

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA**

**INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO  
ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

**NATHÁLIA DA CUNHA HENRIQUES**

**CAMPINA GRANDE, PB  
2015**

**NATHÁLIA DA CUNHA HENRIQUES**

**INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO  
ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA**

Trabalho apresentado à Banca Examinadora da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Professora Dra. Roseane Christhina da Nova Sá Serafim.

**CAMPINA GRANDE, PB  
2015**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”-  
UFCG**

H519i

Henriques, Nathália da Cunha.

Intervenções psicológicas na atenção especializada de alta complexidade: relato de experiência / Nathália da Cunha Henriques. - Campina Grande, PB: O autor, 2015.

26 f. 21 x 27,9 cm

Artigo (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Roseane Christhina da Nova Sá Serafim, Dr.

1. Psicologia da saúde. 2.Saúde pública. 3.Formação do psicólogo. 4.Atuação do psicólogo. I. Serafim, Roseane Christhina da Nova Sá Serafim. II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)

NATHÁLIA DA CUNHA HENRIQUES

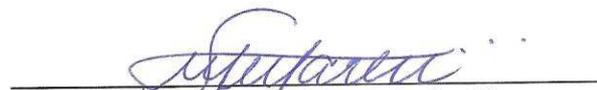
INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO  
ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE: RELATO DE  
EXPERIÊNCIA

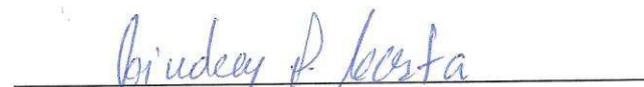
Trabalho aprovado em: 23 / 11 / 2015

Nota: 10,0

BANCA AVALIADORA

  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseane Christhina da Nova Sá Seafim  
Universidade Federal de Campina Grande  
Orientadora

  
Prof<sup>a</sup> Ms. Simone Marin Alves  
Universidade Federal de Campina Grande  
Avaliadora

  
Lindecy Pereira Costa  
Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG  
Avaliadora

CAMPINA GRANDE, PB  
2015

*A Elias Cunha Melo (in memoriam), todo o meu amor.*

## AGRADECIMENTOS

Minha gratidão eterna se dá primeiramente a Deus, amor imanente derramado na vida, causa primeira e última da elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, Tânia e Nicodemos, que com o melhor de suas singulares imperfeições me ajudaram a descobrir as minhas e que tornaram possível essa graduação. Obrigada por entenderem minhas ausências, aceitarem minhas omissões, compartilharem de minhas lágrimas e sorrisos, dividimos, agora, o mérito desta conquista.

Agradeço à minha família, especialmente meu irmão Rodolfo, minha avó Lúcia, minhas tias Débhora, Damaris, Stephani e aos meus primos. Obrigada pelo cuidado e preocupação sempre presentes e por terem preparado o caminho até este ponto, ajudando-me no que puderam, cada um à sua maneira.

Ao meu avô Elias, um ser humano inesquecível que se faz presente em todos os momentos da minha vida mesmo na ausência física. Infelizmente não poderei receber o seu forte abraço ao término dessa etapa, mas espero tê-lo orgulhado.

Agradeço também ao meu noivo Rodrigo, que esteve comigo em todos os momentos, que fez dos meus sonhos os seus e dos meus objetivos sua própria luta. Obrigada por não ter poupado esforços para que tudo isso fosse possível, que nos dias de fracasso enxugou minhas lágrimas com um olhar de apoio, palavras de incentivos, gestos de compreensão, e com atitudes de amor.

Às minhas amigas de curso, Tatiane, Elaine, Anna Carlyne e Laryssa. Amigas que a Psicologia me proporcionou e que levarei sempre no coração. Obrigada pelas inúmeras noites juntas assistindo aula, pelas conversas, risos, angústias e por compartilharem comigo a realização dessa conquista.

Meus agradecimentos à minha orientadora Roseane, por ter tido a disposição de embarcar nesta empreitada com contribuições experientes e sob um olhar crítico. A Psicóloga Lindecy, meu muito obrigada, por me acolher como estagiária no H.U, contribuindo grandemente com a sua prática.

Aos pacientes do H.U que me receberam e confiaram com o pouco que eu podia oferecer, depositando em mim suas angústias, sofrimentos e dores e que acabaram por me ensinar muito.

Meu muito obrigada a todos que contribuíram com a minha formação e que torceram por essa conquista. Não há palavras suficientes para agradecê-los no momento, e acredito que não haverá, pois, a palavra nunca abarcará a suficiência.

## RESUMO

A prática “*psi*” no contexto hospitalar data antes da regulamentação profissional no Brasil. A segmentação da psicologia como núcleo de saber no campo da saúde, no contexto da atenção especializada de alta complexidade, conectado às equipes multiprofissionais é legitimada pelo Conselho Federal de Psicologia e, a partir da regulamentação da psicologia hospitalar como saber especializado, constituiu possível sua inserção estável e significativa nesse campo. Entretanto, de forma hegemônica, o modelo clínico *stricto sensu* é transposto ao território hospitalar, a este respeito cabe dizer que tal modelo não atende as inúmeras demandas contemporâneas do sujeito-paciente. Em face dessas elucidações, afirma-se que o processo de formação apresenta fragilidades considerando articulações entre teoria e prática. Dessa forma, este trabalho constitui um relato de experiência de um Estágio em Psicologia Hospitalar com o objetivo de descrever as atividades de um Estágio Supervisionado Específico, integrando os conhecimentos teóricos à prática psicológica no contexto hospitalar, enfocando-se na escuta clínica de um processo de adoecimento atravessado pela hospitalização.

