridos na graduação.

No dizer das autoras Fossi e Guareschi (2004), os psicólogos inseriram-se nesse contexto considerando as necessidades da instituição relacionadas à psicologia. No entanto, a demanda hospitalar não era unicamente clínica, mesmo levando-se em conta que esta prática tenha sido o marco da afirmação profissional do psicólogo. Portanto, questões relativas ao funcionamento institucional mereceram a atenção do profissional da psicologia, proporcionando uma escuta que transcende a clínica. O surgimento de uma área nova dentro da psicologia suscitou como afirmam Fossi e Guareschi (2004, p. 33), “a utilização de recursos técnicos e metodológicos de diversas áreas do saber psicológico, não se restringindo apenas a clínica, mas também a organizacional, social e educacional”. Assim, foi se criando um conhecimento mais específico sobre essa nova área, possibilitando uma maior união entre o psíquico e o biológico, dentro do contexto hospitalar.

Nesse ponto, cabe ressaltar que frente à inexistência de um paradigma claro para a Psicologia Hospitalar como afirmam Camon (1995) e Chiattonne (2000), muitos psicólogos acabaram por tentar transpor ao hospital o modelo clínico tradicional aprendido. Com isso, em um primeiro momento, muitas experiências foram malsucedidas, pois esses novos profissionais acabaram por distanciarem-se da realidade institucional.

No Brasil, no entanto, essa especialidade entrou em cena mais recentemente, com a inauguração de alguns poucos cursos em nível de pós-graduação. Para Camon (1995, p. 16), “apenas recentemente a prática institucional mereceu preocupação dos responsáveis pelos programas acadêmicos em Psicologia”. O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), instituiu o Título de Especialista em Psicologia, no ano de 2000 através da resolução nº 014/2000 que foi revogada pela resolução nº 013/2007 (CFP, 2007). As especialidades a serem concedidas são: – Psicologia Escolar / Educacional – Psicologia Organizacional e do Trabalho – Psicologia de Trânsito – Psicologia Jurídica – Psicologia do Esporte – Psicologia Hospitalar – Psicologia Clínica – Psicopedagogia e Psicomotricidade. Para habilitar-se ao Título de Especialista e obter o registro, o psicólogo deverá estar inscrito no Conselho Regional de Psicologia há pelo menos 02 (dois) anos e atender a um dos requisitos: – ter certificado ou diploma de conclusão de curso de especialidade conferido por instituição de ensino superior, legalmente reconhecida pelo Ministério da Educação – ter concluído curso de especialização, obtido através de Sociedades e Associações Nacionais credenciadas pelo CFP – ter sido aprovado no exame teórico e prático, promovido anualmente pelo CFP e comprovar prática profissional na área por mais de 2 (dois) anos.

A Psicologia Hospitalar passou por uma série de transformações no caminho de seu desenvolvimento e sua estruturação, com a regulamentação do título de especialista, a Psicologia Hospitalar deixa de ser uma prática oficiosa para ser uma especialidade reconhecida. Assim, o que se pode constatar é que os psicólogos estão definindo o lugar da Psicologia no contexto dos hospitais. Esse lugar, conforme Speroni (2006, p.94), “consiste essencialmente em um lugar de escuta, mas de uma escuta diferenciada e privilegiada, na medida em que é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos”. Para Camon (1995, p. 16) “é dentro da fé inquebrantável que o psicólogo adquire cada vez com mais nitidez um espaço no hospital a partir de sua compreensão da condição humana”. Além disso, é justamente nesses espaços e momentos de integração que a Psicologia vai fortalecendo seu lugar nesse campo institucional.

2.2 HOSPITALIZAÇÃO E ASPECTOS EMOCIONAIS

O impacto da hospitalização acarreta alterações no comportamento emocional do paciente ligadas principalmente a sua compreensão acerca da doença e as bruscas alterações em sua rotina de vida. O corpo humano é simbólico, de forma a configurar, segundo Figueira (1975 apud RIBEIRO, 2007), dimensões biológica, psíquica, social e cultural. Desta forma, conforme Ribeiro (2007), quando se adoecer não é apenas uma estrutura concreta que está insusceptível, mas uma série de atributos, funções identidades, significações e propriedades representacionais. Compreender a influência dos aspectos emocionais em situações de doença e hospitalização pressupõe, antes de tudo, aceitar a relação intrínseca existente entre as funções psíquicas e fisiológicas do ser humano.

Penna (1992) destaca que a maior parte dos pacientes hospitalizados consegue uma boa resolução emocional desta fase de crise vivencial, no entanto, muitos pacientes podem sucumbir emocionalmente frente à doença, prendendo-se a sentimentos negativos, o que intensifica ainda mais o processo de regressão emocional. Por isso, deve-se levar em conta, no contexto de hospitalização, o significado particular que o indivíduo guarda sobre a doença e a internação. Assim, é importante considerar que o adoecer orgânico pode gerar um adoecer psíquico e que, como declara Penna (1992, p. 362), “a resolução favorável, ou o adoecer psicológico, resultantes da experiência de estar doente, depende, pois, de forças de

equilíbrio dinâmicas e inter-reagentes entre: estrutura emocional, recursos adaptativos e realidade externa”.

De acordo com Ribeiro (2007), ressalva-se que a maneira com que o sujeito irá lidar com a hospitalização bem como a representação que fará da própria doença são diretamente influenciadas por inúmeros aspectos de sua vida particular, tais como o gênero, seu contexto social, econômico e cultural, além dos aspectos psicológicos envolvidos, sua história de vida e expectativas, assim como seu estado de saúde atual e a gravidade da doença que ocasionou a internação. Somados a esses fatores próprios do paciente, tem-se as condições do ambiente que o acolhe, as características da equipe que o atende, assim como a rede de relações que se estabelece.

Neste sentido, Penna (1992, p. 362) reforça:

É necessário compreender a doença e a hospitalização na significação particular e específica que tem para cada indivíduo e de cuja configuração fazem parte fatores genéticos, psicodinâmicos e experiências pregressas com o adoecer, em si e em outras. Mas a subjetividade do paciente hospitalizado depende também dos vetores que sobre ela incidem no contexto do sistema em que se insere (por ex., o contato com profissionais, o sistema administrativo de onde fluem as ações de saúde, etc.).

Quando se fala em paciente hospitalizado, Camon (1995, p. 18) evidencia que “muitos processos de hospitalização têm o reequilíbrio orgânico prejudicado devido ao processo de despersonalização do doente”, que, sentindo-se desqualificado existencialmente, pode concomitantemente, muitas vezes, abandonar seu processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional. Portanto, para o autor, a busca pela minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, requer a abrangência não apenas da hospitalização em si, em termos específicos de patologia, mas principalmente das seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização. Cury (2005), também enfatiza que não se devem excluir os processos emocionais e sociais na tentativa de compreender e diagnosticar a doença, desde sua instalação até o seu desenvolvimento. Assim, de acordo com Cury (2005, p.18):

Nos idos do século XVIII, a medicina manteve uma visão dualista quando assumiu, sob influência do modelo filosófico analítico que o corpo e mente eram identidades separadas. Atualmente, observa-se uma mudança nesse modelo, uma vez que sabemos que experiências tencionais da vida diária ajudam no desenvolvimento de doenças crônicas e agudas. Do mesmo modo, uma doença física está frequentemente associada à distúrbios emocionais e psicológicos que, se não tratados, podem contribuir para seu agravamento e até sua cronificação.

Pode-se também dizer, de acordo com Cury (2005), que é ilusório pensar que o tratamento é sempre visto pelo paciente como uma experiência benéfica e desejável, pois a literatura evidencia amplamente que tratar a doença implica uma série de ameaças: à integridade física, à auto-imagem (principalmente no caso de cirurgias mutiladoras), ao equilíbrio emocional e ao ajustamento a um novo meio físico e social.

Para Cury (2005), o medo da invalidez permanente que o paciente sofre, com a possibilidade de ter que depender do outro, traz importante alteração em relação a sua auto-imagem, além da percepção de ser vulnerável e finito. Na concepção de Cury (2005, p.26), “o medo da dor física, da anestesia em caso de cirurgia e de retornar para casa após a hospitalização trazem conseqüências para seu estado emocional”. O período de hospitalização incita o paciente a passar por um processo de reavaliação de vida e valores, tornando-o mais introspectivo.

A internação caracteriza-se, portanto, como 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. Camon (1995, p.26) destaca que ao contrário do paciente de consultório que mantém seu direito de opção em aceitar ou não o tratamento e desobedecer à prescrição, o doente hospitalizado perde tudo: “sua vontade é aplacada; seus desejos coibidos; sua intimidade, invadida; seu trabalho é interrompido; seu mundo de relações rompido.” Neste contexto, o paciente deixa de ser sujeito e passa a ser apenas um objeto da prática médica hospitalar, tendo suspensa sua individualidade, transformando-se em mais um leito, em mais um caso a ser contabilizado.

O aparecimento de uma doença faz com que muitos pacientes enfrentem a perda de um corpo saudável e ativo. Para muitos deles, o mau funcionamento orgânico configura-se como a perda da autonomia e da capacidade de agir com independência. Desta forma, como afirmam Santos e Sebastiani (1996), o paciente, sentindo-se obrigado a manter-se hospitalizado, submetendo-se, às vezes, a tratamentos rigorosos, passa a lidar também com restrições alimentares, sociais, econômicas, de lazer e profissionais. O hospital assume, então, uma função separadora, representando uma alteração da rotina habitual do paciente, que se vê afastado de sua família. Essa experiência, conforme Ribeiro (2007), pode ser geradora de intensa ansiedade, na medida em que o sujeito se encontra numa situação de suscetibilidade e dependência do meio hospitalar. Para Campos (1995, p. 32), 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-lhes roupas, pijamas [...], decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente”.

Na visão de Cury (2005), geralmente o que se observa quanto as possíveis reações emocionais do paciente é que ele fica passivo ou agressivo, argumenta sobre aspectos que parecem ter pouca importância, muitas vezes tenta se impor ao que está sendo realizado, podendo manifestar raiva ou se deprimir durante o processo. No entanto, convém lembrar que essas reações podem ocorrer, na maioria das vezes, pela dificuldade em aceitar não só a sua doença, mas todo o processo de hospitalização e tratamento.

Campos (1995, p. 64-65), considera que o paciente hospitalizado necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia, esclarecendo que isto 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 em decorrência da ameaça que o indivíduo sente pela quebra da rotina, ou pela intervenção cirúrgica ou medicamentosa. A autora argumenta que surge então o medo de incapacidade ou morte, como a ameaça à sua integridade física, ou seja, o paciente toma contato com sua limitação, com sua dependência e sua impotência, o que muitas vezes pode promover seu crescimento emocional, fazendo-o encarar a doença como uma tentativa de reequilíbrio.

Na concepção de Campos (1995, p.69):

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.

A doença, de certa forma, pode sinalizar a mortalidade do indivíduo, a finitude do corpo e a falta de controle total sobre tal circunstâncias, caracterizando-se, então, como uma situação de fraqueza e dependência, por parte do paciente. Por ser um acontecimento inesperado, Botega (2002) defende que o processo de adoecimento e hospitalização quebra a linha de continuidade da vida do indivíduo, das funções desempenhadas por ele na sociedade e da previsibilidade aparente que cada pessoa guarda sobre seu futuro. O autor ainda reforça que o surgimento de uma doença pode fazer com que o enfermo sinta que deixou de ser dono de si, tornando-se escravo de seu próprio corpo e do tempo. “A maneira de a pessoa reagir a essa situação depende de muitos fatores: de sua personalidade, de sua história, de suas crenças, de seu estado emocional, do apoio que possa receber e aceitar e do tempo” (BOTEGA, 2002, p.43). Destacam-se também, entre os múltiplos fatores: a organização de capacidades defensivas, a interpretação que a pessoa faz do que lhe está acontecendo, a forma

como vivencia a doença e a situação de internação, a capacidade de tolerar frustrações, as vantagens e desvantagem advindas da posição de doente, os projetos de vida e as relações que estabelece consigo mesmo, com seus familiares/cuidadores e com a equipe de saúde. Além disso, deve-se considerar a cultura em que o indivíduo está inserido, a qual determina uma certa representação da doença (JEAMMET, 1982; ROMANO, 1999).

Para Santos e Sebastiani (1996) a enfermidade se coloca como uma situação estressante para o paciente, na medida em que pode implicar em diferentes ameaças e representar uma demanda que exceda seus recursos internos e externos para enfrentá-la. Estas ameaças podem estar relacionadas com a própria vida do indivíduo e seus temores da morte, com sua integridade física e psicológica, com seu funcionamento e conforto corporal, com a realização das suas atividades cotidianas, bem como a fantasias sobre o que está acontecendo. O medo e a ansiedade decorrentes de uma doença seja ela aguda ou crônica, de acordo com estes autores, pode se tornar extremo, quando o doente não tem clareza sobre a doença e recursos disponíveis para enfrentá-la.

De acordo com Lazarus (1976, apud BOTEGA, 2002), as pessoas podem ser divididas em duas grandes categorias na maneira como enfrentam as doenças: “orientadas para o problema” ou “orientadas para a emoção”. As primeiras, ao lidarem com situações de doença, “tenderão a buscar informações, procurarão trocar idéias com médicos, amigos, grupos de auto-ajuda a fim de alterarem suas concepções, seus hábitos e as características do ambiente em que vivem”. Tudo isso com a finalidade de reassumirem o controle de suas vidas, tornando as conseqüências da doença mais toleráveis. As segundas “estarão mais preocupadas em lidar com suas emoções, reduzindo-lhes o impacto. Terão mais dificuldades para se focalizar em alternativas cognitivas”. Esses pacientes “responderão mais ‘emocionalmente’, usarão mais mecanismos de defesa, sentirão mais desesperança, desamparo e depressão, necessitando de estratégias de apoio psicológico vindas da família, de amigos e da equipe assistencial” (LAZARUS, 1976, apud BOTEGA, 2002, p. 49).

Segundo Jeammet (1982), a hospitalização e a doença comportam, indiscutivelmente, um golpe na integridade do indivíduo e um obstáculo ao exercício normal de sua vida, fatos que podem gerar insegurança permanente, acarretando desgaste e estresse emocional. Pode-se dizer, buscando fundamentação em Botega (2002, p.44), que a doença imobiliza e congela a existência do indivíduo, afetando profundamente as relações do mesmo com o mundo ao seu redor e as interpretações que faz dos acontecimentos: “há uma interrupção da continuidade existencial e da referência temporal”. A doença coloca o tempo em suspensão, dificultando a conexão do paciente aos acontecimentos passados e futuros.

Suas preocupações passam a se restringir ao processo de adoecimento e ao seu estado corporal, desinteressando-se pelo mundo externo e pelos fatos alheios ao sofrimento decorrentes da enfermidade (BOTEGA, 2002).

Portanto, a doença traz consigo significados e sentimentos que interferem, alteram e determinam seu curso. Para Romano (1999) a existência de um lado inconsciente, que gera conflitos, queixas, altera reações e habilidades, interfere na tomada de decisões, na adesão ao tratamento e pode complicar ou reduzir a eficácia terapêutica de diferentes tratamentos. Segundo Camon (1995), o indivíduo, quando hospitalizado, sofre um processo de despersonalização, passando a ser tratado não como um sujeito, não pelo próprio nome, mas sim como um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia. Camon (1995, p. 16) afirma que o estigma de doente (paciente principalmente no sentido de sua própria passividade frente aos fatos e perspectivas existenciais) “irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas”. Deste modo, conforme Jeammet, Reynaud e Consoli (1982), torna-se necessário que o indivíduo faça uma reconstrução da sua imagem corporal, atualize seus conflitos afetivos que permaneciam em estado latente e reorganize os vínculos estabelecidos com seu grupo social, especialmente a família e a instituição de saúde.

Na visão de Camon (1995), o paciente ao ser hospitalizado deixa de ter significado próprio para significar a partir dos diagnósticos da sua patologia. Sebastiani (1984, apud CAMON, 1995, p.17) coloca que a pessoa deixa de ser “o José ou Ana, etc., e passa a ser o ‘21A’ ou o ‘politraumatizado de leito 4’, ou ‘a fratura de bacia de 6º andar’, [...] essa característica, que notamos em grande parte das rotinas hospitalares, tem contribuído muito para ausentar a pessoa de seu processo de tratamento exarcebando o papel de paciente”.

Camon (1995, p. 17) enfatiza:

A despersonalização do paciente deriva da fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos que, além de abordarem a pessoa em sua amplitude existencial, fazem com que apenas um determinado sintoma exista naquela vida, ainda que circunstancialmente assistamos cada vez mais o surgimento de novas especialidades que reduzem todo o espaço vital de uma determinada pessoa a um mero determinismo das implicações de certos diagnósticos, que trazem em seu bojo, além de signos, estigmas e preconceitos, toda uma carga de abordagem e confrontos teórico-práticos que fazem da pessoa portadora de determinadas patologias alguém que, além da própria patologia, irá necessitar de cuidados complementares para livrar-se de tais estigmas e signos.

Camon (1995) considera o processo de despersonalização como um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada e que o psicólogo ao trabalhar no sentido de estancar esse processo, estará ajudando na humanização do hospital. Para isso, afirma Camon (1995, p. 18), um trabalho de reflexão envolvendo toda a equipe de saúde é fundamental para fazer com que o hospital “perca seu caráter meramente curativo para transformar-se numa instituição que trabalhe não apenas com a reabilitação orgânica mas também com o restabelecimento da dignidade humana”.

2.2.1 Estresse Psicológico

A hospitalização, em qualquer indivíduo, tem repercussões no seu estado emocional, já que o afastamento de seu meio, de seu cotidiano, do seu trabalho e de sua família já produz por si só conseqüências importantes.

Como explica Cury (2005, p. 30):

Nem sempre o que é dito ao paciente fica retido em seu consciente. Observamos com freqüência que é necessário repetir muitas vezes algumas informações para que ele possa retê-las na memória. Esta reação está relacionada com o estresse gerado pela doença e com o foco da situação que ele passa no momento de nossa abordagem. Concluindo, saber escutar e observar requer o conhecimento de todas as variáveis da situação e o controle delas, sem esquecer o seu objetivo.