**Palavras-chave:** Psicologia da saúde, Saúde pública, Formação do psicólogo, Atuação do psicólogo.

## ABSTRACT

The “psy” practice in the hospital context is dated before of professional regulation in Brazil. The segmentation of psychology as a core of knowledge in the health field, in the context of specialized care of high complexity, connected to the multidisciplinary teams is legitimized by the Federal Council of Psychology and, from the regulation of health psychology as specialized science, made possible a stable and meaningful insertion in this field. However, of hegemonic form, the clinical model *stricto sensu* is transposed to the hospital territory, in this respect it should be said that such a model does not satisfy the numerous contemporaneous demands of the subject-patient. Given these elucidations, it is stated that the process of training has weaknesses considering links between theory and practice. Thus, this work is an experience report of an Internship in Health Psychology in order to describe the activities of a Specific Supervised Internship, integrating theoretical knowledge to psychological practice in the hospital context, focusing on clinical listening to a disease process crossed by hospitalization.

**Keywords:** Health psychology, Public health, Psychologist education, Psychologist performance.

## SUMÁRIO

Resumo .....	vii
Abstract .....	viii
Introdução.....	10
1. O Campo da Saúde Como Território de Atuação Para a Psicologia.....	14
2. Clínica Ampliada e compartilhada como diretriz pro fazer psicologia no contexto hospitalar .....	16
3. Práticas Psicológicas no contexto hospitalar .....	18
4. Relato de Experiência.....	20
Considerações Finais.....	25
Referências Bibliográficas .....	26

## INTRODUÇÃO

A regulamentação do exercício da profissão de psicólogo no Brasil ocorreu em agosto de 1962. No início o seu trabalho encontrava-se basicamente voltado para a área da clínica privada e para a interface com as áreas educacionais e organizacionais. Historicamente, a subdivisão que consagrou essas grandes áreas permaneceu com demasiada força durante longo tempo como três grandes carros-chefes da psicologia (SANTOS; JACÓ, 2009).

No Brasil, a inserção do psicólogo junto aos hospitais gerais iniciou-se antes da regulamentação da profissão, entre os anos de 1954 e 1957, através da implantação do serviço de psicologia no Hospital das Clínicas em São Paulo, sendo denominada de Psicologia Hospitalar. O trabalho consistia na preparação psicológica de crianças para a realização de cirurgia do aparelho locomotor, mas constituía-se em uma iniciativa isolada do cenário nacional (MARCON; LUNA; LISBOA, 2004).

Cabe ressaltar que a terminologia reflete uma especificidade do contexto brasileiro, uma vez que não há indicativos de sua ocorrência em outros países. Internacionalmente, quando se trata da inserção da psicologia no hospital, constata-se a delimitação de uma área cujo foco de interesse se refere a aspectos psicológicos e comportamentais da saúde física e mental, designada como psicologia da saúde, a qual é reconhecida tanto do ponto de vista da prática quanto da pesquisa. Assim, no território nacional, a psicologia da saúde foi desenvolvida inicialmente no contexto hospitalar, contudo, a partir de 1990, ampliou sua atuação e passou a realizar estudos e intervenções em outros âmbitos (SOBROSA et al.,2014).

Dessa forma, a Psicologia Hospitalar (PH) iniciou-se como uma área de conhecimento reconhecida na prática e na produção científica efetiva, necessitando de uma revisão de seus referenciais de atuação decorrentes da formação acadêmica, nitidamente ancorada no modelo clínico-tradicional que privilegia o exercício da profissão nos espaços privados (YAMAMOTO; CUNHA, 1998). Esses conhecimentos são fundamentais para atuação na saúde, mas também são insuficientes para o desenvolvimento do trabalho na área, entretanto, grande parcela de profissionais continua a utilizar o modelo clínico em instituições que exigem ajustes e aprimoramento profissional contínuo.

Segundo o órgão regulamentador do exercício profissional do psicólogo no Brasil, o Conselho Federal de Psicologia -CFP (2003) o psicólogo que atua na supracitada área, possui habilidades e competências centrada nos âmbitos de média e alta complexidade de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria (CASTRO; BORNHOLDT, 2014). Portanto, o psicólogo no contexto hospitalar auxilia em uma compreensão mais ampla da realidade institucional e dos medos, angústias e somatização dos pacientes, entrelaçando várias teorias entre si para construir seu próprio arcabouço teórico (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Ainda no que cabe ao exercício profissional, para o Ministério do Trabalho o psicólogo hospitalar enquadra-se na área clínica. Cabe a este profissional a competência de atuar na atenção especializada de alta complexidade, com habilidades e competências necessárias para realizar procedimentos com a finalidade de examinar as funções psíquicas de sujeitos que apresentam problemas intra e interpessoais, de comportamento familiar ou social ou distúrbios psíquicos, e ao respectivo diagnóstico e terapêutica, empregando enfoque preventivo ou curativo e técnicas psicológicas adequadas a cada caso, a fim de contribuir para a possibilidade de o indivíduo elaborar sua inserção na vida comunitária.

Entretanto, a partir da instituição do novo conceito de saúde, onde o mesmo não está restrito apenas a ausência de doenças, estar saudável passa a ter uma conotação mais complexa e subjetiva, que envolve aspectos da história e da experiência de vida das pessoas, além de sua pertença socioeconômico-cultural (SPINK,2003). A inserção do psicólogo na atenção especializada de alta complexidade passou a favorecer uma visão integral dos usuários de serviços de saúde e, a partir dos diferentes tipos de tecnologia de cuidado no ambiente hospitalar, que conduziu para padrões diferentes no cuidado da saúde e doença, mudanças na forma do psicólogo circular na área da saúde vem gerando transformações em sua prática e provocando contribuições mais relevantes (SOBOROSA et al, 2014).

Diante dessas mudanças de ambientes, de referenciais teóricos e técnicos, os profissionais inseridos esbarram nas especificidades da área, tendo em vista a falta ainda dessa instrumentalização técnica apropriada e respaldos teóricos que orientem as ações a

serem desempenhadas, para além dos limites tradicionais. Por tratar-se de uma área recente, requer construções específicas, nas quais não se reproduzam apenas as práticas clínicas, todavia que sejam coerentes com as especificidades do setor de saúde.

Dentro dessas novas visões, a Clínica Ampliada e Compartilhada como uma diretriz norteadora dentro do contexto hospitalar propõe um novo modelo de atendimento e gestão, onde se busca a percepção do profissional para além do diagnóstico presente, incorporando as singularidades dos seres humanos, valorizando a escuta qualificada, tentando compreender os diversos saberes que o paciente desenvolve acerca da sua doença, discutindo junto com ele as possibilidades do diagnóstico e de seu próprio tratamento, trazendo autonomia e protagonismo aos usuários, fortalecendo sua participação efetiva no processo (BRASIL, 2009).

Diante das elucidações, o referido trabalho tem como natureza um caráter qualitativo, uma vez que se trata de um relato de experiência com a finalidade de descrever as atividades de um Estágio Supervisionado Específico, integrando os conhecimentos teóricos à prática psicológica no contexto hospitalar, possibilitando a reflexão de ações que visem a prevenção, promoção, proteção, avaliação e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial no contexto da saúde enfocando-se na escuta clínica do processo de adoecimento atravessado pela hospitalização.

Cabe esclarecer que na grade curricular do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, os Estágios Supervisionados Específicos I e II apresentam uma carga horária de 420 horas. Essas disciplinas têm como ementa a atuação e problematização das práticas profissionais em psicologia, em seus diversos contextos, de acordo com a ênfase escolhida pelo aluno. Bem como objetivo geral, o desenvolvimento de habilidade e competências através da realização de atividades práticas em diversos contextos de atuação do psicólogo (PPC, 2014).

O estágio, como atividade pedagógica, visa o aprendizado de competências e habilidades próprias da atividade profissional e a contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento de educando para a vida cidadã e para o trabalho – vide § 2º da Lei de Estágio 11.788, de 25 de setembro de 2008. Neste sentido, as diretrizes nacionais propostas para o curso de graduação em Psicologia (Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011) propõem no artigo quatro que o Psicólogo deve atuar na Rede de Atenção à Saúde, na qual os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações integradas que dialoguem com os diversos núcleos de saberes a partir do Princípio de Integralidade, que

considera as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços.

Segundo o PPC (2014), nos Estágios Supervisionados o aluno aprofunda o aprendizado e a vivência no exercício da profissão sob a orientação de um docente, participando de um processo de construção de sua autonomia profissional, mediante a qual deverá assumir progressivamente a responsabilidade de atuar como Psicólogo percebendo com clareza suas limitações e entendendo a necessidade de apoio para a solução ampliadas dos problemas que envolvem os processos clínicos, assim, o aluno estará apto a assegurar um conjunto fundamental de habilidades e competências que permita a sua inserção nos vários níveis de atenção à saúde.

Dessa forma, dentro da ênfase curricular, Psicologia e Processos Clínicos, o estágio escolhido foi realizado no contexto Hospitalar e teve como proposta capacitar o aluno para realizar intervenções psicológicas no Hospital Geral. Dentro da base curricular, aglutinam-se as competências e as habilidades que garantem as ações de caráter integral em avaliação e intervenções em diferentes instituições e contextos sociais, tanto do ponto de vista individual quanto coletivo, e, ainda para as práticas tradicionais da psicologia, relacionando-se aos processos clínicos.