Camon (1995, p. 17) coloca que embora se considere que o passado de uma pessoa poderá influenciar não apenas em sua conduta, bem como, em sua recuperação física, “a situação de hospitalização será algo único enquanto vivência, não havendo a possibilidade de previsão anterior à sua própria ocorrência”. O simples fato de estar hospitalizado faz com que “a pessoa adquira os signos que irão enquadrá-la numa nova performance existencial e até mesmo seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo, [...] seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença” (CAMON, 1995, p.17).

Para Gala e Bressi (1997, apud BOTEGA, 2002), a enfermidade transforma o homem de sujeito de intenções para sujeito de atenção. A entrada em um hospital, motivada por uma doença, torna esse impacto ainda mais dramático. Strain (1978, apud BOTEGA, 2002, p.44) postula oito categorias de estresses psicológicos a que está sujeito o paciente

hospitalizado por uma doença aguda, tendo por base as fases psicodinâmicas do desenvolvimento:

- 1. Ameaça básica à integridade narcísica:** quando são atingidas as fantasias onipotentes de imortalidade, de controle sobre o próprio destino e de um corpo indestrutível. Nesta categoria podem emergir fantasias catastróficas, com sensação de aniquilamento, impotência e pânico.
- 2. Ansiedade de separação:** não só de pessoas significativas, mas de ambientes, estilo de vida e objetos.
- 3. Medo de estranhos:** em ambiente hospitalar, o paciente coloca sua vida e seu corpo em mãos de pessoas que lhe são estranhas, cuja competência e intenção ele desconhece.
- 4. Culpa e medo de retaliação:** acredita que a doença representa um castigo por pecados e omissões.
- 5. Medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento:** como a fala, o controle dos esfíncteres e dos movimentos, etc.
- 6. Perda de amor e de aprovação:** surge de sentimentos de autodesvalorização gerados pela dependência a amigos e familiares, pela sobrecarga financeira, do aspecto físico doentio, etc.
- 7. O medo da perda de, ou dano a, partes do corpo:** mutilações ou disfunções de membros e de órgãos que alteram o esquema corporal, são perdas equivalentes à de uma pessoa muito querida.
- 8. O medo da morte e da dor:** frente à possibilidade da finitude e do sofrimento.

Segundo Penna (1992, p. 367), a capacidade que o paciente tem de lidar com o esquema de conflitos básicos proposto por Strain “dependerá de como ele se adaptou às demandas geradas por essas etapas de desenvolvimento quando criança”. Para Botega (2002, p.45) “os pacientes reagem diferentemente às doenças e à internação hospitalar e os fatores que determinam respostas individuais a tais condições não são conhecidos em sua totalidade”. Entretanto, segundo o autor, “o significado pessoal e subjetivo que a doença física desperta parece ser o fator fundamental, modulado por características de personalidade, por circunstâncias sociais e pela própria natureza da patologia e de seu tratamento” (BOTEGA, 2002, p. 45).

Na visão de Penna (1992, p. 362):

As vivências das vicissitudes de uma doença e de uma hospitalização evocam, além de medos, ansiedades e depressão, certos conflitos emocionais reprimidos, ligados ao self e às relações objetais. A partir daí, são acionados mecanismos psicológicos homeostáticos (adaptativos), que visam mobilizar recursos emocionais capazes de lidar com a situação estressora, de modo a manter um equilíbrio interior.

Para Botega (2002), as reações de ajustamento constituem um grupo de transtornos frequentes entre pacientes hospitalizados, destacando-se entre eles a ansiedade e/ou depressão e os transtornos associados à história pregressa de problemas emocionais e sociais. O padrão mais comum de sintomas, de acordo com o autor, é de natureza indiferenciada, abrangendo uma combinação de preocupações excessivas, ansiedade, depressão e insônia. No caso de doenças agudas, como infarto do miocárdio, a ansiedade surge primeiro, dentro de dois ou três dias, principalmente quando não se tem certeza do diagnóstico e da evolução do quadro clínico. Sintomas depressivos aparecem posteriormente e podem durar semanas. “Geralmente os sintomas são transitórios, melhoram com apoio psicológico e boa comunicação, [...] em alguns casos, os sintomas persistem por mais tempo, atingindo níveis de gravidade compatíveis com critérios diagnósticos para **episódio depressivo**” (BOTEGA, 2002, p. 45, grifo do autor).

Os mecanismos psicológicos de adaptação à doença e à hospitalização podem ser estudados, conforme sugere Botega (2002, p. 45, grifo do autor), “sob as vertentes psicodinâmica (mecanismos de defesa), fisiológica (estresse) e cognitiva (**locus de controle, coping**)”. A imagem que o paciente faz da doença e de seu tratamento deve ser pesquisada em seus elementos concretos e subjetivos. Para este autor, o terapeuta deve procurar, junto com o paciente, tornar situações ameaçadoras mais seguras e auxiliar no reconhecimento e na expressão dos sentimentos vivenciados, compreendendo-os e prestando apoio psicológico. É fundamental que o paciente receba informações quando necessitar e tiver condições de compreendê-las, como por exemplo, as explicações sobre a natureza e a razão dos procedimentos a que é submetido.

Penna (1992, p. 364) considera que a escassez de publicações brasileiras referentes a uma teoria geral do adoecer e a psicoterapia com pacientes hospitalizados ocasionou “a transposição (desastrosa) do modelo psicanalítico para dentro dos hospitais, ao invés da utilização da escuta psicodinâmica”. No entanto, segundo a autora, “é possível ter uma avaliação do distúrbio emocional em evidência, de suas raízes psicodinâmicas, de como reflete nas relações interpessoais, e fazer intervenções apropriadas com propósitos bem definidos”. Na concepção de Penna (2002), perceber se o paciente se ajustou melhor à doença ou à hospitalização, ou se melhorou seu relacionamento com a equipe médica, além de não ser difícil, não depende apenas de uma avaliação subjetiva, pois todos percebem. Os relatos do alívio de medos, ansiedades e depressões são feitos diretamente pelo próprio paciente e indiretamente por médicos e familiares. A autora esclarece que na relação terapeuta-paciente, eventualmente é possível registrar mudanças psicodinâmicas mais extensas; as mais

duradouras, no entanto, só podem ser avaliadas com programas de acompanhamento específicos que permitam mensurar critérios de cura.

2.3 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

As funções do psicólogo hospitalar estão dirigidas à melhora da qualidade dos cuidados ao paciente e à sua família e a favorecer o apoio à equipe de saúde. Sebastiani e Chiatone (1991) afirmam que o psicólogo não está apenas atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim, à busca da visão ampla possível de quem é e como está o paciente frente ao seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento, tendo como o principal objetivo resgatar a visão do indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocioespíritual. Neste contexto, Campos (1995, p.79) argumenta que o psicólogo deve ir ao encontro do paciente e não apenas esperar que um outro profissional o encaminhe, pois com seu preparo e sensibilidade, deve também detectar os pacientes que deverão ser acompanhados.

Conforme Wilton (2007), pensar a atuação do psicólogo nas unidades hospitalares, principalmente nas instituições públicas de saúde não é uma tarefa muito fácil. O tempo de atuação desse profissional nessas instituições é relativamente pequeno, há um contingente reduzido de profissionais atuando na área e inexistem pesquisas mais sistemáticas sobre a atuação do psicólogo nesse campo específico de trabalho. Na opinião de Cury (2005), mesmo havendo atualmente um maior número de profissionais atuando na área hospitalar, ainda persistem algumas dificuldades tais como a própria inserção do psicólogo na unidade institucional, como também as deficiências de referencial teórico, inclusive durante a formação, que o habilite a atuar nessa área. A autora ainda destaca que muitas universidades não têm, até agora, em sua grade curricular a área da psicologia hospitalar. Com a atualização das Diretrizes Curriculares aprovadas no início de 2004, acredita que gradativamente esse aspecto irá se modificar.

Desde o dia 12 de abril de 2004, os psicólogos de todo o Brasil têm motivos para comemorar. Passaram a vigorar a partir desta data as novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Psicologia, conquista de extrema importância para a categoria. O ministro da Educação, Tarso Genro, homologou o parecer 0062/2004 da Câmara de Ensino Superior do

Conselho Nacional de Educação - CNE, aprovando o projeto de resolução que instituiu as mudanças curriculares. Entre as principais mudanças as novas Diretrizes definem a identidade e garantem a homogeneidade do curso no país, preparando o aluno para a análise do campo de atuação profissional e de seus desafios. Elas também contemplam uma formação ampla do psicólogo, respeitando a multiplicidade das concepções teóricas e metodológicas, assim como a diversidade de suas práticas e contextos vários de atuação. As Diretrizes definem eixos estruturantes ao redor dos quais os cursos de Psicologia devem se articular. Elas permitirão, entretanto, que cada instituição organize, em seu curso, subconjuntos de competências e habilidades, definindo domínios da Psicologia que concentrarão atividades, estudos e estágios. Cada curso poderá definir e criar outras ênfases atendendo a abrangência da área e as inúmeras possibilidades de avanço do conhecimento e ação psicológicos. “As Diretrizes estão baseadas no conceito mais atual de competências e habilidades”. Avançam nesse sentido, do conceito de conteúdos e especificidades para um conceito mais amplo que dá direção a seguir e não um caminho único. “O texto é moderno, coerente com os desenvolvimentos recentes nacionais e internacionais em várias áreas do conhecimento”, avalia Hübner (Ministério da Educação. CNE, 2004).

As Diretrizes ressaltam a importância do conhecimento científico e da pesquisa na formação do psicólogo. A Psicologia tem assumido a responsabilidade de ocupar novos campos de atuação, diversificando sua inserção e interlocução com outras áreas do conhecimento. Para Chiatonne (2000), a formação acadêmica, portanto, deve ser pautada pelo compromisso social, caminhando cada vez mais para além dos espaços individuais de atendimento psicológico, formulando propostas de intervenção a partir da realidade social na qual a pessoa se insere. Entre os setores emergentes que buscam atender às necessidades sociais e à produção de novos conhecimentos, está a Psicologia Hospitalar que, segundo Chiatonne (2000), constitui-se fundamentalmente pela tríade assistência, pesquisa e ensino, o que não poderia deixar de ser na medida em que seu caminho foi trilhado da prática para a teoria, frente às especificidades da atuação de psicólogos nesse novo contexto institucional, a escassez de embasamentos teóricos e metodológicos na formação acadêmica geral e a, conseqüente, necessidade de implementação de formação especializada. Espera-se que com as novas Diretrizes os futuros psicólogos recebam subsídios teóricos que possam realmente embasá-los para a prática hospitalar.

Cabe mencionar que a organização curricular do curso de Psicologia da Unisul foi construída seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Psicologia do Ministério da Educação, Projeto Pedagógico Institucional da Unisul e o

Regulamento de Graduação e diretrizes dos projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação da Unisul, oriundas do projeto Transformação e Compromisso. “Constituiu-se como estratégias do Projeto Pedagógico para a estrutura curricular do curso, o formato dinâmico dos Núcleos Orientados e suas interfaces com os Estágios Básicos e Específicos, bem como, com o trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia”. O Núcleo Orientado tem o objetivo de proporcionar ao aluno a formação em uma área específica de investigação e intervenção em Psicologia (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, 2008, p. 13).

Desta forma, o Projeto Pedagógico, do curso de Psicologia da Unisul, propõe que os projetos de Núcleos Orientados contemplem espaços de interrelação das atividades de ensino, pesquisa e extensão, como uma forma de atender às diretrizes curriculares do MEC, pois a formação do psicólogo demanda a existência de “ênfases curriculares”, através da construção de espaços de formação concentrada, onde “o aluno desenvolve habilidades e competências correspondentes a um domínio específico da área da Psicologia (MEC, art. 10,11,12 14)”. Sua meta é aprimorar a qualidade de formação a ser proporcionada ao aluno, tendo como eixo norteador a integração do ensino, da pesquisa e da extensão. O contexto formal de viabilização das questões apontadas consiste na construção de três (3) disciplinas de oito (8) créditos, oferecidas nos últimos semestres do curso. “A organização do espaço pedagógico destas disciplinas deve se inspirar na estrutura de seminários orientados, prevendo amplas oportunidades de participação do aluno no andamento das atividades formativas”. As disciplinas de caráter teórico, que compõem o Núcleo Orientado, deverão estar articuladas às disciplinas de Estágio Específico em Psicologia e de Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. “Deste modo, os conteúdos aprofundados nos Núcleos servirão como apoio ao aluno em sua investigação, sendo seus resultados aplicados no contexto de projetos de extensão oferecidos ao campo de intervenção de seu estágio curricular supervisionado”, entrelaçando a pesquisa com os demais pilares da Universidade (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, 2008, p.15-18).

De acordo com as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia do MEC, os estágios curriculares consistem no conjunto de atividades formativas voltadas a consolidar competências e habilidades pertinentes a esse campo profissional. Divididos em duas modalidades distintas, o Estágio Básico e o Específico, que consistem em espaços formativos que se distinguem pelos objetivos a serem alcançados. “Enquanto nos Estágios Básicos o aluno desenvolve competências gerais da atuação do psicólogo, no Estágio Específico em Psicologia aprofunda uma determinada área de intervenção, consolidando um conjunto mais restrito de habilidades correspondentes a este campo”. Neste último caso, através do exercício

de ações profissionais supervisionadas, o aluno articula seu conhecimento com ações concretas na realidade, ampliando sua capacidade de inserção na área de atuação escolhida ao final do curso. Assim, o curso de Psicologia da Unisul visa “formar psicólogos, com visão abrangente, sustentada pelo pluralismo de saberes psicológicos e suas respectivas bases epistemológicas, capacitados para intervir nas diferentes áreas e campos da psicologia” (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA, 2008, p. 9-18).

O trabalho dos profissionais da psicologia no hospital é também lidar com sentimentos, pois o indivíduo, ao sair do contexto familiar, passa a assumir a condição de paciente, perdendo sua autonomia e independência. Para Alamy (2005), sua atuação deve ser dirigida para os problemas psicoafetivos decorrentes da doença e/ou da hospitalização, compreendendo a natureza do paciente, seus medos, dificuldades, limitações, desejos e esperanças, seja por meio da observação ou da linguagem. Conforme sugere Camon (1987), o psicólogo deve ter paciência para observar e ouvir a linguagem verbal e não-verbal dos pacientes, já que a sua presença real e participativa tem efeito terapêutico. Desse modo sua postura pode oferecer a possibilidade de confronto do paciente com seu sofrimento e angústia, na fase da hospitalização, visando à superação dos momentos de crise.

No hospital, ao contrário do paciente que procura pela psicoterapia após romper eventuais barreiras emocionais, a pessoa hospitalizada será abordada pelo psicólogo em seu próprio leito. E, em muitos casos, com esse paciente sequer tendo claro qual o papel do psicólogo naquele momento de sua hospitalização e até mesmo da vida (CAMON, 1994, p. 25).

Alamy (2005, p. 17) defende que na atuação hospitalar, o psicólogo deve observar os doentes, seus familiares, a ação das pessoas naquele lugar, informando-se do diagnóstico, do prognóstico e tratamento, grau de risco de vida, previsão do tempo de internação e cuidados especiais requeridos em cada caso, para, então, “planejar seu atendimento psicológico e suas técnicas auxiliares, pois, na maioria das vezes, não será o paciente a chegar no psicólogo, mas o inverso”. A autora esclarece:

Para exemplificar podemos imaginar o atendimento de um paciente com insuficiência renal crônica e compará-lo com o atendimento de um paciente oncológico. Seria possível atendê-los da mesma maneira? Claro que não, pois são patologias diferentes, com estigmas diferentes e conseqüências diferentes na vida do paciente. Cada patologia leva a uma repercussão única em cada paciente e em cada família considerando suas peculiaridades anteriormente existentes (ALAMY, 2005, p. 17).

Deve-se entender, segundo Camon (1995), o processo de hospitalização não apenas como um puro e simples processo de institucionalização hospitalar, mas, fundamentalmente, como um conjunto de fatores que decorrem desse processo e acarretam implicações na vida do paciente e de seus familiares, em decorrência disso, o psicólogo deve considerar que o paciente e a família precisam ser preparados para a internação. Também se faz necessário, conforme salienta Camon (1995), um período de tempo para a elaboração do processo, bem como, o esclarecimento ao paciente e à sua família sobre a doença, a hospitalização, a rotina hospitalar, o tempo provável de internação, dados do tratamento e o prognóstico. No dizer de Campos (1995, p. 68), 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”.

No hospital, o psicólogo atua, conforme Mota, Martins e Vêras (2006, p. 329), também em situações de crise e emergência, pois a pessoa hospitalizada passa por “novas situações de adaptação e mudança no seu dia-a-dia, quando se instalam muitas vezes regressões emocionais, negação da realidade, dependência, impotência, sentimentos que advêm da própria rotina de hospitalização do indivíduo”. O psicólogo tem por função, afirmam as autoras, entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia; “para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente e ajudá-lo a enfrentar esse difícil processo, bem como dar à família e à equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do momento de vida da pessoa enferma”.

Na concepção de Castro (2006), além de fazer diagnósticos e tratar pacientes, o psicólogo hospitalar que participa de uma equipe multidisciplinar também pode oferecer apoio e pautas de conduta aos familiares do paciente, colaborar com médicos no diagnóstico diferencial de sintomas cuja origem pode ser psicológica ou física, participar de programas de pesquisa, facilitar a adaptação emocional dos membros da equipe frente a situações altamente estressantes de vida e morte, ajudando, enfim, na tomada de decisões eticamente complexas que se contextualizam no campo hospitalar.

O vínculo entre o paciente e a equipe multidisciplinar tem de ser considerado na atuação do psicólogo. Na opinião de Fossi e Guareschi (2004), é indispensável que o psicólogo saiba detalhadamente das atividades desenvolvidas pelos demais profissionais, bem como os limites de cada um, possibilitando uma atuação integrada, com manejo único, evitando que a multidisciplinariedade corra o risco de fragmentação entre os setores, e consequentemente, a fragmentação do paciente. O relacionamento precário entre o paciente e

a equipe de saúde pode acarretar mais sofrimento do que o esperado para determinados quadros.