## **1. O CAMPO DA SAÚDE COMO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO PARA A PSICOLOGIA**

Na década de 70 por conta de debates vividos em relação ao conhecimento e a prática médica, deu-se início a Reforma Sanitária, um projeto societário e movimento sociopolítico que foi teorizada para alcançar a revolução do modo de vida da sociedade brasileira (PAIM, 2008). Compreende-se a reforma sanitária como um projeto, um processo e um movimento de reforma social ampla que prevê a garantia constitucional do direito universal à saúde, o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença, a luta pela constituição e reformulação de um campo de saber que respeita a diferença, pois pretende ser multiparadigmático, pluri e interdisciplinar e pluri e interprofissional, o qual marca uma nova ética profissional, a luta pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), que implica, além da ampliação e acesso universal e equânime dos usuários à rede de serviços, a reorientação das práticas e a criação de instrumentos de gestão democrática e de controle social em direção à outra lógica que, por ter o usuário como central ao sistema de saúde, garante a exigibilidade de seus direitos, a humanização do acolhimento e a eficácia e a resolutibilidade do cuidado (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Com essa implantação, que foi marcado por inúmeros debates e correlações de forças para a sua consolidação como principal política social do País, o conceito de saúde passou a ser mais complexo, constituindo-o para além da ideia de ausência de doença, de conservação da vida ou de manutenção da sobrevivência. Saúde passou a ser entendida como um processo singular e subjetivo de negociação permanente de sentidos em um campo social, processo de construção e de desconstrução de normas para o enfrentamento da realidade e da (re)qualificação da vida (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Baseando-se na reconfiguração do sistema de saúde, o psicólogo passa a integrar as equipes de Saúde da Família, com a caracterização mais atual de um apoio matricial, onde o suporte técnico especializado em conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área psi, são ofertados aos demais profissionais da saúde mental e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua

escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (FIGUEIREDO, 2006)

A partir desses novos lugares, a psicologia no contexto da saúde passou a ter atenção por meio de estudos e de discussões sobre a forma de atuar do psicólogo e os referenciais teóricos que poderiam nortear sua prática do novo campo, sendo esse um novo desafio, diferente da já tradicional área clínica (SOBOROSA et al., 2014). Para orientar o seu exercício o psicólogo deveria adaptar suas práticas, não se restringindo apenas à utilização do modelo clínico para seu trabalho nos contextos de processos de saúde e doença. Esta adaptação, porém, configurou-se como um processo complexo, estando ainda em andamento (SPINK, 2003).

Essa área baseia seu trabalho especialmente na promoção e na educação para a saúde, buscando intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se abrigue algum problema do campo sanitário (BESTEIRO; BARRETO, 2003). Em território nacional, a psicologia da saúde ampliou sua atuação e passou a realizar estudos e intervenções em outros âmbitos, nos quais trabalhava com a saúde de indivíduos, de família e de comunidades, com o interesse na forma como esse sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo (BARROS, 1999)

Através de intervenções psicológicas, a intenção principal da psicologia da saúde é, entender como é possível contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das sociedades. Portanto, dentro dessa abordagem, é indispensável o trabalho com uma equipe multidisciplinar, com atuação interdisciplinar, onde a finalidade é integrar, falar uma mesma linguagem, com ações colaborativas, interdependentes e complementares. Dessa forma, trabalho é multiplicador, uma vez que capacita a própria comunidade para ser agente de transformação da realidade, pois aprende a lidar, controlar e melhorar sua qualidade de vida.

As funções dos profissionais de Psicologia da Saúde estão se expandindo à medida que o campo amadurece. A maioria dos psicólogos da saúde trabalham em hospitais, clínicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades onde eles podem fornecer ajuda direta e indireta aos pacientes. Na atuação clínica, podem fornecer atendimento para pacientes com dificuldades de ajustamento à condição de doente, como por exemplo, na redução de sentimentos de depressão no paciente internado. Pode-se

também ensinar aos pacientes métodos psicológicos para ajudá-los a manejar ou gerir os problemas de saúde, como aprender a controlar as condições de dor (SARAFINO, 2004).

A intervenção em Centros de Saúde e Hospitais deve levar em consideração uma tripla dimensão de intervenção: os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde (ROMANO, 1999; ISMAEL, 2005). Os campos de atuação clínica podem ser: prestação de cuidados de saúde na atenção básica e de média complexidade, unidades de internação hospitalar (alta complexidade), serviços de saúde mental, unidades de dor, oncologia, serviços de saúde pública, serviços de saúde ocupacional, consultas de supressão do tabagismo, serviços de reabilitação, entre outros (TEIXEIRA, 2004)

## **2. CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA COMO DIRETRIZ PRO FAZER PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Pensando em termos de Brasil, o caminho da saúde e doença também percorreu o pensar e o fazer biomédicos, chegando, finalmente, ao pensar e o fazer biopsicossocial. Com a Reforma Sanitária, onde sempre pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial. Almejava-se, desde seus primórdios, que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País (BRASIL, 2006).

Para que pudesse se colocar em práticas esse modelo biopsicossocial, o Ministério da Saúde (MS) em 2009 lançou uma nova proposta de se pensar e fazer clínica, o HumanizaSUS, que se apresenta enquanto tecnologia de humanização da atenção à saúde no SUS. Humanização entendida enquanto oferta de atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Tais formas de proposta vão de encontro com a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a

corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Dentre os arranjos e materiais de trabalhos interdisciplinares propostos também pela PNH, tem-se a Clínica Ampliada, como sendo um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do sujeito no seu projeto terapêutico. Ou seja, exceto as situações de atenção à emergência e os momentos de procedimentos em que os sujeitos estão sedados, é cada vez mais vital para qualificar os serviços dialogar com os sujeitos. O que é um desafio também em vários sistemas públicos de saúde no mundo. É na interação entre os diferentes sujeitos da equipe (justamente valorizando essas diferenças) que se poderá mais facilmente fazer uma clínica ampliada (BRASIL, 2003).

Cabe ressaltar que a humanização é uma objetivação das práticas discursivas produzidas pelo SUS, ou seja, ao ser uma prática discursiva, ela produz sujeitos, produz modos de viver em um determinado espaço-tempo. Dessa forma, ela é uma tecnologia de vida uma vez que produz maneiras de o usuário relacionar-se consigo mesmo, de tornar-se objeto de si por meio da humanização de si – um si edificado pela relação que se estabelece entre saúde, vida e tecnologias.

Nessa proposta do HumanizaSUS, a finalidade é de uma nova redefinição do objeto, do objetivo, dos conhecimentos e práticas clínico sanitárias, dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos, das intervenções terapêuticas e dos resultados em saúde, levando em conta que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas, e não apenas o médico, realiza clínica (CAMPOS, 2003).

Em relação ao objeto de trabalho da clínica, passa-se da doença do paradigma biomédico para pessoas que, além de serem portadores de uma doença, vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específicos. Além de apresentarem fatores de risco, são sujeitos com modos de vida que implicam em maior ou menor risco de adoecimento (CAMPOS, 2003). Indivíduos que trazem ao encontro clínico conhecimentos, cultura, experiências com a vida e com o sofrimento, desejos, interesses e vontades, além de estarem inseridos em um contexto.

### 3. PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NO CONTEXTO HOSPITALAR

A história da psicologia no contexto hospitalar veio sendo construída passo a passo até ser regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000). Esta permanece em constante desenvolvimento, sendo a escuta terapêutica com usuários e familiares imprescindível frente ao processo de adoecimento e hospitalização.

Nos anos de 1980 pouco se falava ou se sabia a respeito de psicólogos atuando em hospitais, de tal modo que procurar uma instituição de saúde que aceitasse psicólogos em seu quadro de funcionários era quase impossível, uma vez que o hospital não sabia ao certo sobre a atuação daquele profissional. Mas o psicólogo foi se inserindo gradativamente no hospital, alguns para atender uma demanda específica e outros ligados as equipes que atendiam em determinada instituição (ISMAEL, 2015).

Ao pensar sobre a prática psicológica em instituições hospitalares observa-se que na década de 50 houve o que se pode denominar de o transporte do consultório para dentro do hospital. A partir desta denominação, o trabalho clínico no hospital encontrava grandes dificuldades para avançar, pois o que se encontrava de teoria era apenas de cunho clínico e não se aplicava às instituições pela realidade diversa, assim surgia a necessidade de recriar e transformar a prática do profissional da psicologia neste ambiente (ROMANO, 1999).

Pode-se dizer, então, que começava uma transição de um atendimento totalmente centrado no modelo biomédico para o modelo biopsicossocial. O paciente não entra no hospital somente com sua doença, despojado de sua vida. Ele entra em um ambiente diferente, do qual não tem controle e é acometido por algum problema de saúde que pode fazê-lo morrer. Isso suscita medo, ansiedade, estresse, repercussões emocionais. Repercussões estas que podem fazer com que ele repense sua vida e valores (ISMAEL, 1995). Portanto, diferentemente da clínica, o psicólogo hospitalar precisa ser ativo e dinâmico, adaptando-se aos mais diferentes settings e preparado para as mais inesperadas situações que a enfermidade pode trazer.

Dentro dos hospitais gerais, faz-se necessário a escuta terapêutica com usuários, e, conseqüentemente, a escuta de seus familiares. Médicos e enfermeiros observam que diversos usuários acabam voltando ao hospital novamente doentes, solicitando atendimento e cuidados, passando a perceber que somente a ajuda médica não basta para o tratamento ser bem-sucedido: o ser humano é muito mais que um corpo físico, e, assim,

o atendimento integral à saúde é indiscutível. Portanto, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente e assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável.

É a partir da psicologia no contexto hospitalar que se tem a possibilidade de estabelecer melhores e mais adequadas condições no atendimento ao paciente, aos seus familiares e a toda equipe profissional que compõe o cenário hospitalar (CASTRO; BORNHOLDT, 2004). Por isso nos últimos anos, o trabalho do psicólogo tem adquirido reconhecida importância na promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas vinculadas a instituições hospitalares (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003)

#### **4. RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Este artigo trata-se de um relato de experiência de estágio supervisionado específico em psicologia da saúde, no contexto da atenção especializada de alta complexidade. As atividades de estágio supervisionado específico compõem a grade curricular das disciplinas obrigatórias do Curso de Psicologia, que, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, incluem o desenvolvimento de práticas integrativas das competências, habilidades e conhecimentos que definem cada ênfase proposta pelo projeto de curso, assegurando o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais (BRASIL, 2011).

Neste relato serão descritas as práticas de estágio realizadas entre o período de novembro de 2014 a junho de 2015. A este respeito cabe esclarecer que essas atividades aconteceram em dois semestres letivos, isto significa dizer que o atravessamento do calendário acadêmico por um intervalo tempo interditou que a experiência de estágio no campo da atenção especializada de alta complexidade acontecesse de forma contínua, processual e ininterrupta.