Fossi e Guareschi (2004), citam o prontuário como um exemplo do processo de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde, destacam ainda, que o discurso por parte dos psicólogos sobre o prontuário é de que este é o processo comunicacional mais importante entre os profissionais das diferentes áreas disciplinares de um hospital. Em alguns casos, posterior a esta forma de relação, através deste mecanismo de comunicação, podem ocorrer discussões sobre o manejo e o entendimento da demanda dos pacientes sobre o tratamento e questões relacionadas a sua internação. Desta forma, defendem as autoras, o trabalho das equipes multidisciplinares se tornará válido e enriquecedor para os usuários, considerando que cada profissional não só se responsabilize por sua área de atuação, mas que também se disponibilize a interagir com a equipe de saúde mantendo clareza e unidade nas informações, procurando assim, transmitir uma imagem homogênea do entendimento que a equipe multidisciplinar deverá ter sobre o estado de saúde do paciente.

A psicologia tem importância em todas as situações relacionadas à saúde do ser humano, afirma Campos (1995), e o psicólogo, como um profissional da promoção da saúde, deve atuar tanto na prevenção como no tratamento, visando um relacionamento humano saudável, procurando dialogar com o paciente, seus familiares e com a equipe multidisciplinar. Na visão de Campos (1995, p. 60), o trabalho do psicólogo 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”. Isso implica na necessidade que o psicólogo, assim como outros profissionais da saúde, tem de tornar-se consciente de sua própria responsabilidade, utilizando adequada e conjuntamente a tecnologia que possui, ao lado de sua participação pessoal. Para Campos (1995), no relacionamento com o paciente, além da prática do bom senso, também será de grande valia, para maior eficiência do tratamento, a utilização e o domínio de meios psicológicos, técnicos e científicos, que o psicólogo deve ter embasando sua prática. Na medida em que o psicólogo for realizando intervenções em situações e oportunidades variadas, estará desenvolvendo um estilo próprio de comunicação no relacionamento com o paciente, seus familiares e a equipe de saúde.

A atuação do psicólogo deve visar, conforme Campos (1995), o alívio do sofrimento do paciente, proporcionando o falar de si, da doença, da família, de seus medos, fantasias, enfim, esclarecendo suas dúvidas, esta atuação pode ser de modo individual ou em grupo, preparando o paciente para a hospitalização, exames, cirurgias e até mesmo para a morte. O ser humano nasce com a certeza de que vai morrer um dia, mas, como explica

Campos (1995, p. 64-65), “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, deve falar sobre a possibilidade da morte, não se ocultando ou negando os acontecimentos.

Pessini e Bertachini (2004), afirmam que o ambiente hospitalar gera insegurança e uma peculiar ansiedade, caracterizando-se quase sempre como um lugar de sofrimento e dor, de angústia e espera, quando não de desolação e desesperança. Neste caso, sugerem Mota, Martins e Vêras (2006), o psicólogo deve ir além da aparência, valorizando aspectos qualitativos dos fenômenos presentes na vida de cada paciente. Compreender o significado da vida no processo do cuidado inclui, para Mota, Martins e Vêras (2006, p. 328), “não somente atribuições técnicas do psicólogo, mas também capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele está em seu mundo, como desenvolve sua identidade e constrói a sua própria história de vida”.

Na visão de Mota, Martins e Vêras (2006, p. 328), o papel do psicólogo hospitalar será desenvolvido a partir do encontro com o paciente, no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela doença e conseqüente internação – “sua atuação envolve observar todos os aspectos ligados ao adoecer, o respeito aos temores, crenças e fragilidades dos pacientes e de seus familiares”. Para Cury (2005, p. 18), um dos objetivos do psicólogo que atua na área hospitalar é tentar minimizar o sofrimento do paciente e de sua família, enfatizando que o trabalho deve ser focal, “centrando-se no sofrimento e nas repercussões que o paciente sofre com a doença e a hospitalização, associado a outros fatores como história de vida, a forma como ele assimila a doença e seu perfil de personalidade”.

A assistência psicológica, dentro do hospital, conforme Campos (1995), busca o alívio emocional do paciente, dando oportunidade para que ele expresse suas emoções, descubra a melhor maneira de lidar com as limitações impostas pela doença e a hospitalização, ajudando-o a tratar/minimizar seu sofrimento. 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. Segundo Campos (1995, p. 78), “o psicólogo precisa avaliar como a doença está inserida na estrutura psíquica do paciente, 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”. Sabe-se que a doença pode provocar culpa, regressão e depreciação de si mesmo, marcando uma ruptura na história pessoal e como cada indivíduo tem uma história singular, viverá a hospitalização também de uma forma peculiar. Assim o

psicólogo terá de conhecer esses aspectos particulares, para poder dar a assistência necessária ao paciente (CAMPOS, 1995).

O psicólogo hospitalar deve se ocupar da compreensão e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecer. A doença não é algo que acontece aleatoriamente ao ser humano; é uma forma peculiar do indivíduo se expressar em circunstâncias adversas. De acordo com Cury (2005), para prestar assistência ao paciente, é preciso que se conheça a doença, sua evolução e seu prognóstico, além da rotina pela qual ele vai ser submetido. A autora considera que as informações passadas aos pacientes são importantes para diminuir a ansiedade, dirimir fantasias, desmistificar conceitos e idéias pré-concebidos, e que acompanhar a evolução do paciente quanto aos aspectos emocionais que a doença traz é certamente um dos objetivos do trabalho do psicólogo.

A prática nos mostra que o processo informativo ajuda o paciente a aumentar o controle da situação, diminuindo o medo e a ansiedade, facilitando a recuperação no período hospitalar. Ele deve apropriar-se de sua doença, e a forma pela qual irá se recuperar dependerá de suas atitudes, da mudança de estilo de vida e de seu auto cuidado (CURY, 2005, p. 21).

Assim, afirma Campos (1995), se o psicólogo em sua prática minimizar o sofrimento gerado pela hospitalização, ajudando o paciente a compreender o processo de adoecimento dentro do ciclo de vida, fará com que ele se sinta mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo. Deste modo o paciente terá condições de entender sua doença tanto no aspecto fisiológico como nas limitações emocionais, conscientizando-se do que é real e das fantasias. Para Campos (1995, p. 79), 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 são orientados sobre sua cirurgia podem cooperar com o tratamento e se recuperar melhor no pós-cirúrgico, pois são trabalhados em seus medos e suas dúvidas”.

Pode-se dizer, segundo Campos (1995), que dependendo de suas condições pessoais, o paciente tem o direito de saber sobre sua saúde, a entender o seu tratamento, a conhecer o seu diagnóstico e a saber das possibilidades de sua recuperação, pois sendo bem informado, tende a responder melhor ao tratamento, seguindo-o de forma adequada, participando ativamente, sendo observador e vigilante de sua evolução. No entanto, o médico deve ter preparo psicológico para se relacionar com o paciente e informá-lo, da mesma forma, é necessário haver preparo e acompanhamento psicológico do paciente para saber a verdade.

Assim, afirma Campos (1995, p. 40):

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.

O objeto de trabalho do psicólogo hospitalar se amplia para além do paciente, abrangendo a dor da família, assim como as repercussões na equipe de saúde. Na visão de Fossi e Guareschi (2004), além do trabalho realizado em torno da doença, da internação, do tratamento e do apoio à família, o Serviço de Psicologia Hospitalar deve prestar assistência a todos os segmentos do hospital, atuando como parte integrante das equipes multidisciplinares, procurando também facilitar o diálogo entre todos os envolvidos. A equipe hospitalar é composta por diversos profissionais, incluindo aqueles que não assistem as pessoas hospitalizadas diretamente, tais como equipe de higienização, radiologista, anestesista, dentre outros. No entanto, de acordo com Fossi e Guareschi (2004), neste contexto, é importante que se considere a equipe multidisciplinar formada pelos profissionais que assistem diretamente os indivíduos: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, etc. Cabe também salientar, segundo as autoras, que a equipe multidisciplinar tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa, portanto, ela não é pré-organizada.

A demanda do paciente é que fará com que os profissionais da saúde se integrem, com o propósito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando seu bem-estar. Contudo, na visão de Camon (1987), serão os médicos os protagonistas do manejo hospitalar, pois são eles que decidem sobre técnicas, medicações, cura, internações e altas. Portanto, os demais profissionais se adequam, primeiramente, a demanda orgânica do indivíduo e às definições do médico, para posteriormente, integrar sua prática ao atendimento hospitalar.

O psicólogo no contexto hospitalar vai buscar minimizar o sofrimento do paciente e de sua família, diminuindo as possíveis seqüelas da experiência vivenciada durante o processo de internação. Ebling (2008), referindo-se a este tema, declara que a inserção do psicólogo no ambiente hospitalar ocorre junto ao processo de humanização das instituições de saúde e que em tal situação, as respostas do profissional da saúde deixam de ser somente técnicas, padronizadas, e ele passa a ver o paciente de modo integrado e ao mesmo tempo individualizado, ou seja, o paciente passa a ter um nome e não apenas um número de leito, é escutado, leva-se em consideração as mudanças de vida ocasionadas pelo seu adoecimento e procura-se auxiliar no ajustamento do mesmo à sua nova condição. Cabe ainda ressaltar que, do mesmo modo que o paciente deve ser orientado e preparado para a internação, também o

deve ser para receber alta. Neste caso, a tarefa do psicólogo, no entendimento de Campos (1995, p. 81-82), “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”.

Para Fossi e Guareschi (2004), a inserção dos Serviços de Psicologia é privilegiada em hospitais que oportunizam espaço para reuniões entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar, pois nestas ocasiões, o psicólogo evidenciará a importância da valorização do conjunto dos aspectos emocionais do indivíduo. Castro (2006), enfatiza que uma das funções do psicólogo hospitalar é a de facilitar o entendimento por parte da equipe de saúde de situações que, dentro da cultura da doença geralmente grave, são psicologicamente complexas. Desta forma, a equipe multidisciplinar poderá, então, humanizar as condições do indivíduo no seu período de hospitalização.

2.3.1 Sistematização do trabalho do psicólogo no hospital

Na concepção de Gorayeb e Guerrelhas (2003), sendo a medicina uma ciência baseada no conhecimento pautado em evidências, a prática tradicional e o trabalho não diretivo dos psicólogos em hospitais têm impedido uma adequada inserção deste profissional neste contexto. Na visão destes autores, para se implantar um trabalho interdisciplinar e para produzir melhores resultados para os pacientes, deve-se sistematizar o trabalho do psicólogo, através da realização de registro e análise constante dos procedimentos utilizados e efeitos das intervenções. A sistematização do trabalho envolve a observação direta e o registro de comportamentos e da relação do paciente com o ambiente. Para isso, segundo Gorayeb e Guerrelhas (2003, p.15), o trabalho do psicólogo inclui entrevistas com o paciente, sua família e a equipe profissional, “para obtenção de informações como história e hábitos de vida e mudanças ocorridas após o adoecimento e a aplicação de escalas para avaliação do comportamento”. Com base em dados obtidos com tais procedimentos, serão planejadas as intervenções e construídas, ou escolhidas, as medidas que irão avaliar os resultados.

Para Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006, p. 26), a sistematização das intervenções é considerada imprescindível no contexto hospitalar: “[...] no prontuário do paciente, encontra-se registrado o acompanhamento diário do seu estado clínico, os procedimentos e exames realizados, as intervenções e orientações de cada profissional”. Cabe ao psicólogo,

informar no prontuário, quais os pacientes que estão sendo atendidos, apresentando um panorama geral das intervenções, das principais dificuldades do paciente e da família, tendo como foco o processo de adoecimento.

Lopes e Amorim (2004, p.56) consideram importante que além dos registros nos prontuários hospitalares o Serviço de Psicologia tenha também um arquivo próprio para anotações complementares correspondentes à avaliação e ao atendimento do paciente, tendo em vista que tal medida “atende à necessidade de garantir a confidencialidade dos dados”, permitindo também o “acesso às informações relativas ao histórico do atendimento psicológico”. Assim, caso o paciente tenha alta e, por qualquer motivo, retorne ao hospital, se o psicólogo que o atendeu não estiver mais na Instituição, o profissional que assumir o caso certamente terá necessidade de conhecer o trabalho desenvolvido anteriormente.

Segundo Penna (1992), em virtude de um número imprevisível de profissionais terem acesso ao prontuário de um paciente, dentre os quais médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, além dos funcionários administrativos do hospital, a questão do conteúdo e de quais informações o psicólogo deve explicar nos prontuários hospitalares é controversa, pois envolve as implicações éticas, em relação ao compromisso de sigilo profissional. Entretanto, no contexto hospitalar, o intercâmbio de informações é imprescindível entre as equipes multiprofissionais. Segundo Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), a comunicação escrita em prontuários deve ser feita em linguagem clara e sucinta:

[...] comunicando-se aquilo que pode instrumentalizar a equipe de saúde para lidar com o paciente de forma mais eficaz e coerente, compreendendo seu estado emocional, reforçando o repertório comportamental que o paciente e a família necessitam para o enfrentamento da doença e da situação de hospitalização (CREPALDI; RABUSKE; GABARRA, 2006, p. 27).

Conforme Lopes e Amorim (2004), os protocolos psicológicos podem atender a diferentes propósitos, tais como:

a) Institucional – o uso de formulários padronizados pela Psicologia, facilita não só a identificação do material nos prontuários (cujo conteúdo nem sempre está organizado), como também a compreensão, pelos profissionais de saúde, do processo de coleta de dados e dos indicadores emocionais que subsidiam o parecer do psicólogo sobre determinado paciente. Além disso, o uso de protocolos é um meio eficaz de veicular e valorizar o trabalho do psicólogo junto à Instituição.

b) Pesquisa – a sistematização possibilita que, com maior grau de precisão e brevidade, se realize o levantamento de dados acerca de uma população específica sobre a

qual se pretenda estudar de forma mais aprofundada. Também possibilita a troca de informações entre instituições que atendem a mesma população.

O contexto hospitalar tem características que devem ser levadas em conta na sistematização do trabalho do psicólogo. Para Camon (1988, p. 13), “a estrutura dinâmica de uma instituição é a sua estrutura de funcionamento, a dinâmica das relações interpessoais”. Sendo assim, é através da análise da estrutura dinâmica do hospital que os aspectos inerentes ao relacionamento dos profissionais que nele atuam tornam-se claros e precisos. “A análise criteriosa da instituição hospitalar dará condições para que o psicólogo possa se instrumentalizar adequadamente [...], o conhecimento apriorístico das condições hospitalares poderá ser um índice seguro de uma atuação eficaz” (CAMON, 1988, p. 39).

Procurando sistematizar uma prática mais estruturada do psicólogo em ambiente hospitalar, Gorayeb e Guerrelhas (2003) relatam a experiência do Serviço de Psicologia de um hospital de São Paulo, descrevendo dois exemplos de instrumentos utilizados na avaliação dos pacientes que procuram aquela instituição:

– Instrumento sistematizado para avaliação comportamental: entrevista semi-estruturada que procura coletar dados de história de vida, comportamentos correlacionados ao início da enfermidade, alterações de hábitos decorrentes da situação atual, mudanças emocionais, etc. Os dados extraídos do roteiro formam a base da assistência psicológica que será desenvolvida, é a partir deles que as intervenções são planejadas e geralmente orientadas ao enfrentamento da doença e às mudanças necessárias no repertório comportamental (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003, p. 17).

– Registro de interconsulta: os registros de atendimento são compostos por dados de identificação (sexo, escolaridade, faixa etária, estado civil), procedimentos de avaliação do paciente (entrevista, observação direta, escalas padronizadas de avaliação), procedimentos aplicados (técnicas e tipos de atendimento) e resultados da intervenção (mudanças relatadas e observadas após a intervenção psicológica). O registro é feito pelo psicólogo residente em psicologia médica, a partir da solicitação da interconsulta psicológica pelos profissionais de clínicas diversas como Ginecologia, Cirurgia, Urologia, etc, (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003, p. 19).

Gorayeb e Guerrelhas (2003) afirmam que a utilização de roteiros sistematizados permite, além de um planejamento mais efetivo da intervenção e a posterior avaliação de sua eficácia, levantar as características da população atendida pelo hospital. Pelo exposto, pode-se considerar que através de procedimentos sistemáticos que orientem a coleta, o levantamento de dados e informações pertinentes a uma adequada conduta interventiva, é possível

instrumentalizar o psicólogo e desta forma respaldar sua atuação no Serviço de Psicologia dentro da instituição hospitalar, promovendo assim maior qualidade na prestação de serviço ao paciente.

3 MÉTODO

O método, segundo Garcia (1998, p.44):

Representa um procedimento racional e ordenado (forma de pensar), constituído por instrumentos básicos, que implica utilizar a reflexão e a experimentação, para proceder ao longo do *caminho* (significado etimológico de método) e alcançar os objetivos preestabelecidos no planejamento da pesquisa (projeto).

Considera-se então que o método é uma seqüência de ações que visa responder o problema e os objetivos definidos neste estudo. Portanto, para a realização desta pesquisa foi utilizada uma seqüência lógica de procedimentos dentro dos preceitos científicos para produção de conhecimento.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

3.1.1 Quanto ao delineamento:

Tratando-se dos procedimentos técnicos, ou seja, a maneira pela qual se obtêm os dados necessários para a elaboração da pesquisa, torna-se importante traçar um modelo conceitual e operativo da mesma, denominado de *design*, que pode ser traduzido como delineamento, uma vez que expressa as idéias de modelo, sinopse e plano.

Segundo Gil (1991), delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação quanto à previsão de análise e interpretação de coleta dos dados, considerando o ambiente em que os mesmos são coletados e as formas de controle das variáveis envolvidas. O elemento mais importante para a identificação de um delineamento é o procedimento adotado para a coleta de dados. Assim

podem ser definidos dois grandes grupos de delineamentos: aqueles que se valem das chamadas fontes de papel (pesquisa bibliográfica e pesquisa documental) e aqueles cujos dados são fornecidos por pessoas (ex: pesquisa experimental, levantamento, o estudo de caso, etc.).