Sobre a dinâmica estrutural do estágio, este contou com um total de 320 horas, sendo que no primeiro semestre apresentamos uma carga horária prática de 10 horas, e no segundo 20 horas semanais. As atividades práticas foram realizadas no campo de atuação escolhido pelo estagiário de acordo com as opções disponibilizadas. Como a supervisora de estágio, a psicóloga da instituição, encontrava-se apenas pelo turno da manhã no hospital, nossos horários foram divididos conforme a realidade do território.

Para o cumprimento do total de créditos das disciplinas, foram desenvolvidas atividades teóricas semanais com a orientadora de estágio e com o grupo de estagiários na própria universidade, onde relatávamos os atendimentos clínicos, debatíamos sobre os projetos referentes ao estágio, trocávamos experiências e abordávamos as dificuldades e questões relacionadas à vivência na instituição. Como parte do processo de avaliação, construímos um relatório ao término de cada semestre, exibindo uma articulação entre a teoria que embasava o nosso exercício e a prática no estágio. Além disso, também fomos avaliados através das participações nas supervisões e do cumprimento da frequência no estágio.

Dessa forma, a partir de plantões semanais, foram realizados atendimentos psicológicos com uma postura profissional juntamente com a tríade do sujeito

hospitalizado, acompanhante e equipe de saúde, bem como registros nos prontuários e em diários de campo das atividades desenvolvidas, e discussão de casos clínicos com as demais estagiárias e com a supervisora de campo.

No tocante ao espaço físico, o campo de estágio escolhido foi um Hospital Universitário do Nordeste Brasileiro, um território que funciona a serviço de uma lógica hegemonicamente cartesiana e tecnocrata, que não têm permitido a autonomia dos sujeitos, quer trabalhadores, quer usuários, pois encontram-se ainda fortemente ancoradas em modelos administrativos permeados pela fragmentação, pela rigidez e pelo mecanicismo, causando assim produção de atos na forma de procedimentos e a produção de procedimentos na forma de cuidado, sem haver compromisso com a cura e a autonomia dos indivíduos (FERREIRA et al., 2013)

A dinâmica neste cenário é atravessada por processos de resistência, relações de poder, disciplina e regulação na sociedade. A esse respeito, destaca-se o fluxo de registros do paciente desde a sua chegada ao hospital, como número de leito, informação sobre produção do cuidado, se houve óbito ou cura, revelando dessa forma o disciplinamento dos atos hospitalares. Essa disciplina se encarrega de organizar e distribuir os corpos, colocando-os sob vigilância constante, tornam-se visíveis os mecanismos que produzem saber e poder; como, por exemplo, as rondas médicas, visita, exames, que produzem em uma só operação determinados conhecimentos sobre o homem, descuidando das outras esferas que compõe o sujeito.

No que se refere ao início do estágio, houve a necessidade de apresentação sobre os campos que compunham o HU, afim que pudéssemos nos apropriar do local ao qual fomos inseridos, sendo apresentados as diversas equipes de saúde responsáveis pelas Alas Médicas. Atualmente, o hospital disponibiliza à população da cidade onde está localizada e municípios circunvizinhos atendimento clínico médico, clínico cirúrgico (cirurgias eletivas e pequenas cirurgias), endocrinologia, pediatria, oncologia pediátrica e infectologia, além do atendimento ambulatorial dando cobertura a vinte e cinco especialidades médicas.

Nesse contexto, as atividades práticas de estágio foram desenvolvidas na Unidade de Clínica Médica feminina e masculina, na qual o trabalho fundamentava-se na compreensão integrada das demandas de cuidado, numa ótica individualizada de atendimento às necessidades humanas básicas afetadas pela doença, hospitalização e tratamento. Essa clínica, com capacidade de 39 leitos distribuídos em enfermarias, aloca os pacientes na unidade observando critérios de divisão por sexo e especialidade

médica. Do ponto de vista epidemiológico, observou-se que os sujeitos hospitalizados nessa unidade de internação apresentavam diagnósticos como Coronariopatias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Lúpus, Câncer, entre outros.

Essas unidades de internação ou enfermarias são a essência, a característica principal de um hospital. Como o próprio nome diz, o paciente ficará internado no hospital e, nessa hospitalização, o sujeito perde 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 processo de despersonalização, caracterizado pela sensação de perda de identidade e autonomia (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

Por esses fatores o paciente está propício a desencadear possíveis reações emocionais, como passividade ou agressividade, argumentação sobre aspectos sem importância, manifestações de raiva ou depressão pela dificuldade em aceitar não só sua doença, mas todo o processo de hospitalização e tratamento. Há também o medo da invalidez permanente, de depender do outro, da dor física, da anestesia em casos de cirurgia e de retornar para casa após a hospitalização, além das alterações na autoimagem. O paciente enquanto hospitalizado é incitado a ficar mais introspectivo e reavaliar sua vida e seus valores (ISMAEL, 2005). A equipe de saúde também vivencia no seu cotidiano sentimentos ambivalentes de onipotência e impotência, convive com o significado de viver e morrer, a cobrança da expectativa de todos os envolvidos e a percepção da própria finitude.

Portanto, durante os momentos de escutas clínicas, foi possível pensar que a psicologia inserida nesse contexto hospitalar deve fornecer acolhimento, permitindo um espaço de escuta ao paciente e demais protagonistas do processo de hospitalização, no intuito de possibilitar que os sentimentos, as crenças, as fantasias, as representações e os pensamentos sejam expressados perante a prática do cuidado, tendo em vista que o acolhimento como ferramenta para o psicólogo, vai além de atender o sujeito em um momento delicado, como a internação hospitalar. Acolher é ter cuidado e atenção com a dimensão humana e subjetiva (VELASCO et al., 2013).

A família, igualmente angustiada e sofredora, que se sente impotente para ajudar seu familiar e que também se assusta com o espectro da morte, também precisa da atenção do psicólogo e deve ser envolvida no trabalho com o paciente por ser uma das raras motivações que este tem para enfrentar o sofrimento. O psicólogo deve facilitar, criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre paciente/família e equipe, identificando

qual membro da família tem mais condições intelectuais e emotivas para estar recebendo as informações da equipe (ANGERAMI-CAMON et al., 2006).

No que se refere ainda às práticas de estágio, conhecemos a rotina do hospital, as técnicas realizadas e formas de atendimentos que eram feitos pela equipe de saúde. Nesse ponto, foi possível refletir que o lugar que a equipe de saúde, bem como o Psicólogo, ocupa pouco reflete as propostas do SUS, tendo em vista que o nosso papel é de um atendimento singular, integral, com uma postura clínica acolhedora frente às demandas do sujeito vivenciadas durante o período de internação hospitalar. Dentro dessa perspectiva, a partir do contexto da Clínica Ampliada e Compartilhada, a psicologia entende que o ato clínico deve ser contextualizado e refletido, onde quer que este se realize ou onde quer que a clientela esteja, evitando abstrair o ser humano do contexto em que ele vive (DUTRA, 2004).

Portanto, as práticas clínicas buscam acolher o sofrimento constituinte da existência humana, naquilo que pode ser cuidado e apreendido enquanto vivência subjetiva e reveladora de sentidos. Assim, o ato clínico passa, então, a representar a acolhida a essa demanda, através de um olhar que possa contemplar e alcançar a singularidade das existências que se vão construindo nos caminhos traçados pelos desejos humanos e seus quereres, e reveladores da sua condição de ser-no-mundo. E acolher significa, acima de tudo, considerar as subjetividades como constituindo-se num mundo em que as dimensões históricas, sociais e culturais exercem o seu papel no processo de subjetivação. Esta seria a ética de uma nova postura clínica: acolher o sofrimento humano, onde quer que se apresente; viver uma relação concebida como reveladora e formadora de sentidos, e a qual expressa e desvela os modos de serem num determinado tempo e história das existências (DUTRA, 2004).

Sobre essa postura clínica, as teorias e as estratégias que vão determinar a prática do psicólogo, começando pelos modelos teóricos que são apresentados aos estudantes ainda durante a fase inicial de sua formação têm ampla influência quando nos deparamos com a prática profissional. Nossos modelos de estudos do fenômeno humano passam a valorizar cada vez mais uma visão reducionista, que, se por um lado favorece o aprofundamento do conhecimento, por outro dificulta, cada vez mais, ao profissional da saúde, compreender o homem numa dimensão multifatorial e multicausal na sua relação evolutiva com os processos de vida e existência, dificultando assim, a visão global do indivíduo, e por consequência, a forma de se compreender e intervir por sobre o binômio

saúde-doença tornando não possíveis práticas psicológicas mais adequadas a este campo de atuação (SEBASTIANI & MAIA, 2005).

Atualmente, o modelo clínico *stricto sensu* continua sendo adotado dentro do contexto hospitalar, sendo que transpor o aprendizado da psicologia clínica para a prática hospitalar, sem adaptá-la, torna-se inviável, pois existem diferenças. No hospital não era o paciente que nos procurava, mas nós que vamos até ele oferecer o nosso serviço. O *setting* terapêutico demasiadamente diferente, não existindo sala de atendimento. O campo de trabalho poderia ser uma enfermaria com vários leitos repleto de familiares que não queriam deixar o paciente sozinho para conversar com o psicólogo.

Dessa forma, a organização e funcionamento dos serviços de psicologia em um hospital onde o ambiente é muito dinâmico e que não há muito tempo com o paciente precisa ser cada dia mais pensado e refletido. Por vezes precisamos nos despojar daquilo que aprendemos na nossa formação, negar quase tudo e iniciar tudo de novo de outra forma para que possamos dar continuidade a nossa prática.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do desenvolvimento do trabalho foi possível perceber que mudar um modelo de gestão, para melhor se adaptar aos programas e políticas do SUS, no contexto da saúde e no hospital é uma tarefa desafiadora e gradual, embora ela represente um marco de muitas lutas para uma saúde como direito de todos. Fato é que o modelo biomédico ainda tem grande força nos hospitais e instituições de ensino, o que dificulta que os profissionais adotem uma postura biopsicossocial de assistência e ensino. Muito há que se fazer, ensinar e aprender. Propor a reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde é uma tentativa de vencer a barreira curativista.