Esta pesquisa classifica-se quanto ao seu delineamento como documental, pois teve como fonte para a coleta de dados os prontuários dos pacientes do Hospital de Caridade de Florianópolis que passaram pelo Serviço de Psicologia, da referida instituição.

A pesquisa documental, segundo Gil (1991), vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Além de analisar os documentos de “primeira mão” (documentos de arquivos, igrejas, sindicatos, instituições etc.), existem também aqueles que já foram processados, mas podem receber outras interpretações, como relatórios de empresas, tabelas etc.

3.1.2 Quanto aos objetivos:

Quanto aos objetivos, esta pesquisa caracteriza-se como de natureza descritiva. Neste tipo de pesquisa os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira sobre eles, ou seja, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial, segundo Gil (1991, p. 46), “a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis”. Uma de suas características está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Incluem-se entre as pesquisas descritivas a maioria daquelas desenvolvidas nas ciências humanas e sociais, tais como, as pesquisas de opinião, mercadológicas, os levantamentos sócio-econômicos e psicossociais. Pode-se citar como exemplo, aquelas que visam descrever as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental; as que se propõem a estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, as condições de habitação de seus habitantes, o índice de criminalidade; as que tem por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população, bem como descobrir a existência de associações entre variáveis,

como por exemplo, as pesquisas eleitorais que indicam a relação entre preferência político – partidária e nível de rendimentos e/ou escolaridade.

3.1.3 Quanto à forma de abordagem do problema:

Esta pesquisa pode ser classificada como sendo de natureza quantitativa, pois este tipo de pesquisa é mais adequado para apurar opiniões e atitudes explícitas e conscientes dos entrevistados, pois utilizam instrumentos estruturados. Segundo o Instituto Ethos (2002), a primeira razão para se optar por uma pesquisa quantitativa é descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características, sendo assim, ela é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

A Pesquisa quantitativa, segundo Narde (2008), considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc.).

3.2 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA E DAS FONTES DE INFORMAÇÃO

A pesquisa foi realizada no Serviço de Psicologia, do Hospital de Caridade, localizado no Centro de Florianópolis em Santa Catarina, cuja construção teve início no ano de 1789. Atualmente conta com 207 leitos ativados, faltando ainda reconstruir 10% do que foi destruído pelo incêndio, que ocorreu em 1994. O Hospital é uma entidade de cunho religioso e filantrópico e tem por finalidade promover direta ou indiretamente o exercício da solidariedade no âmbito médico, obedecendo aos preceitos da Religião Católica Apostólica Romana. Seus principais desígnios são “Prevenir, curar, educar e pesquisar”. O Hospital conta com 14 setores de internação, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana, Centro Cirúrgico e Unidade de Emergência. O número de internações é de 710/mês e 2196/mês atendidos no setor de emergência. Presta serviços médico-hospitalares a 35 convênios, sendo que a grande demanda é conveniada do SUS, atingindo 60% dos atendimentos. Possui em seu

quadro funcional 739 empregados ativos, distribuídos entre equipe médica, de enfermagem e serviços de apoio (HOSPITAL DE CARIDADE, 2008).

Segundo informações retiradas da revista Hospital de Caridade (2007), o hospital fechou uma parceria com o curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) no ano de 2005. A equipe é formada por professores supervisores e alunos do último ano do curso, que atuam nas enfermarias gerais com o objetivo de ajudar o paciente a enfrentar os aspectos emocionais relativos à doença, esclarecer o processo de hospitalização e ainda facilitar a interação entre pacientes, familiares e equipe de saúde. A equipe de Psicologia passou a trabalhar também com o setor de Cardiologia do Hospital de Caridade, realizando o acompanhamento psicológico pré e pós-cirúrgico a pacientes cardiopatas, disponibilizando atendimento aos familiares durante o processo de hospitalização, e ainda orienta os demais profissionais na compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento.

Este estudo teve como fontes de informação, Fichas de Prontuários de pacientes que já não estavam mais em atendimento no hospital, mas que foram atendidos pelo Serviço de Psicologia da Unisul, hospitalizados pelo SUS ou pela UNIMED Básica, no período de março de 2007 a novembro de 2007, contemplando cinco alas de internação - São Roque - Nossa Senhora das Graças - Nossa Senhora do Livramento - Irmã Bernadete - Unidade Coronária (Unicor).

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Foram utilizados para a realização desta pesquisa computador, livros, revistas e artigos obtidos por empréstimo em diferentes bibliotecas, canetas esferográficas, folha de papel A4, impressora, rede de internet e o *Pen-drive*.

3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

A coleta de dados foi realizada no Hospital de Caridade de Florianópolis, na sala de Supervisão de Psicologia onde se encontravam arquivadas as Fichas de Prontuários dos

pacientes (anexo A). Tais fichas foram desenvolvidas pelos supervisores e estagiários do Serviço de Psicologia da Unisul, sendo que o acesso às mesmas restringe-se ao referido serviço, diferenciando-se das Fichas que ficam disponíveis para toda a equipe multiprofissional, as quais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros tem acesso.

Após ter sido assinada a declaração de ciência e concordância das instituições envolvidas (anexo B), e a posterior liberação pelo Comitê de Ética, foram marcados, com a supervisora responsável pelo Estágio de Psicologia, os horários e dias permitidos para a coleta de dados, ficando disponibilizadas as terças e quintas-feiras no período da manhã das 8h00min as 11h00min, pois nestes horários os professores supervisores do estágio encontravam-se no hospital com a chave do armário onde se localizavam os prontuários. Para a coleta completa dos dados se fez necessário quatro visitas a campo, ocorridas entre a última semana de agosto e a primeira de setembro de 2008. Salienta-se ainda, que na sala de Supervisão de Psicologia havia disponíveis recursos como cadeira, mesa e tomadas de energia elétrica que foram necessários para a coleta dos dados.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para esta pesquisa foi criada uma Ficha de Coleta de Dados (apêndice A), pautada na Ficha de Prontuário (anexo A) usada pelos estagiários de Psicologia, tendo característica de formulário, onde a pesquisadora preencheu sete questões fechadas com informações relativas a gênero, idade, unidade de internação, patologia, etapa hospitalar, tipo de atendimento psicológico e estresse psicológico, objetivando responder ao problema de pesquisa. Na Ficha de Coleta de Dados, no item IV (quatro), foram listados os meses de janeiro, fevereiro, julho e dezembro, no entanto, por serem períodos destinados a férias na UNISUL, não houve, em tais meses, registros de atendimentos no Serviço de Psicologia do hospital. Salienta-se, também, que no item VI (seis), do mesmo instrumento, há uma relação de estressores psicológicos correspondendo aos dados anotados pelas estagiárias em suas fichas e que norteiam um dos objetivos desta pesquisa. Estes dados foram pautados nas oito categorias de estresse psicológico postuladas por Strain (1978) e adaptados pelas Professoras Supervisoras responsáveis pelo Estágio de Psicologia, visando à sistematização dos atendimentos.

3.6 PROCEDIMENTOS

3.6.1 De fontes de informação

O critério de seleção para as fontes de informação foi o de se investigar somente as unidades de internação contempladas com o Serviço de Psicologia da Unisul. Foi feito um censo com todas as Fichas de Prontuários do Serviço de Psicologia referentes ao período analisado. Censo, segundo Stevenson (1981, p. 160), “requer o exame de todos os itens”. O autor explica que em determinadas situações, como quando se quer obter uma precisão completa, é preferível trabalhar com a inspeção total da população do que apenas com uma amostra dela.

A fonte de coleta de dados utilizada para o presente estudo foi composta pelas Fichas de Prontuários (anexo A) de todos os usuários do Serviço de Psicologia no Hospital de Caridade, no período de março de 2007 a novembro 2007 e que não estavam em atendimento, mas que estiveram internados nas alas São Roque - Nossa Senhora das Graças - Nossa Senhora do Livramento - Irmã Bernadete - Unidade Coronária (Unicor), nas quais existe o Serviço de Psicologia.

Na fase de elaboração do projeto, pretendia-se realizar a pesquisa contemplando-se as internações ocorridas no período de janeiro 2005 a dezembro de 2007, no entanto, diante das possibilidades da pesquisadora em detrimento a outras atividades inerentes ao curso e também, em decorrência do cumprimento de datas, foram excluídos do estudo os anos de 2005 e 2006, além disso, constatou-se que o período investigado constituiu um número efetivo de sujeitos para significar a amostra, correspondendo a 565 (quinhentos e sessenta e cinco) indivíduos pesquisados.

3.6.2 De coleta e registro dos dados

Para cada Ficha de Prontuário foi preenchida uma Ficha de Coleta de Dados seguindo a ordenação das categorias pré-estabelecidas no instrumento de pesquisa. Após a coleta, manuscrita, os dados dos 565 (quinhentos e sessenta e cinco) pacientes atendidos pelo

Serviço de Psicologia da UNISUL foram transferidos para a planilha eletrônica do *Microsoft Excel*³. Neste ponto, se faz importante salientar que a pesquisadora se preocupou em garantir a confidencialidade no trato das informações, mantendo-se atenta para questões éticas inerentes à pesquisa, cumprindo os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

3.6.3 De organização, tratamento e análise dos dados

A análise e interpretação dos dados conforme Rauen (1999, p. 141), é a parte que apresenta os resultados obtidos na pesquisa e analisa-os sob o crivo dos objetivos e/ou das hipóteses. Assim, a apresentação dos dados é a evidência das conclusões e a interpretação consiste no contrabalanço dos dados com a teoria. Após a análise dos dados, as informações puderam ser organizadas em banco de dados informatizado. Segundo Gil (1991), nos estudos de natureza quantitativa, após o tratamento estatístico dos dados, tem-se, geralmente, tabelas elaboradas manualmente ou com o auxílio de computadores.

Os dados desta pesquisa foram analisados pela técnica de estatística não paramétrica. Considerando Stevenson (1981), a estatística não paramétrica é aquela que compreende um teste cujo modelo não especifica condições sobre os parâmetros da população da qual a amostra foi obtida. Sendo assim estas são particularmente adaptáveis aos dados das ciências do comportamento, pois, sua aplicação não exige suposições quanto à distribuição da população da qual se tenha retirado amostras para análises. Podem ser aplicadas a dados que se disponham simplesmente em ordem, ou mesmo para estudo de variáveis nominais e independem dos parâmetros populacionais e amostrais (média, variância, desvio padrão).

Conforme Pontes e Corrente (2001, p. 180), testes não-paramétricos ou de distribuição livre têm sido muito utilizados em substituição aos testes paramétricos usuais, em especial “quando as pressuposições do modelo não se verificam, ou seja, quando os dados provenientes de um experimento não possuem normalidade ou homogeneidade de variâncias” ou em situações em que a aplicação de testes paramétricos não é possível ou torna-se muito complicada, seja pela falta de informações a respeito da forma da distribuição da população, seja pela dificuldade de obtenção de estimativas confiáveis dos parâmetros populacionais. Os

3. *Microsoft Excel* – marca registrada da empresa Microsoft.

métodos não-paramétricos são relacionados ao desenvolvimento de procedimentos de inferência estatística que não fazem qualquer suposição explícita sobre a forma da distribuição dos dados, tendo, portanto, menores exigências. Além disso, os procedimentos da estatística não-paramétrica em geral são dados sob a ótica do desenvolvimento inicial da distribuição exata, o que leva a um maior conhecimento das vantagens e desvantagens do teste que está sendo utilizado.

A base dos testes não-paramétricos está na ordenação (*ranks*) dos dados e não em seu valor intrínseco, e na aleatorização, onde se consideram todas as possíveis permutações (rearranjos) dos dados. Se, por um lado, perde-se em precisão na troca dos valores da variável por seus respectivos postos, ganha-se em eficiência e facilidade no entendimento dos resultados. Como os métodos não-paramétricos têm como base as estatísticas de ordem, isso significa que, dada uma amostra aleatória, as estatísticas de ordem dessa amostra aleatória são os valores ordenados e, portanto, dependentes, o que torna as deduções muito mais difíceis (PONTES; CORRENTE, 2001, p. 180).

Após a realização da pesquisa documental, nos registros de prontuários dos pacientes que passaram pelo Serviço de Psicologia no Hospital de Caridade, as informações foram relacionadas com os objetivos específicos, com o propósito de responder ao problema desta pesquisa, bem como verificar sua relevância.

Se faz necessário esclarecer que os dados dos prontuários provenientes das unidades de internação Irmã Bernadete e Unicor referiam-se aos mesmos pacientes em etapas hospitalares diferentes, por isso foram organizados, tratados e analisados de forma unificada. Em relação ao item III (três) da Ficha de Coleta de Dados, como foi citada uma alta variabilidade de patologias, houve a necessidade de categorização por especialidade clínica e cirúrgica, tendo por base as informações contidas nos prontuários dos pacientes.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após os dados terem sido coletados, categorizados e agrupados, os resultados foram apresentados e analisados através de tabelas de distribuição de frequência, seguidas pelas respectivas ilustrações gráficas, de acordo com a estatística descritiva não-paramétrica.

Os dados foram agrupados em função das categorias: sexo, faixa etária, unidade de internação, patologia, etapa hospitalar, tipo de atendimento psicológico e estresse psicológico. Para a tipologia dos estresses psicológicos utilizou-se a lista de estressores

adaptada pelas Professoras Supervisoras responsáveis pelo Estágio de Psicologia do Núcleo da Saúde da Unisul, correspondendo a 12 itens:- Ameaça básica a integridade narcísica; Medo de estranhos; Ansiedade de separação; Medo da perda de amor e de aprovação; Medo da perda do controle das funções do corpo; Medo da perda de, ou dano a, partes do corpo; Culpa e medo de retaliação; Medo da morte e da dor; Ansiedade frente à falta de informação do adoecimento; Ansiedade pela espera; Ansiedade pela recuperação da saúde; e o item “Outros” para estresses psicológicos que não se encaixavam em nenhuma das categorias citadas.

Para a análise e apresentação dos resultados, de acordo com as categorias levantadas, formou-se oito tabelas, com distribuição de frequência absoluta (f) e frequência relativa (%). Esses grupos representam aspectos relevantes para a caracterização de pacientes hospitalizados que passaram pelo Serviço de Psicologia e possibilitaram a articulação com a teoria previamente pesquisada. Para fins didáticos, cada tabela foi analisada em um sub-item. Os resultados obtidos foram processados em planilhas eletrônicas no *Software Excel*⁴, permitindo a elaboração de um gráfico para cada tabela.

Nesta pesquisa documental foi levantada a totalidade das Fichas de Prontuários dos atendimentos realizados pelo Serviço de Psicologia, no período de março a novembro de 2007, perfazendo um total de 565 pacientes, sendo 284 do sexo masculino (50,3%) e 281 do sexo feminino (49,7%) com idades entre 17 e 92 anos (idade média = 57,6 anos), predominando a idade de 56 anos em 24 pacientes. As figuras a seguir ilustram esses resultados.

4.1 SEXO

A tabela, a seguir, apresenta a distribuição dos dados segundo a variável sexo verificada nos prontuários de atendimento dos pacientes.

4. *Software Excel* – marca registrada da empresa Microsoft.

Tabela 1 — Distribuição da frequência conforme o sexo.

Sexo	f	%
Masculino	284	50,3
Feminino	281	49,7
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

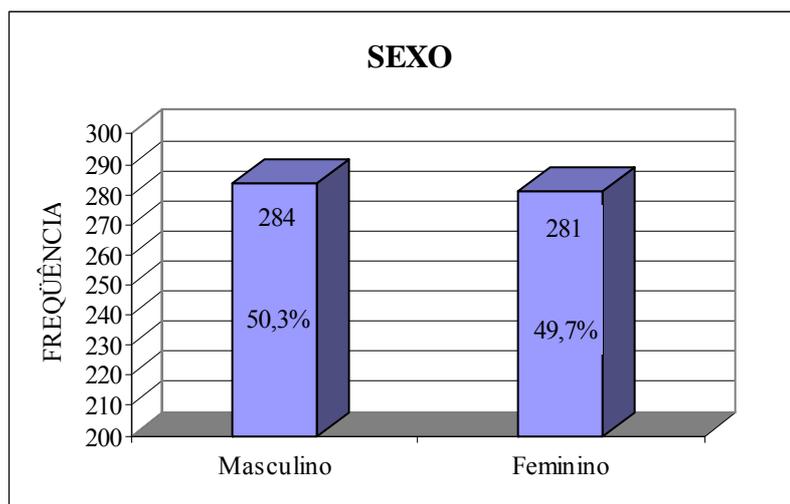


Figura 1 – Representação gráfica conforme o sexo.

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Quanto ao sexo observou-se quase uma equivalência na frequência: 50,3 % de homens e 49,7% de mulheres. Não havendo, portanto, uma diferença significativa nessa categoria.

Uma possibilidade para estes resultados pode estar relacionada ao fato da instituição investigada ser um Hospital Geral que interna tanto homens como mulheres, não estabelecendo distinções quanto a esta variável.

Considerando a condição biológica, papéis culturais impostos pela sociedade, etc. encontra-se fundamentação para uma reflexão a respeito destes dados nas idéias de Ribeiro (2007) e Penna (1992). De acordo com Ribeiro (2007), ressalva-se que a maneira com que o sujeito irá lidar com a hospitalização bem como a representação que fará da própria doença são diretamente influenciadas por inúmeros aspectos de sua vida particular, tais como o gênero, seu contexto social, econômico e cultural; além dos aspectos psicológicos envolvidos, sua história de vida e expectativas, assim como seu estado de saúde atual e a gravidade da doença que ocasionou a internação. Somados a esses fatores próprios do paciente, tem-se as

condições do ambiente que o acolhe, as características da equipe que o atende, assim como a rede de relações que se estabelece.

Neste sentido, Penna (1992, p. 362) reforça:

É necessário compreender a doença e a hospitalização na significação particular e específica que tem para cada indivíduo e de cuja configuração fazem parte fatores genéticos, psicodinâmicos e experiências pregressas com o adoecer, em si e em outras. Mas a subjetividade do paciente hospitalizado depende também dos vetores que sobre ela incidem no contexto do sistema em que se insere (por ex., o contato com profissionais, o sistema administrativo de onde fluem as ações de saúde, etc.).

O risco de apresentar sintomas de estresse psicológico, no processo de doença e hospitalização, não parece ser igual para todas as pessoas. Assim, questiona-se se esse impacto pode ser diferente no sexo masculino ou feminino.

É possível cogitar algumas hipóteses. A mulher parece ser mais vulnerável aos efeitos das tensões psicossociais, às quais é constantemente submetida, pode-se supor que, em decorrência disso, em situação de hospitalização, ela está mais sujeita aos estresses psicológicos que o homem? As manifestações do estresse psicológico apresentam os mesmos sintomas em homens e mulheres? O sexo pode influenciar na escolha das estratégias de enfrentamento visto que homens e mulheres são socializados de forma diferente?

Caracterizar os usuários do Serviço de Psicologia quanto a esta variável talvez possibilite verificar se existem diferenças significativas entre pessoas do sexo feminino e masculino na utilização de estratégias de enfrentamento no processo de doença e hospitalização.

4.2 FAIXA ETÁRIA

A tabela 2 mostra a frequência absoluta (f) e a relativa (%) dos pacientes em relação a variável idade. Deve-se ressaltar que, para uma melhor análise dos dados, as idades foram distribuídas por faixa etária com intervalos de 10 anos. Também é oportuno informar que o hospital investigado não interna crianças.

Tabela 2 — Distribuição da frequência conforme a faixa etária.

Idade	f	%
10 a 19	01	0,18
20 a 29	25	4,42
30 a 39	37	6,5
40 a 49	103	18,2
50 a 59	135	23,9
60 a 69	145	25,7
≥ 70	119	21,1
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

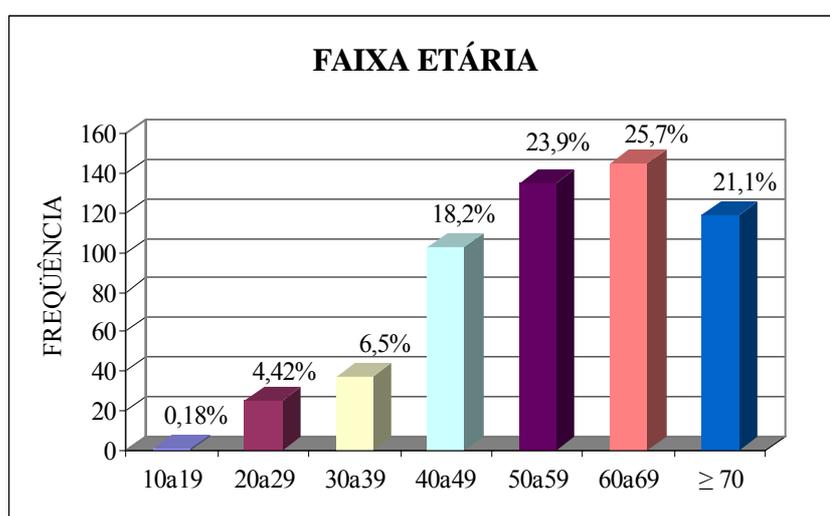


Figura 2 – Representação gráfica conforme a idade.

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Em relação à faixa etária (Tabela 2 – Gráfico 2), pode-se perceber maior concentração de pacientes entre 60 a 69 anos (25,7%). Vale ainda totalizar as frequências das três faixas etárias finais, obtendo-se o percentual de 70,7% para aqueles com 50 anos ou mais, caracterizando uma maior demanda por atendimento a adultos e idosos.

Romano (1999) considera que existe uma relação direta entre o processo adaptativo do paciente hospitalar com a idade, sexo, tipo e prognóstico da doença, suporte familiar, escolaridade e fase da vida em que se encontra o doente.

Cabe ainda citar Sebastiani e Chiatone (1991) quando afirmam que o psicólogo não está apenas atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim, em busca da “visão” ampla, possível, de quem é e como está o paciente frente ao seu processo

de doença, internação hospitalar e tratamento; tendo como o principal objetivo, resgatar a “visão” do indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocioespiritual.

Pode-se constatar a partir dos dados apresentados na tabela 2 que os atendimentos psicológicos predominaram na faixa etária entre 60 e 69 anos 145 (25,7%), e que na faixa de 70 anos ou mais, foram atendidos 119 (21,1%) pacientes, o que representa, do total da amostra, (46,8%) de idosos.

Uma hipótese provável para estes resultados é que, diante do progressivo envelhecimento populacional e alta ocorrência de doenças crônicas na velhice, é cada vez maior o número de idosos que procuram serviços hospitalares.

Não seria o caso de se considerar que com o aumento, cada vez maior, da expectativa de vida tem-se, portanto, uma população mais idosa?

Um outro dado interessante foi que o atendimento psicológico na faixa etária de 10 a 19 anos representou 0,18% da amostra, sendo que apenas um paciente, com 17 anos, foi atendido pelo Serviço de Psicologia. Seria interessante investigar se o oferecimento de algum tipo de atenção para adolescentes poderia fazer aparecer essa parte da população e de que maneira essa demanda seria expressa.

Penna (1992) e Botega (2002) sugerem que as estratégias de enfrentamento, que cada pessoa utiliza para lidar com demandas específicas, se instalam ao longo do desenvolvimento humano e dependem da resposta do indivíduo às variáveis do contexto. Em vista disso, há diferenças potenciais relacionadas à idade no uso das estratégias de enfrentamento em situações de doença e hospitalização?

É possível que pessoas mais jovens dispõem de recursos precários para lidar com os problemas emocionais decorrentes da doença e hospitalização, pela falta de maturidade, pela pouca experiência de vida, etc.? Estudos posteriores seriam relevantes para investigar estas possibilidades.

4.3 UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Apresenta-se na tabela 3 e no gráfico 3, ilustrações e porcentagens de pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia nas unidades de internação que fizeram parte deste estudo. No entanto, faz-se necessário esclarecer que os dados dos prontuários provenientes das unidades de internação Irmã Bernadete e Unicor referiam-se, no período investigado, aos

mesmos pacientes em etapas hospitalares diferentes, por isso foram organizados, tratados e analisados de forma unificada.

Tabela 3 — Distribuição da frequência conforme a unidade de internação.

Unidade de Internação	f	%
São Roque	97	17,2
Nossa Senhora das Graças	207	36,6
Nossa Senhora do Livramento	98	17,4
Irmã Bernadete e UNICOR	163	28,8
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

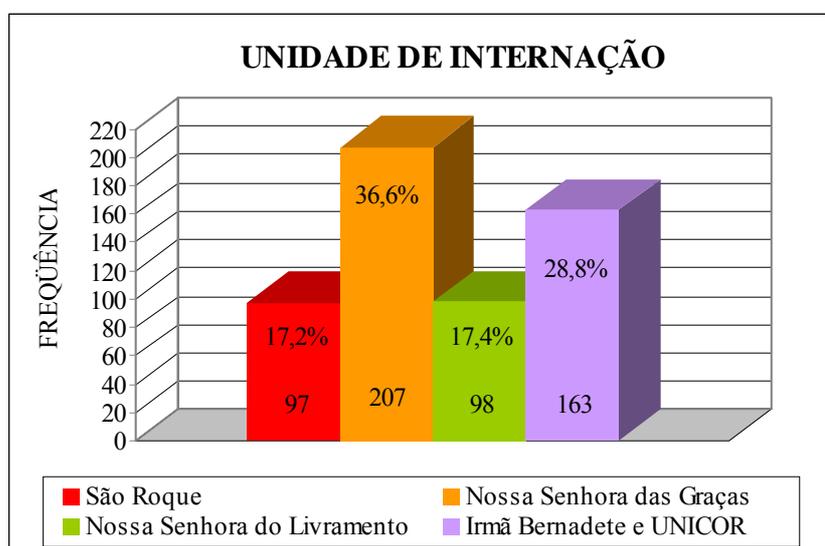


Figura 3 – Representação gráfica conforme a unidade de internação.

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Da Tabela 3 pode-se depreender que a maioria dos pacientes que receberam atendimento psicológico estavam internados na unidade Nossa Senhora das Graças (36,6%), seguida das internações da Irmã Bernadete e UNICOR (28,8%).

Para uma melhor compreensão destes resultados, cabe mencionar as características das unidades de internação, durante o ano de 2007, período sobre o qual este estudo se efetivou.

Nossa Senhora das Graças (36,6%), com 25 leitos, foi e manteve-se como enfermaria geral. Irmã Bernadete e UNICOR (28,8%). Irmã Bernadete, com 21 leitos, era enfermaria geral, a partir do segundo semestre de 2007, passou por uma reestruturação para

atendimentos a pacientes cardíacos. UNICOR, com 10 leitos, manteve-se como unidade coronariana. Nossa Senhora do Livramento (17,4 %), com 14 leitos, era enfermaria geral, a partir do segundo semestre de 2007 passou a ser enfermaria de cuidados paliativos. São Roque (17,2%), com 13 leitos, era enfermaria geral, a partir do segundo semestre de 2007 passou a ser específica para pacientes pré e pós cirúrgicos de diversas patologias.

Esses resultados são relevantes na medida em que têm importante valor informativo sobre as demandas mais urgentes de uma instituição em particular, podendo prover dados que direcionem a ação dos profissionais e estagiários do Serviço de Psicologia para as unidades de internação que sinalizam maior demanda por atendimentos psicológicos.

Conforme os autores citados no referencial teórico como Romano (1978), Tonetto e Gomes (2005), nas instituições hospitalares onde há Serviço de Psicologia, os psicólogos podem atuar em diversas unidades de internação e também nos ambulatórios, nos pronto-socorro, enfim, em vários setores do hospital. Para estas autoras a existência de Serviço de Psicologia em hospitais gerais possibilita que, além do psicólogo e do médico, todas as pessoas que atendem o paciente (enfermeiros, fisioterapeutas...) e inclusive o próprio paciente, possam solicitar o encaminhamento para atendimento psicológico; diferenciando-se dos hospitais que não contam com um Serviço de Psicologia autônomo em que os atendimentos aos pacientes são feitos basicamente por consultoria.

O objeto de trabalho do psicólogo hospitalar se amplia para além do paciente, abrangendo a dor da família, assim como as repercussões na equipe de saúde. Na visão de Fossi e Guareschi (2004), além do trabalho realizado em torno da doença, da internação, do tratamento e do apoio à família, o Serviço de Psicologia Hospitalar deve prestar assistência a todos os segmentos do hospital, atuando como parte integrante das equipes multidisciplinares, procurando também facilitar o diálogo entre todos os envolvidos.

O vínculo entre o paciente e a equipe multidisciplinar tem de ser considerado na atuação do psicólogo nas diferentes unidades de internação. Se torna necessário, portanto, segundo Fossi e Guareschi (2004), que o psicólogo saiba das atividades desenvolvidas pelos demais profissionais da equipe, bem como dos limites de cada um, visando uma atuação integrada, com manejo único, evitando o risco de fragmentação entre os setores e por consequência, a fragmentação do paciente. O psicólogo deve atuar procurando transmitir uma imagem homogênea do entendimento que a equipe multidisciplinar deve ter sobre o estado de saúde do paciente, buscando evitar que o relacionamento precário entre o paciente e a equipe de saúde acarrete em mais sofrimento além daquele esperado.

Como assinalam Fossi e Guareschi (2004), o paciente hospitalizado tem uma demanda psicológica específica decorrente de sua doença orgânica, sendo que, uma de suas necessidades está em conseguir comunicar-se adequadamente com a equipe que o atende de modo a obter as informações que deseja sobre suas condições. De acordo com essas autoras, o psicólogo pode contribuir para que haja clareza e eficácia na comunicação; cabe a este profissional apoiar, esclarecer e informar tanto o paciente quanto a equipe de saúde, de modo a promover um relacionamento efetivo entre as varias partes envolvidas no processo de internação. Fossi e Guareschi (2004) revelam que os psicólogos consideram o prontuário do paciente como o processo comunicacional mais importante entre os profissionais das diferentes áreas disciplinares de um hospital e que, em alguns casos, posterior a este mecanismo de comunicação, podem ocorrer discussões sobre o entendimento da demanda dos pacientes sobre os aspectos específicos da patologia, do prognóstico, do tratamento e de questões relacionadas a hospitalização.

É preciso que as características do contexto hospitalar também sejam levadas em conta na sistematização do trabalho do psicólogo. Para Camon (1988, p. 13), “a estrutura dinâmica de uma instituição é a sua estrutura de funcionamento, a dinâmica das relações interpessoais”. Sendo assim, é através da análise da estrutura dinâmica do hospital que os aspectos inerentes ao relacionamento dos profissionais que nele atuam tornam-se claros e precisos. “A análise criteriosa da instituição hospitalar dará condições para que o psicólogo possa se instrumentalizar adequadamente [...], o conhecimento apriorístico das condições hospitalares poderá ser um índice seguro de uma atuação eficaz” (CAMON, 1988, p. 39).

O que se pode constatar é que os psicólogos estão definindo o lugar da Psicologia no contexto dos hospitais. Esse lugar, conforme Speroni (2006, p.94), “[...] consiste essencialmente em um lugar de escuta, mas de uma escuta diferenciada e privilegiada, na medida em que é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos”. Para Camon (1995, p. 16) “É dentro da fé inquebrantável que o psicólogo adquire cada vez com mais nitidez um espaço no hospital a partir de sua compreensão da condição humana”. Além disso, é justamente nesses espaços e momentos de integração que a Psicologia vai fortalecendo seu lugar nesse campo institucional.

4.4 PATOLOGIA

A tabela 4, a seguir, ilustra as especialidades dentro da clínica geral e cirúrgica, nas quais se registraram as internações. Faz-se necessário salientar que, em relação ao item III (três) da Ficha de Coleta de Dados (apêndice A), como foi citada uma alta variabilidade de patologias, houve a necessidade de categorização por especialidade clínica e cirúrgica, tendo por base as informações contidas nos prontuários dos pacientes.

Tabela 4 — Distribuição da frequência conforme a especialidade em clínica geral e cirúrgica.

Especialidades	f	%
Cardiologia	205	36,3 %
Ortopedia	40	7,1 %
Oncologia	50	8,9 %
Neurologia	65	11,5 %
Pós Operatório Gastro	6	1,1 %
Nefrologia	27	4,8 %
Gastroenterologia	33	5,8 %
Pneumologia	38	6,7 %
Pós Operatório Orto	3	0,5 %
Pós Operatório Cárdio	13	2,3 %
Pós Oper. não especificado	11	1,9 %
Reumatologia	8	1,4 %
Pré Oper. não especificado	6	1,1 %
Clínica Médica Geral	42	7,4 %
Urologia	11	1,9 %
Hematologia	2	0,4 %
Endocrinologia	5	0,9 %
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

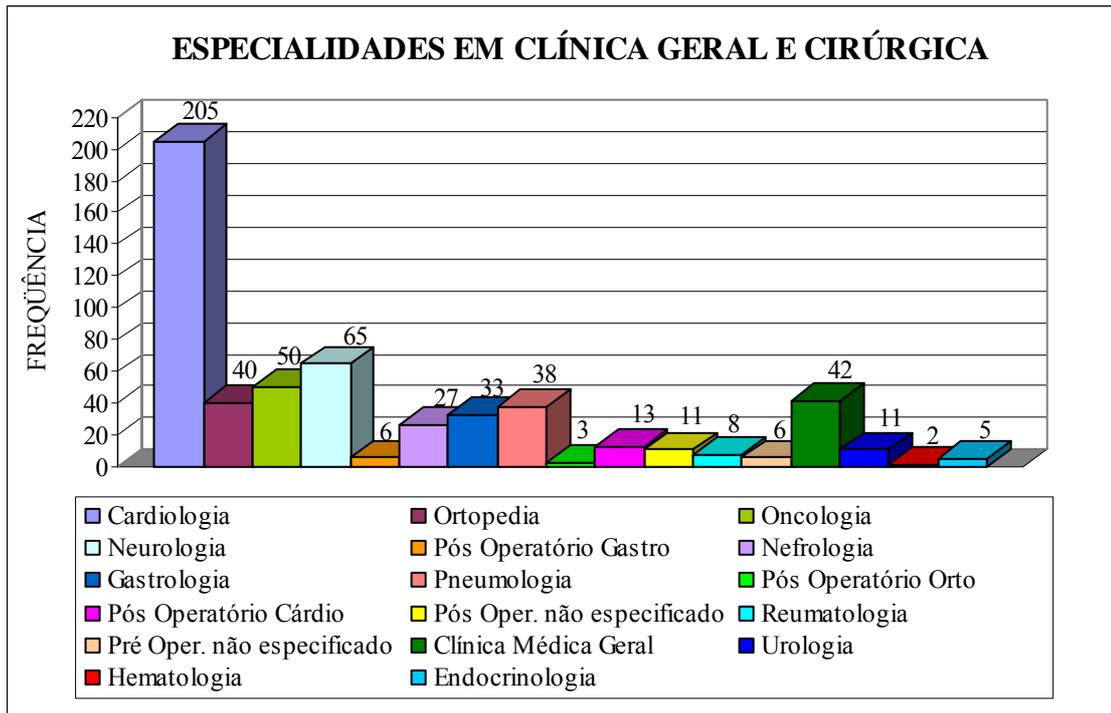


Figura 4 – Representação gráfica conforme a especialidade em clínica geral e cirúrgica.
 Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Como pode ser observado na Figura 4, as ocorrências mais significativas, dentre os pacientes atendidos pelo Serviço de Psicologia hospitalar, destacam-se as internações na cardiologia (36,3%), seguidas pelas internações nas especialidades de neurologia (11,5%), oncologia (8,9%), clínica médica geral (7,4%), ortopedia (7,1%), pneumologia (6,7%), gastroenterologia (5,8%), nefrologia (4,8%) e pós-operatório em cardiologia (2,3%). Tais informações têm relevância, uma vez que possibilitam identificar as demandas e necessidades do hospital, podendo respaldar e orientar a elaboração de projetos de intervenção em áreas de maior demanda por atendimentos.