Dessa forma, a realização desse estágio possibilitou a aquisição de conhecimentos teóricos-metodológicos fundamentais para uma atuação responsável e compromissada com a saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas hospitalizadas. A prática de estágio permitiu uma visão mais abrangente do processo da assistência psicológica hospitalar, visando não somente ao paciente, mas também sua família e a equipe de profissionais envolvidos nos cuidados e na reabilitação. Possibilitou pensar na produção de um novo em uma prática não somente feita por dois (o paciente e profissional) mas uma prática feita por vários, em que sempre há algo novo, já que a subjetividade humana não se limite a uma única experiência.

Foi possível perceber também a importância da atuação do Psicólogo no setor hospitalar nos cuidados integrais ao paciente, visando sempre a promoção da saúde, prevenção, avaliação e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial dos envolvidos no processo, assim como a necessidade de estudar seu papel profissional na equipe de saúde, pois a partir dessa inserção consegue-se olhar para a subjetividade do paciente por trás do adoecimento e não só enxergá-lo pelas necessidades biológicas. Por fim, que tenhamos olhos para ver e ouvidos para ouvir, que esses sujeitos que se apresentam em quase desamparo nos hospitais, é o nosso maior desafio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, R. A; MALAGRIS, L.E.N. A prática da psicologia da saúde. *Rev. SBPH*. Rio de Janeiro, v.14, n. 2, dez. 2011.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Psicologia hospitalar: Pioneirismo e as pioneiras. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 1-29.

ANGERAMI-CAMON, V.A. (org); TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W. Psicologia hospitalar: Teoria e prática. São Paulo: Pioneira, 2006.

BARROS, L. *Psicologia pediátrica*. Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários. 1999.

BESTEIRO, M. M. & BARRETO, M. P. La Formación de los Profesionales de la Salud: la Contribución del Psicólogo Hospitalario. In REMOR, E.; ARRANZ, P.; ULLA, S. (org.). *El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario*. Bilbao: Desclee de Brouwer Biblioteca de Psicología, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. RESOLUÇÃO Nº 5, DE 15 DE MARÇO DE 2011. Brasília, DF, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2003.

CASTRO, E. K; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v.3, n.24, p. 48-57, 2004.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 014, 2000.

DIMENSTEIN, M. MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol. cienc. prof.* v.32, p. 232-245,2012.

DUTRA, E. Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia*, n.9, p.381-387, 2004

FERREIRA, S.M.I.L; PENTEADO, M.S; JÚNIOR, M. F.S. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. *Saúde Soc.* São Paulo, v.22, n.3, p.804-814, 2013.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – campinas.* 2006.147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

ISMAEL, S.M.C. A inserção do Psicólogo no contexto hospitalar. In: A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p.17-35.

ISMAEL, S.M.C. As Vicissitudes da Psicologia Clínica no Hospital: Uma reflexão. In: ELIAS, V.A. (Org.). *Horizontes da Psicologia Hospitalar: Saberes e Fazeres.* São Paulo: Atheneu, 2015. p.11-22.

MARCON, C.; LUNA, I.J; LISBOA, M.L. O Psicólogo nas Instituições Hospitalares: Características e desafios. *Psicologia Ciência e Informação*, Brasília, v.1, n.24, p. 323-330, 2006.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v.18, n. 4, p.625-644, 2008.

PPC. Projeto Pedagógico do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande, 2013.

RUDNICKI,T. SCHMIDT, B. Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar: Aspectos Conceituais e Práticos. In: ELIAS, V.A. (Org.). *Horizontes da Psicologia Hospitalar: Saberes e Fazeres.* São Paulo: Atheneu, 2015. p. 3-10.

ROMANO, B. W. Princípios para a prática clínica em Hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SANTOS,F.M.S; JACÓ-VILELA,A.M. O psicólogo no hospital geral. *Paidéia*, v.43, n.19,p. 189-197, 2009.

SARAFINO, E. P. Context and Perspectives in Health Psychology. In: SUTTON, S.; BAUM, A.; JOHNSTON, M. (Org.).*The Sage Handbook of Health Psychology*, London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications, 2004. pp. 01-26.

SEBASTIANI, R. W; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde–hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir. Bras*, São Paulo,v.20, n.1, 2005.

SOBOROSA, G.M.R; ZAPPE, J.G; PATIAS, N.D; FIORIN, O.C; DIAS, A.C.G. O. Desenvolvimento da Psicologia da Saúde no Brasil a partir da construção da Saúde Pública no Brasil. *Revista de Psicologia: IMED*, v. 6, n. 1, 2014.

SPINK, M.J.P. Psicologia Social e da Saúde: Práticas, Saberes e sentidos. *Petropolis: Vozes*, 2003.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, v.22, n.3, p.441-448, 2004.

TONETTO, A.M; GOMES, W.B. Práticas Psicológicas em hospitais: Demandas e *Intervenções.Psico*, v.3, n.36, p. 283-291, 2005.

VELASCO, K. et al. Acolhimento e Escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. *Disciplinarum Scientia*, v. 13, p. 243-255, 2012.

YAMAMOTO, O.H; CUNHA, I.M.F.F.O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v.1, n.11, p. 345-362, 1998.