Provavelmente o alto percentual de atendimentos verificado na cardiologia (36,3%) esteja relacionado com a alta incidência de adultos e idosos (70,7%), com 50 anos de idade ou mais, atendidos pelo Serviço de Psicologia uma vez que as patologias da área de cardiologia não são muito frequentes em adolescentes e adultos jovens.

Não raro surgem evidências de que muitas patologias têm seu quadro clínico agravado a partir de complicações emocionais do paciente. Quando se fala em paciente hospitalizado, Camon (1995, p. 18) afirma que “[...] muitos processos de hospitalização têm o reequilíbrio orgânico prejudicado devido ao processo de despersonalização do doente”, que, sentindo-se desqualificado existencialmente, pode concomitantemente, muitas vezes,

abandonar seu processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional. Este fato corrobora a importância da intervenção psicológica no contexto hospitalar, contribuindo, na resolução de quadros emocionais complicados, ajudando na aceitação de diagnósticos e compreensão de patologias.

O impacto da hospitalização acarreta alterações no comportamento emocional do paciente ligadas principalmente a sua compreensão acerca da doença e as bruscas alterações em sua rotina de vida. Por isso, deve-se levar em conta, no contexto de hospitalização, o significado particular que o indivíduo guarda sobre a doença e a internação. Assim, é importante considerar que o adoecer orgânico pode gerar um adoecer psíquico e que, como declara Penna (1992, p. 362), “a resolução favorável, ou o adoecer psicológico, resultantes da experiência de estar doente, depende, pois, de forças de equilíbrio dinâmicas e inter-reagentes entre: estrutura emocional, recursos adaptativos e realidade externa”.

Pode-se também dizer, de acordo com Cury (2005), que é ilusório pensar que o tratamento sempre é visto pelo paciente como uma experiência benéfica e desejável, pois a literatura evidencia amplamente que tratar a doença implica uma série de ameaças: à integridade física, à auto-imagem (principalmente no caso de cirurgias mutiladoras), ao equilíbrio emocional e ao ajustamento a um novo meio físico e social.

Portanto, a doença traz consigo significados e sentimentos que interferem, alteram e determinam seu curso. Para Romano (1999), a existência de um lado inconsciente, que gera conflitos, queixas, altera reações e habilidades, interfere na tomada de decisões, na adesão ao tratamento e pode complicar ou reduzir a eficácia terapêutica de diferentes tratamentos. Camon (1995, p. 16), afirma que o estigma de doente (paciente principalmente no sentido de sua própria passividade frente aos fatos e perspectivas existenciais) “irá fazer com que exista a necessidade premente de uma total reformulação até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas”. Deste modo, conforme Jeammet, Reynaud e Consoli (1982), torna-se necessário que o indivíduo faça uma reconstrução da sua imagem corporal, atualize seus conflitos afetivos que permaneciam em estado latente e reorganize os vínculos estabelecidos com seu grupo social, especialmente a família e a instituição de saúde.

Para Botega (2002, p.45), “[...] os pacientes reagem diferentemente às doenças e à internação hospitalar e os fatores que determinam respostas individuais a tais condições não são conhecidos em sua totalidade”. Entretanto, explica o autor: “o significado pessoal e subjetivo que a doença física desperta parece ser o fator fundamental, modulado por

características de personalidade, por circunstâncias sociais e pela própria natureza da patologia e de seu tratamento”.

As reações de ajustamento constituem um grupo de transtornos freqüentes entre pacientes hospitalizados, destacando-se entre eles, conforme Botega (2002), a ansiedade e/ou depressão e os transtornos associados à história pregressa de problemas emocionais e sociais. O padrão mais comum de sintomas, de acordo com o autor, é de natureza indiferenciada, abrangendo uma combinação de preocupações excessivas, ansiedade, depressão e insônia. No caso de doenças agudas, como infarto do miocárdio, a ansiedade surge primeiro, dentro de dois ou três dias, principalmente quando não se tem certeza do diagnóstico e da evolução do quadro clínico. Sintomas depressivos aparecem posteriormente e podem durar semanas. “Geralmente os sintomas são transitórios, melhoram com apoio psicológico e boa comunicação, [...] em alguns casos, os sintomas persistem por mais tempo, atingindo níveis de gravidade compatíveis com critérios diagnósticos para **episódio depressivo**” (BOTEGA, 2002, p. 45, grifo do autor).

Também se faz necessário, conforme salienta Camon (1995), um período de tempo para a elaboração do processo de doença e hospitalização, bem como, o esclarecimento ao paciente e à sua família sobre a doença, a hospitalização, a rotina hospitalar, o tempo provável de internação, dados do tratamento e o prognóstico. No dizer de Campos (1995, p. 68), 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”.

Conforme Mota, Martins e Vêras (2006, p. 329), o psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia; “para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente e ajudá-lo a enfrentar esse difícil processo, bem como dar à família e à equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do momento de vida da pessoa enferma”.

4.5 ETAPA HOSPITALAR

Destaca-se que, na Ficha de Coleta de Dados (apêndice A), no item IV (quatro), foram listados os meses de janeiro, fevereiro, julho e dezembro, no entanto, por serem

períodos destinados a férias na UNISUL, não houve, em tais meses, registros de atendimentos no Serviço de Psicologia do hospital. Considerando o exposto, investigou-se o período de março a novembro de 2007.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos atendimentos de acordo com a etapa hospitalar.

Tabela 5 — Distribuição da frequência conforme a etapa hospitalar (2007).

Mês	f	%
Março	67	11,9
Abril	94	16,6
Mai	87	15,4
Junho	30	5,3
Agosto	36	6,4
Setembro	98	17,3
Outubro	77	13,6
Novembro	76	13,5
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

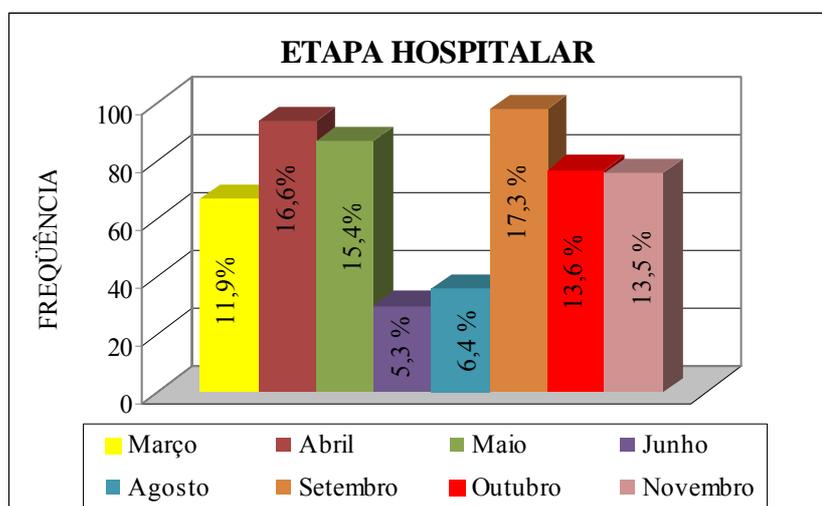


Figura 5 – Representação gráfica conforme a etapa hospitalar.

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Quanto ao número de atendimentos realizados, observa-se uma maior incidência nos meses de setembro (17,3%), abril (16,6%) e maio (15,4 %). Nota-se uma certa estabilidade nos meses de outubro (13,6%) e novembro (13,5%), um percentual considerável em março (11,9%) e uma queda nos meses de agosto (6,4%) e junho (5,3%). Provavelmente,

a variação nos meses de março e agosto deva-se aos procedimentos de trâmites legais que envolvem a liberação dos estagiários de Psicologia da UNISUL, para o acesso as enfermarias do hospital.

Algumas indagações ainda podem ser feitas a respeito destes resultados. O que provocou a queda nos atendimentos do mês de junho (5,3%)? Houve redução do número de estagiários de Psicologia da Unisul? Existiria a possibilidade de se implementar atendimentos psicológicos direcionados aos meses que apresentaram, e que venham a apresentar, baixa nas intervenções? Estas são perguntas que, considerados os registros disponíveis na época deste estudo, ficariam sem resposta. Numa próxima pesquisa valeria investigar de maneira mais acurada tais questionamentos.

Esses resultados merecem atenção, já que a definição de estratégias eficientes de intervenção psicológica requer um conhecimento prévio e sistematizado das principais demandas apresentadas pelos pacientes que necessitam de atendimento em instituições hospitalares, pois podem fornecer subsídios ao planejamento e à organização do Serviço de Psicologia no que se refere a adequação dos atendimentos às necessidades dos usuários.

4.6 TIPO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

A tabela 6 apresenta a distribuição do tipo de atendimento psicológico realizado nas unidades de internações investigadas.

Tabela 6 — Distribuição da frequência conforme o tipo de atendimento.

Tipo de atendimento	f	%
Individual	468	82,9
Familiar	55	9,7
Grupo espontâneo	00	0,0
Outros (individual e familiar)	42	7,4
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

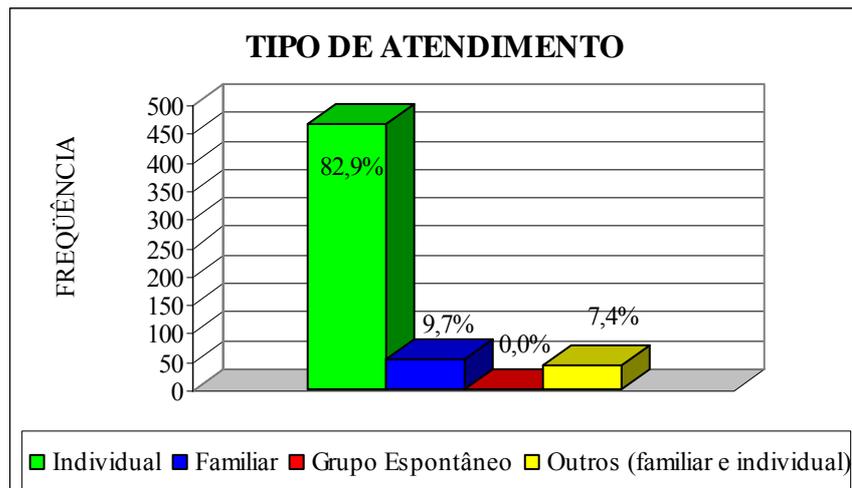


Figura 6 – Representação gráfica conforme o tipo de atendimento.
 Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Pode-se constatar a partir dos dados apresentados na tabela 6, que o atendimento individual foi predominante (82,9 %), seguido do familiar, com índice de 9,7%. Nota-se também que não ocorreu nenhum atendimento do tipo Grupo Espontâneo.

Relacionando a análise dos dados com o referencial teórico, os resultados obtidos talvez se fundamentem nas idéias de Camon (1994, p.25, grifo nosso):

No hospital, ao contrário do paciente que procura pela psicoterapia após romper eventuais barreiras emocionais, a pessoa hospitalizada será abordada pelo psicólogo **em seu próprio leito**. E, em muitos casos, com esse paciente sequer tendo claro qual o papel do psicólogo naquele momento de sua hospitalização e até mesmo da vida.

Além disso, talvez se possa considerar como respaldo para esses resultados, o tipo de atendimento proposto nos estágios específicos I e II do Núcleo Orientado da Saúde do curso de Psicologia da UNISUL, que na época deste estudo, era o individual.

Sabe-se que o atendimento de pacientes no ambiente hospitalar exige rapidez e brevidade, dadas as inúmeras e sempre urgentes demandas e a própria escassez de psicólogos atuando nas instituições. Questiona-se, então, se tais circunstâncias podem determinar o predomínio dos atendimentos individuais.

Os resultados obtidos, evidenciando que o tipo de atendimento foi predominantemente individual, podem auxiliar no planejamento de outros tipos de atendimentos que tanto atendam à demanda dos pacientes, familiares e equipe de saúde, quanto enriqueçam a formação do aluno-estagiário com diversificadas formas de atuação.

As funções do psicólogo hospitalar estão dirigidas à melhora da qualidade dos cuidados ao paciente e à sua família e a favorecer o apoio à equipe de saúde. Neste contexto, Campos (1995, p.79) argumenta que o psicólogo deve ir ao encontro do paciente e não apenas esperar que um outro profissional o encaminhe, pois com seu preparo e sensibilidade, deve também detectar os pacientes que deverão ser acompanhados. Assim, conforme Lima (1994, apud ROMANO, 1999) o psicólogo atua a nível psicopedagógico (educação), psicoprofilático (prevenção) e psicoterapêutico (tratamento).

Segundo Penna (1992, p. 364), “é possível ter uma avaliação do distúrbio emocional em evidência, de suas raízes psicodinâmicas, de como reflete nas relações interpessoais, e fazer intervenções apropriadas com propósitos bem definidos”. Na concepção da autora, perceber se o paciente se ajustou melhor à doença ou à hospitalização, ou se melhorou seu relacionamento com a equipe médica, além de não ser difícil, não depende apenas de uma avaliação subjetiva, pois todos percebem. Os relatos do alívio de medos, ansiedades e depressões são feitos diretamente pelo próprio paciente e indiretamente por médicos e familiares. A autora esclarece que na relação terapeuta-paciente, eventualmente é possível registrar mudanças psicodinâmicas mais extensas; as mais duradouras, no entanto, só podem ser avaliadas com programas de acompanhamento específicos que permitam mensurar critérios de cura.

Camon (1994) considera como uma das atribuições do psicólogo hospitalar a busca de informações sobre a história do paciente, lembrando sempre que o diagnóstico, o prognóstico e técnicas de intervenção só terão importância ao se considerar que não se trata só de doenças, mas sim, de pessoas doentes, e que nesse sentido, desconhecer a história da pessoa equivale a negligenciar o próprio sentido do trabalho do psicólogo dentro do hospital. O autor defende que, ao se caracterizar o paciente não se está apenas definindo o tipo de população atendida pelo hospital, se está também instrumentalizando a forma de atuação de um Serviço de Psicologia.

A demanda do paciente é que fará com que os profissionais da saúde se integrem, com o propósito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando seu bem-estar. Contudo, na visão de Camon (1987), serão os médicos os protagonistas do manejo hospitalar, pois são eles que decidem sobre técnicas, medicações, cura, internações e altas. Portanto, os demais profissionais se adequam, primeiramente, a demanda orgânica do indivíduo e às definições do médico, para posteriormente, integrar sua prática ao atendimento hospitalar.

4.7 ESTRESSE PSICOLÓGICO

A análise quanto ao estresse psicológico foi dividida em duas partes: a primeira mostrou se os prontuários dos pacientes pesquisados apresentaram ou não a categoria estresse psicológico, a segunda demonstrou o tipo de estressor apresentado pelos pacientes diagnosticados com estresse psicológico, de acordo com as 12 (doze) categorias listadas no instrumento de coleta de dados (apêndice A).

As ocorrências referentes à presença ou não de estresse psicológico, resumem-se na tabela 7, a seguir.

Tabela 7 — Distribuição da frequência de acordo com a presença ou não de estresse psicológico.

Estresse Psicológico	f	%
Sim	317	56
Não	248	44
Total	565	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

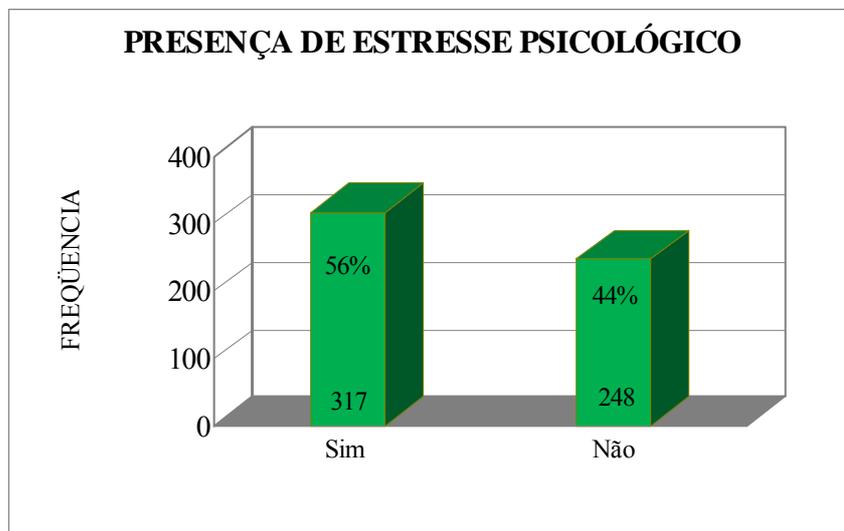


Figura 7 – Representação gráfica de acordo com a presença ou não de estresse psicológico.

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Como pode ser observado na Tabela 7, os resultados indicaram que, da amostra global (n=565), 44% (248) dos prontuários não faziam referência ao elemento estressor,

enquanto que 56% (317) dos prontuários apresentaram referência a sintomatologia de estresse.

Considerando que 56% dos prontuários fazia referência a pacientes que apresentaram sintomatologia de estresse psicológico, a análise dos resultados revelou o quanto o processo de hospitalização repercute no paciente, levando-o a ter que enfrentar mudanças de várias ordens, que rompem sua rotina, alterando toda uma dinâmica de vida. Conforme os autores citados no referencial teórico, tais mudanças afetam diretamente o estado emocional do paciente. O corpo humano é simbólico, de forma a configurar, segundo Figueira (1975 apud RIBEIRO, 2007), dimensões biológica, psíquica, social e cultural. Deste modo, conforme Ribeiro (2007), quando se adoece não é apenas uma estrutura concreta que está insusceptível, mas uma série de atributos, funções identidades, significações e propriedades representacionais. Compreender a influência dos aspectos emocionais em situações de doença e hospitalização pressupõe, antes de tudo, aceitar a relação intrínseca existente entre as funções psíquicas e fisiológicas do ser humano.

Penna (1992) destaca que a maior parte dos pacientes hospitalizados consegue uma boa resolução emocional desta fase de crise vivencial, no entanto, muitos pacientes podem sucumbir emocionalmente frente à doença, prendendo-se a sentimentos negativos, o que intensifica ainda mais o processo de regressão emocional. Para Camon (1995), a busca pela minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, requer a abrangência não apenas da hospitalização em si, em termos específicos de patologia, mas principalmente das seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização. Cury (2005), também enfatiza que não se devem excluir os processos emocionais e sociais na tentativa de compreender e diagnosticar a doença, desde sua instalação até o seu desenvolvimento.

Para Santos e Sebastiani (1996), a enfermidade se coloca como uma situação estressante para o paciente, na medida em que pode implicar em diferentes ameaças e representar uma demanda que exceda seus recursos internos e externos para enfrentá-la. Enfatizando esta temática, Jeammet (1982) considera que a hospitalização e a doença comportam, indiscutivelmente, um golpe na integridade do indivíduo e um obstáculo ao exercício normal de sua vida, fatos que podem gerar insegurança permanente, acarretando desgaste e estresse emocional.

A hospitalização, em qualquer indivíduo, tem repercussões no seu estado emocional, já que o afastamento de seu meio, de seu cotidiano, do seu trabalho e de sua família já produz por si só conseqüências importantes. Strain (1978, apud BOTEGA, 2002, p.44), postula oito categorias de estresses psicológicos a que está sujeito o paciente

hospitalizado por uma doença aguda, tendo por base as fases psicodinâmicas do desenvolvimento. As categorias propostas por Strain e que compõem a relação de estressores psicológicos (apêndice A), que nortearam um dos objetivos desta pesquisa, serão analisadas a seguir.

Para a análise dos resultados referentes aos 12 (doze) itens usados na investigação dos estressores que mais afetaram os pacientes, foi construída a Tabela 8 com a frequência de cada estressor assinalado.

Verificou-se que em relação aos prontuários de pacientes que manifestaram sintomatologia de estresse psicológico (n=317), 88% (279) dos prontuários assinalaram um só estressor e 12% (38) mais de um, totalizando 414 incidências nas doze categorias listadas no instrumento de coleta de dados.

Tabela 8 — Distribuição da frequência conforme a ocorrência de estresse psicológico.

Tipo de estresse psicológico	f	%
Ameaça básica a integridade narcísica	76	18,3
Medo de estranhos	4	1
Ansiedade de separação	98	23,7
Medo da perda de amor e de aprovação	11	2,6
Medo da perda do controle das funções do corpo	29	7
Medo da perda de, ou dano a, partes do corpo	4	1
Culpa e medo de retaliação	7	1,7
Medo da morte e da dor	29	7
Ansiedade frente à falta de informação do adoecimento	96	23,2
Ansiedade pela espera	60	14,5
Ansiedade pela recuperação da saúde	0	0
Outros	0	0
Total	414	100

Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

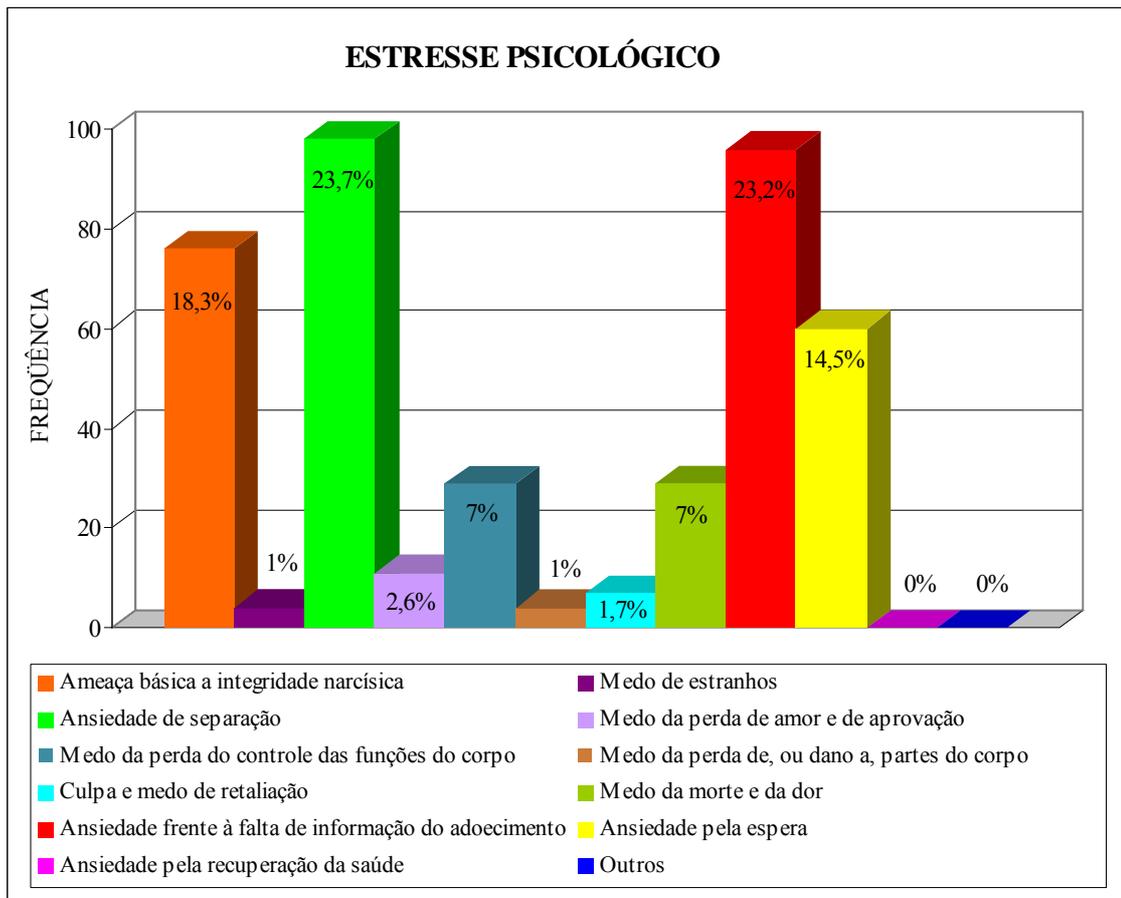


Figura 8 – Representação gráfica conforme a ocorrência de estresse psicológico.
 Fonte: Dados de prontuários do Hospital de Caridade do ano de 2007.

Os dados desta pesquisa revelaram, como se pode verificar na tabela 8 e no gráfico 8, que os estresses psicológicos mais sinalizados foram: “ansiedade de separação” (23,7%), “ansiedade frente à falta de informação do adoecimento” (23,2%), “ameaça básica a integridade narcísica” (18,3%), “ansiedade pela espera” (14,5%), “medo da perda do controle das funções do corpo” (7%) e “medo da morte e da dor” (7%).

Buscando-se no referencial teórico, embasamento para estes resultados, a “ansiedade de separação”, com percentual de 23,7%, refere-se, segundo Strain (1978, apud BOTEGA, 2002, p.44), à ansiedade de se separar de pessoas significativas, ambientes, estilo de vida e objetos. O indivíduo ao ser hospitalizado se vê afastado de sua casa, família, trabalho, grupo social, deixando de exercer papéis do seu cotidiano, passando a ter que se adequar à rotina hospitalar.

Para Cury (2005) a internação caracteriza-se como uma ruptura da história do indivíduo, pois o paciente perde a individualidade, deixa de ser sujeito e passa a ser apenas um objeto da prática médica hospitalar transformando-se em mais um número de leito, sendo

identificado pelo diagnóstico de sua doença. De acordo com Camon (1995, p. 17), o simples fato de estar hospitalizado faz com que “a pessoa adquira os signos que irão enquadrá-la numa nova performance existencial e até mesmo seus vínculos interpessoais passarão a existir a partir desse novo signo, [...] seus hábitos anteriores terão de se transformar frente à realidade da hospitalização e da doença”.

Botega (2002) defende que o processo de adoecimento e hospitalização quebra a linha de continuidade da vida do indivíduo, das funções desempenhadas por ele na sociedade e da previsibilidade aparente que cada pessoa guarda sobre seu futuro. O autor ainda reforça que o surgimento de uma doença pode fazer com que o enfermo sinta que deixou de ser dono de si, tornando-se escravo de seu próprio corpo e do tempo.

Como se pode verificar no gráfico 8 o estresse psicológico “ansiedade frente à falta de informação do adoecimento” foi observado em 23,2% dos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço de psicologia. O medo e a ansiedade decorrentes de uma doença seja ela aguda ou crônica, para Santos e Sebastiani (1996), pode se tornar extremo, quando o doente não tem clareza sobre a doença e recursos disponíveis para enfrentá-la.

De acordo com Cury (2005), para prestar assistência ao paciente, é preciso que se conheça a doença, sua evolução e seu prognóstico, além da rotina pela qual ele vai ser submetido. A autora considera que as informações passadas aos pacientes são importantes para diminuir a ansiedade, dirimir fantasias, desmistificar conceitos e idéias pré-concebidos, e que acompanhar a evolução do paciente quanto aos aspectos emocionais que a doença traz é certamente um dos objetivos do trabalho do psicólogo.

Conforme Campos (1995), se o psicólogo em sua prática minimizar o sofrimento gerado pela hospitalização, ajudando o paciente a compreender o processo de adoecimento dentro do ciclo de vida, fará com que ele se sinta mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo. Deste modo o paciente terá condições de entender sua doença tanto no aspecto fisiológico como nas limitações emocionais, conscientizando-se do que é real e das fantasias. Para Campos (1995, p. 79), 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 são orientados sobre sua cirurgia podem cooperar com o tratamento e se recuperar melhor no pós-cirúrgico, pois são trabalhados em seus medos e suas dúvidas”.

Pode-se dizer, segundo Campos (1995), que dependendo de suas condições pessoais, o paciente tem o direito de saber sobre sua saúde, a entender o seu tratamento, a conhecer o seu diagnóstico e a saber das possibilidades de sua recuperação, pois sendo bem informado, tende a responder melhor ao tratamento, seguindo-o de forma adequada,

participando ativamente, sendo observador e vigilante de sua evolução. No entanto, o médico deve ter preparo psicológico para se relacionar com o paciente e informá-lo; da mesma forma, é necessário haver preparo e acompanhamento psicológico do paciente para saber a verdade.

É necessário, portanto, discutir sobre a doença com o paciente e falar das implicações em sua vida: a origem, o desenvolvimento e o tratamento da doença. Segundo Campos (1995, p. 78), “[...] o psicólogo precisa avaliar como a doença está inserida na estrutura psíquica do paciente, 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”. Sabe-se que a doença pode provocar culpa, regressão e depreciação de si mesmo, marcando uma ruptura na história pessoal e como cada indivíduo tem uma história singular, viverá a hospitalização também de uma forma peculiar. Assim o psicólogo terá de conhecer esses aspectos particulares, para poder dar a assistência necessária ao paciente (CAMPOS, 1995).

Setenta e seis prontuários assinalaram a “ameaça básica a integridade narcísica” (18,3%) e, com igual número de ocorrências, ou seja, em vinte e nove prontuários, foram apontados o “medo da perda do controle das funções do corpo” (7%) e o “medo da morte e da dor” (7%) como estresses psicológicos relevantes para o psicólogo trabalhar no sentido de atender o usuário do Serviço de Psicologia. Como já foi anteriormente mencionado, estas três categorias fazem parte do esquema de conflitos básicos proposto por Strain (1978, apud BOTEGA, 2002, p.44). Na “ameaça básica a integridade narcísica” são atingidas as fantasias onipotentes de imortalidade, de controle sobre o próprio destino e de um corpo indestrutível. Nesta categoria, podem emergir ainda, fantasias catastróficas, sensação de pânico, aniquilamento e impotência. O “medo da perda de controle das funções do corpo” refere-se ao medo da perda das funções adquiridas durante o desenvolvimento, como a fala, o controle dos esfíncteres e dos movimentos, etc, que levam a uma condição de dependência. O “medo da morte e da dor” surge frente à possibilidade da finitude e do sofrimento. Neste ponto se faz importante esclarecer que a abordagem concomitante das três categorias segue a perspectiva dos autores pesquisados.

A respeito desses resultados, vale ressaltar a opinião de alguns autores citados no referencial teórico, entre eles Campos (1995), Cury (2005) e Santos & Sebastiani (1996), quando tratam desta temática.

O aparecimento de uma doença faz com que muitos pacientes enfrentem a perda de um corpo saudável e ativo. Para muitos deles, o mau funcionamento orgânico configura-se como a perda da autonomia e da capacidade de agir com independência.

Para Cury (2005), o medo da invalidez permanente que o paciente sofre, com a possibilidade de ter que depender do outro, traz importante alteração em relação a sua auto-imagem, além da percepção de ser vulnerável e finito. Na concepção de Cury (2005, p.26), “[...] o medo da dor física, da anestesia em caso de cirurgia e de retornar para casa após a hospitalização trazem conseqüências para seu estado emocional”. O período de hospitalização incita o paciente a passar por um processo de reavaliação de vida e valores, tornando-o mais introspectivo.

Campos (1995, p. 64-65), considera que o paciente hospitalizado necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia, esclarecendo que isto nem sempre é fácil, pois o indivíduo sente-se ameaçado pela quebra da rotina, ou pela intervenção cirúrgica ou medicamentosa, surge então o medo de incapacidade ou morte, como a ameaça à sua integridade física, ou seja, o paciente toma contato com sua limitação, com sua dependência e sua impotência. Tais ameaças, conforme Santos e Sebastiani (1996), podem estar relacionadas com a própria vida do indivíduo e seus temores da morte, com sua integridade física e psicológica, com seu funcionamento e conforto corporal, com a realização das suas atividades cotidianas, bem como a fantasias sobre o que esta acontecendo.

A doença, de certa forma, pode sinalizar a mortalidade do indivíduo, a finitude do corpo e a falta de controle total sobre tal circunstâncias, caracterizando-se, então, como uma situação de fraqueza e dependência, por parte do paciente. O ser humano nasce com a certeza de que vai morrer um dia, mas, como explica Campos (1995, p. 64-65), “[...] 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, deve falar sobre a possibilidade da morte, não se ocultando ou negando os acontecimentos.

Retomando o gráfico 8, verifica-se que, com um percentual de 14,5%, o estresse psicológico “ansiedade pela espera” totalizou sessenta incidências (n=.414). Buscou-se no referencial teórico suportes para uma melhor compreensão do resultado em referência. Pessini e Bertachini (2004), afirmam que o ambiente hospitalar gera insegurança e uma peculiar ansiedade, caracterizando-se quase sempre como um lugar de sofrimento e dor, de angústia e espera, quando não de desolação e desesperança.

Para Botega (2002), a maneira como as pessoas reagem ao processo de adoecimento e hospitalização dependem de muitos fatores: do tipo de personalidade, da história de vida, das crenças, do estado emocional, do apoio que recebem e do tempo. Conforme Jeammet (1982) e Romano (1999), pode-se destacar também, entre os múltiplos fatores: a organização de capacidades defensivas, a interpretação que a pessoa faz do que lhe

está acontecendo, a forma como vivencia a doença e a situação de internação, a capacidade de tolerar frustrações, as vantagens e desvantagem advindas da posição de doente, os projetos de vida e as relações que estabelece consigo mesmo, com seus familiares/cuidadores e com a equipe de saúde. Além disso, deve-se considerar a cultura em que o indivíduo está inserido, a qual determina uma certa representação da doença.

Os dados coletados revelam a importância fundamental de se dar atenção para os aspectos emocionais presentes durante a internação hospitalar. Conforme Penna (1992, p. 367), a capacidade que o paciente tem de lidar com o esquema de conflitos básicos proposto por Strain “dependerá de como ele se adaptou às demandas geradas por essas etapas de desenvolvimento quando criança”. A compreensão da manifestação e da repercussão desses fatores durante a hospitalização pode ser de grande valia para a melhora do atendimento oferecido aos pacientes e a seus familiares. A conscientização da influência desses fatores também pode mediar as intervenções da equipe e contribuir para a estruturação de estratégias de intervenção em psicologia, objetivando a diminuição de possíveis conseqüências indesejáveis trazidas pela vivência da doença e ou hospitalização. A assistência psicológica, dentro do hospital, conforme Campos (1995), busca o alívio emocional do paciente, dando oportunidade para que ele expresse suas emoções, descubra a melhor maneira de lidar com as limitações impostas pela doença e a hospitalização, ajudando-o a tratar/minimizar seu sofrimento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresenta a caracterização dos usuários atendidos pelo Serviço de Psicologia de um hospital no Sul do Brasil. Tendo por base o pressuposto que, no contexto hospitalar, para melhor atendimento aos usuários, faz-se necessário conhecer suas características e principais demandas, pode-se considerar que os objetivos propostos neste estudo (tanto geral como específicos) foram alcançados, uma vez que, a análise dos dados em confronto com o referencial teórico possibilitou caracterizar os usuários do Serviço de Psicologia, provendo dados quantitativos importantes ao levantamento de necessidades e delineamento de programas e procedimentos de atuação.

Pode-se verificar que a atuação do psicólogo, no hospital, centraliza-se no significado e nas conseqüências que a vivência da hospitalização e da doença em si, tem para

o paciente e que os recursos técnicos e teóricos que norteiam este trabalho devem estar de acordo com as demandas dos usuários e da instituição, concretizando-se através de uma prática sistematizada, que permita que as intervenções sejam baseadas na peculiaridade de cada paciente com suas angústias, medos, fantasias e reações específicas diante da doença e da hospitalização.

Constatou-se, neste estudo, que de março a novembro de 2007, o Serviço de Psicologia da UNISUL atendeu 565 pacientes de ambos os sexos, e que não houve diferença estatística significativa nessa categoria. A média de idade destes pacientes foi de 57,6 anos, variando em uma faixa etária de 17 a 92 anos. Considerando ainda a categoria idade, pode-se perceber maior ocorrência de atendimentos a adultos (23,9%), com até 59 anos, e idosos (46,8%) com 60 anos ou mais e que, apenas um adolescente, com 17 anos, foi atendido pelo Serviço de Psicologia. Através da análise desses dados e do conteúdo pesquisado, fundamenta-se a importância de se buscar na biografia de um paciente e no conhecimento de sua organização psíquica, o apoio para alcançar uma compreensão mais global de sua doença. Cabe ao psicólogo resgatar a visão do indivíduo como um todo, acolhendo cada paciente nas suas manifestações, como um ser inteiro, um ser biopsicossocioespiritual. Sabe-se que o hospital pode configurar-se como um ambiente voltado muito mais para os aspectos orgânicos que para as manifestações emocionais decorrentes da doença e da hospitalização. Enquanto a abordagem médica privilegia o corpo biológico, a psicologia hospitalar pode abrir espaço para uma escuta diferenciada, na qual a história do paciente internado se torna significativa para entender a história da sua doença. Esta escuta possibilitará que a pessoa seja vista e cuidada integralmente, isto é, não seja considerada como um número de leito, uma certa patologia, mas seja vista de forma particularizada, individualizada. Isto permitirá que seja respeitada sua identidade e principalmente sua demanda individual.

Quanto à alta demanda de idosos, que tanto pode estar relacionada ao aumento da expectativa de vida como a alta ocorrência de doenças crônicas na velhice, caberia sugerir estudos futuros que pudessem elucidar questões ligadas ao processo doença/hospitalização na velhice, abordando as relações que os pacientes idosos estabelecem com os serviços das instituições hospitalares. O conhecimento a respeito desses processos poderia contribuir para a melhora do atendimento oferecido à população idosa nas instituições hospitalares, contribuindo para uma maior eficácia de tratamentos e intervenções realizadas. Da mesma forma, seria interessante investigar o motivo para o número inexpressivo de adolescentes atendidos pelo Serviço de Psicologia, isto poderia fazer aparecer essa parte da população, possibilitando a implementação do atendimento psicológico para esta faixa etária.

Pode-se perceber, através deste estudo, que os atendimentos psicológicos tiveram maior concentração em uma unidade de internação com características de enfermaria geral, seguida dos atendimentos realizados na unidade coronariana. Estes resultados são relevantes na medida em que têm importante valor informativo sobre as demandas mais urgentes de uma instituição em particular, podendo assim prover dados que direcionem a ação dos profissionais e estagiários do Serviço de Psicologia.

Através da revisão teórica constatou-se que, no contexto hospitalar, o psicólogo pode concentrar suas atividades prestando atendimento aos pacientes em diversas unidades de internação e também a nível ambulatorial. Levando-se isso em consideração, é certo inferir que a psicologia hospitalar segue a ótica do trabalho em equipe, onde visões e enfoques diferentes de um determinado problema fazem crescer as possibilidades de intervenção sobre ele. Neste contexto, verificou-se que a atuação do psicólogo não está somente limitada à atenção direta aos pacientes, estando a tríade paciente-família-equipe de saúde sempre fundamentando a atuação deste profissional. Integrando-se a uma equipe multidisciplinar, o psicólogo poderá contribuir com diferentes informações para uma visão mais completa do doente, evitando contrariedades no tratamento e outros problemas que possam surgir pela falta de comunicação ou pelo relacionamento precário entre o paciente e a equipe de saúde. Verificou-se, também, que em virtude da rotina hospitalar impossibilitar reuniões freqüentes entre os profissionais, impedindo a troca de informações, o prontuário do paciente é considerado, pelos psicólogos, como o processo comunicacional mais importante entre os profissionais das diferentes áreas disciplinares de um hospital.

Quanto à categoria patologia, com respaldo no levantamento efetuado, constatou-se que as maiores demandas encontravam-se nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia e clínica médica geral. Os resultados deste estudo confirmam a relevância do desenvolvimento de Serviços de Psicologia no âmbito hospitalar, pois vão ao encontro da necessidade de minimizar o sofrimento gerado pelo adoecimento, pelo impacto do diagnóstico de uma doença (às vezes grave e sem prognóstico de cura), pela diversidade de tratamentos (por vezes bastante prolongados e dolorosos) e pelas exigências, limitações e rotinas que a instituição hospitalar necessariamente impõe. Entende-se, então, que os atendimentos realizados pelo Serviço de Psicologia visam dar apoio e suporte psicológico ao paciente, aos familiares e à equipe de saúde envolvida no processo. Cabe ao psicólogo hospitalar somar esforços junto com a equipe de saúde, no sentido de promover o bem-estar e a melhora da saúde psicológica do paciente e seus familiares, procurando conscientizar e auxiliar a aceitação do diagnóstico e das medidas terapêuticas mais adequadas.

Em relação à categoria etapa hospitalar, pode-se perceber maior ocorrência de atendimentos psicológicos no mês de setembro, seguido de abril, maio e março. Notou-se uma queda considerável no número de atendimentos nos meses de agosto e junho. Esses resultados merecem atenção, já que a definição de estratégias eficientes de intervenção psicológica requer um conhecimento prévio e sistematizado das principais demandas apresentadas pelos pacientes que necessitam de atendimento em instituições hospitalares, pois podem fornecer subsídios ao planejamento e à organização do Serviço de Psicologia no que se refere à adequação dos atendimentos às necessidades dos usuários. Caberia investigar se as reduções dos atendimentos foram decorrentes da falta de demanda dos pacientes, ou se da escassez de profissionais e ou estagiários de psicologia. Estes dados poderiam, caso necessário, contribuir para o planejamento e a implementação de atendimentos psicológicos direcionados aos meses que apresentassem baixas nas intervenções, evitando assim, que o paciente ficasse sem atendimento.

Considerando a categoria tipo de atendimento psicológico, pode-se constatar a predominância do tipo individual, seguido do familiar com percentual inferior a 10% do total da amostra. Os resultados obtidos se tornam importantes porque, evidenciando que o tipo de atendimento foi predominantemente individual, podem auxiliar no planejamento de outros tipos de atendimentos que tanto atendam à demanda dos pacientes, familiares e equipe de saúde, quanto enriqueçam a formação do aluno-estagiário com diversificadas formas de atuação. No âmbito hospitalar, o psicólogo trabalha diariamente com a urgência médica e com as necessidades do paciente como pessoa. Por isso, cada situação coloca o psicólogo em contato com o novo, exigindo dele flexibilidade para definir qual a ação mais efetiva em um determinado momento ou situação, caracterizando a singularidade de cada atendimento, que pode ser de modo individual ou em grupo.

Quanto à categoria estresse psicológico, foi possível averiguar, que a maioria dos pacientes apresentou sintomatologia de estresse e que os estressores mais expressivos apresentados pelos pacientes, relacionavam-se a “ansiedade de separação”, “ansiedade frente à falta de informação do adoecimento”, “ameaça básica a integridade narcísica”, “ansiedade pela espera”, “medo da perda do controle das funções do corpo” e “medo da morte e da dor”. Estes resultados revelam a importância fundamental de se dar atenção para os aspectos emocionais presentes durante a internação hospitalar. A compreensão da manifestação e da repercussão desses fatores durante a hospitalização pode ser de grande valia para a melhora do atendimento oferecido aos pacientes e a seus familiares. A conscientização da influência desses fatores também pode mediar as intervenções da equipe e contribuir para a

estruturação de estratégias de intervenção em psicologia, objetivando a diminuição de possíveis conseqüências indesejáveis trazidas pela vivência da doença e ou hospitalização.

Constatou-se também, neste estudo, que o psicólogo hospitalar deve se ocupar da compreensão e tratamento dos aspectos emocionais em torno do adoecer e da hospitalização, visando o alívio do sofrimento do paciente, favorecendo a expressão de sentimentos e emoções, trabalhando a relação emocional do paciente com a doença, o tratamento, a equipe de saúde, a necessidade de possíveis restrições (os aspectos inerentes da doença como limitação de atividades, perda de liberdade e de autonomia, etc.), fortalecendo as possibilidades pessoais de adaptação e enfrentamento na fase da hospitalização. Além do paciente, a família também pode ser beneficiada com o atendimento psicológico, pois se encontra quase sempre muito mobilizada diante da situação de risco e sofrimento do familiar, necessitando, portanto, de apoio, atenção e suporte emocional, para que possa repassar ao paciente sentimentos positivos que irão agir em favor de sua melhor adaptação, contribuindo assim para uma rápida recuperação.

Algumas limitações foram encontradas na realização deste trabalho, uma delas foi o cumprimento de datas para o término da pesquisa. Outra limitação observada refere-se à falta de algumas informações nos prontuários utilizados na época deste estudo. Por exemplo, não havia registro sobre escolaridade, profissão, estado civil, etc. A ausência destas e de outras informações impediu que análises mais detalhadas fossem feitas no sentido de se conhecer melhor a população atendida. Salienta-se que os prontuários atuais foram reformulados permitindo que mais informações, relevantes e significativas, sobre o paciente sejam registradas.

A relevância social deste estudo está relacionada à importância de sistematizar informações de atendimentos psicológicos, facilitando a obtenção de informações a cerca da vida do paciente em seus diferentes aspectos. A relevância científica desta pesquisa está amparada no fato de poder auxiliar na implantação da Sistematização dos Serviços de Psicologia, no direcionamento das disciplinas curriculares para esta temática, como também, poderá servir de fonte de dados para futuras pesquisas, sendo suporte para estudantes e profissionais da área da saúde no processo de intervenção hospitalar, já que tais profissionais poderão contar com dados específicos sobre cada paciente.

As possibilidades de investigação sobre o tema desta pesquisa não foram aqui esgotadas, pelo contrário, faz-se necessária a continuidade de novos estudos que possam responder às questões que foram levantadas a partir deste trabalho. Sugere-se, por exemplo, que estudos futuros sejam conduzidos com maior número de pacientes e com a utilização do

novo prontuário que, com as adaptações realizadas otimizou a sua aplicação, possibilitando o levantamento de outros dados significativos.

A vida é para nós o que concebemos dela. Para o rústico cujo campo lhe é tudo, esse campo é um império. Para o César cujo império lhe ainda é pouco, esse império é um campo. O pobre possui um império; o grande possui um campo. Na verdade, não possuímos mais que as nossas próprias sensações; nelas, pois, que não no que elas vêm, temos que fundamentar a realidade da nossa vida (FERNANDO PESSOA).

REFERÊNCIAS

- ALAMY, Susana. A Prática Hospitalar – Como é a Atuação do Psicólogo? **PSICÓPIO: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, Jan-Jun 2005. Disponível em: <<http://br.geocities.com/revistavirtualpsicopio/edicoes.html>>. Acesso em: 26 abr. 2008.
- BOTEGA, Neury José. Reação à Doença e à Hospitalização. In: BOTEGA, Neury José (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2002.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia**. Brasília, DF: MEC, 2004. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2008.
- CAMON, Valdemar A. Angerami (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1987.
- _____ (Org.). **A psicologia no hospital**. São Paulo: Traço, 1988. (Série psicoterapias alternativas).
- _____ (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.
- _____ O Psicólogo no Hospital. In: CAMON, Valdemar A. Angerami (Org.). **Psicologia Hospitalar - Teoria e Prática** (p. 15-28). São Paulo: Pioneira, 1995.
- _____ **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira Thonsom Learning, 2002. (Coleção novos umbrais).
- CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CASTRO, Elisa Kern. Resenha sobre o livro: O Psicólogo no ambiente hospitalar. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, p.199-200, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1435/1128>> Acesso em: 20 abril. 2008.
- CHIATTONE, H. B. C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: CAMON, Valdemar A. Angerami (Org.). **Psicologia da Saúde - Um Novo Significado para a Prática Clínica** (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 014/2000**. Brasília, DF: CFP, 2000. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2000_14.pdf> Acesso em: 16 mai. 2008.
- _____ **Resolução CFP nº 013/2007**. Brasília, DF: CFP, 2007. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2007_13.pdf> Acesso em: 16 mai. 2008.

CREPALDI, M.A.; RABUSKE, M.M.; GABARRA, L.M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M. Aparecida; LINHARES, M. B. Martins & PEROSA, G. B (Orgs.). **Temas em Psicologia Pediátrica** (p. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CURY, Silvia Maria. **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

EBLING, Márcia. **O que é Psicologia Hospitalar**. Disponível em: <http://www.uniamerica.br/visaoacademica/o_que_e_psicologia_hospitalar/> Acesso em: 23 abril, 2008.

FOSSI, Luciana Barcellos ; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares**. *Rev. SBPH*. [online]. jun. 2004, vol.7, no.1 [citado 28 Abril 2008], p.29-43. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-0858. Acesso em: 28 abril 2008.

GARCIA, Eduardo Alfonso Cadavid. **Manual de sistematização e normalização de documentos técnicos**. São Paulo: Atlas, 1998.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GORAYEB, Ricardo; GUERRELHAS, Fabiana. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, vol.5, n.1, p.11-19, jun. 2003.

HOSPITAL DE CARIDADE. **O Hospital: instalações, histórico e localização**. Disponível em: <<http://www.hospitaldecaridade.com.br/hospital/index.html>>. Acesso em: 4 maio. 2008.

INSTITUTO ETHOS DE PESQUISA. Disponível em: <<http://www.ethos.com.br>> Acesso em: 27 abril. 2008.

JEAMMET, Philippe; REYNAUD, Michel; CONSOLI, Silla. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Ed. Masson, 1982.

LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida; AMORIM, Sandra Fernandes de. Avaliação Psicológica no Hospital Geral. In: BRUSCATO, W. Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, S. R. Almeida (Orgs). **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MOTA, R. Araújo; MARTINS, C.G. de Melo; VÉRAS, R. Meira. O Papel dos Profissionais de Saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, mai./ago. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2008.

NARDE, Nance Beyer. **Metodologia da pesquisa científica**. Disponível em: <http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/482_ic_metodologia_pesquisa.ppt> Acesso em: 29 abr. 2008.

PENNA, Therezinha L. M. Psicoterapias breves em hospitais gerais. In: MELLO FILHO, Julio de. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PONTES, Antonio C. Fonseca; CORRENTE, José Eduardo. Comparações múltiplas não-paramétricas para o delineamento com um fator de classificação simples, **Revista de Matemática e Estatística**, São Paulo, n.19, p.179-197, 2001. Disponível em: <http://www.fcav.unesp.br/RME/fasciculos/v19/A10_Artigo.pdf>. Acesso em: 05 set. 2008.

RAUEN, Fábio José. **Elementos de iniciação à pesquisa**. Rio do Sul, SC: Nova Era, 1999.

RIBEIRO, Ivalda Dias. et al. O trabalho do psicólogo com grupos terapêuticos nas enfermarias masculinas e femininas do Hospital Universitário/UFJF. **Revista Virtú-ICH/UFJL**, Juiz de Fora/MG, 5ª edição, 1º semestre/2007. Disponível em: <<http://www.virtu.ufjf.br/5a%207.pdf>> . Acesso em: 26 jan. 2008.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Psicologia no Instituto do Coração de São Paulo. **Revista de Psicologia Catharsis**. Ed.nov./dez. 1998. Disponível em: <<http://www.revistapsicologia.com.br/index2.htm>> . Acesso em: 18 mai. 2008.

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

SANTOS, C.T. & SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, Valdemar, A. Angerami (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

SEBASTIANI, R. W. & CHIATTONE, H. B. C. **Curso de introdução em psicologia hospitalar**. São Paulo: Nêmeton, 1991.

SPERONI, Angela Vasconi. O lugar da psicologia no hospital geral. **Revista SBPH**, dez. 2006, vol.9, no.2, p.83-97. ISSN 1516-0858.

STEVENSON, William J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Harbra Ltda, 1981.

TONETTO, A. Maria; GOMES, William B. Prática Psicológica em Hospitais: demandas e intervenções. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 36, n. 3, p. 283-291, set./ dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1399/1099>>. Acesso em: 18 mai. 2008.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. **Manual do Curso de Psicologia**. Florianópolis, 2008. 62p.

WILTON. **A atuação do psicólogo no hospital para a promoção de saúde**. Pub: maio/2007. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=461>>. Acesso em: 19 abr. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados

Apresentação: esta Ficha de Coleta de Dados busca coletar informações sobre os usuários do Serviço de Psicologia do Hospital de Caridade de Florianópolis-SC.

O presente documento faz parte do TCC: O Paciente Hospitalizado – Um Foco Para Psicologia da Saúde.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Gênero: 1 Masculino 2 Feminino

2. Idade:.....

II - UNIDADE DE INTERNAÇÃO

- 1 São Roque
- 2 Nossa Senhora das Graças
- 3 Nossa Senhora do Livramento
- 4 Irmã Bernadete
- 5 Unidade Coronária - UNICOR

III - PATOLOGIA

1

.....

IV – ETAPA HOSPITALAR

- 1 2005
- 2 2006
- 3 2007

1 <input type="checkbox"/> Jan	7 <input type="checkbox"/> Jul
2 <input type="checkbox"/> Fev	8 <input type="checkbox"/> Ago
3 <input type="checkbox"/> Mar	9 <input type="checkbox"/> Set
4 <input type="checkbox"/> Abr	10 <input type="checkbox"/> Out
5 <input type="checkbox"/> Mai	11 <input type="checkbox"/> Nov
6 <input type="checkbox"/> Jun	12 <input type="checkbox"/> Dez

V - TIPO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

- 1 Individual
 - 2 Familiar
 - 3 Grupo Espontâneo
 - 4 Outros:.....
-

VI - ESTRESSE PSICOLÓGICO

- 1 Ameaça básica a integridade narcísica
 - 2 Medo de estranhos
 - 3 Ansiedade de separação
 - 4 Medo da perda de amor e de aprovação
 - 5 Medo da perda do controle das funções do corpo
 - 6 Medo da perda de, ou dano a, partes do corpo
 - 7 Culpa e medo de retaliação
 - 8 Medo da morte e da dor
 - 9 Ansiedade frente à falta de informação do adoecimento
 - 10 Ansiedade pela espera
 - 11 Ansiedade pela recuperação da saúde
 - 12 Não apresentou estressor psicológico
 - 13 Outros:.....
-

ANEXOS

ANEXO "B"



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
Av. José Acácio Moreira, 787 - Bairro Dehon - Cx Postal 370
88704-900 - Tubarão - SC
Fone: (48) 621-3000

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS
INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

Florianópolis, 01 de julho de 2008.

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer da Comissão de Ética em Pesquisa - CEP-UNISUL, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "O Paciente Hospitalizado: Um Foco Para Psicologia da Saúde" declaram estarem cientes e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Letícia Gabarra
Prof^a. Orientadora da UNISUL

Paulo Roberto Sandrini
Coordenador do Curso de Psicologia

Rita Peruchi
Assessora da Provedoria do Hospital de Caridade