



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

**VISITA DE ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE**

TATIANE VIRGINIA GOMES DE ALMEIDA

CAMPINA GRANDE - PB

2015

TATIANE VIRGÍNIA GOMES DE ALMEIDA

**VISITA DE ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO DA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE**

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

A447

Almeida, Tatiane Virgínia Gomes de .

Visita de acolhimento psicológico no contexto da atenção especializada de alta complexidade/ Tatiane Virgínia Gomes de Almeida – Campina Grande, PB: O autor, 2015.

38 f. 21 x 27,9 cm

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

Referências.

Orientador: Roseane Christhina da Nova Sá Serafim.

1. Visita. 2. Acolhimento. 3. Psicologia Hospitalar. I. Serafim, Roseane Christhina da Nova Sá. II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.9:614.2(813.3)


TATIANE VIRGÍNIA GOMES DE ALMEIDA

VISITA DE ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA DE ALTA COMPLEXIDADE

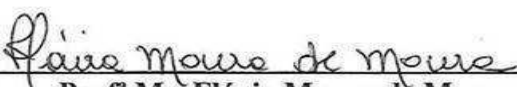
TRABALHO APROVADO EM: 10 / 11 / 2015

NOTA: 10,0

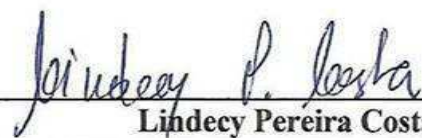
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Roseane Christhina da Nova Sá Serafim
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora



Profª Ms. Flávia Moura de Moura
Universidade Federal de Campina Grande
Avaliadora



Lindcy Pereira Costa
Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG
Avaliadora

À Deus, à vida, meus pacientes, minha família.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me dado força, apoio e proteção durante as situações difíceis, pelas inúmeras bênçãos concedidas e por ser meu guia, estando sempre ao meu lado durante esta caminhada.

Aos meus pais, José Nivaldo de Almeida e Vânia Carmem Gomes Silva Almeida, por todo o amor incondicional, educação, apoio, dedicação, paciência, confiança e por serem as minhas referências de vida.

Àos meus irmãos, pelo companheirismo demonstrado ao longo da minha vida.

Ao meu namorado, amigo e companheiro fiel Adalício Antunes, pelo amor, paciência, compreensão, carinho e apoio.

À minhas amigas de curso Nathália, Elaine, Laryssa e Anna Caroline, que tornaram essa jornada mais leve e que demonstraram serem irmãs na amizade.

À minha orientadora Dra. Roseane Christhina da Nova Sá Serafim, por todo incentivo, dedicação, confiança, conhecimento transmitido, orientação, amizade e atenção que foram conferidos ao longo de toda a construção e concretização desse sonho.

À minha supervisora de estágio Lindecy P. Costa, por todo o apoio, ensinamentos e por ter apostado e confiado em meu potencial

Aos professores do Curso de Psicologia pelas imensas contribuições e partilha de conhecimentos e experiências ao longo da graduação.

A todos que contribuíram diretamente ou indiretamente para a elaboração deste trabalho desenvolvido, minha eterna gratidão.

“Há uma parte do nosso ser que não pode ser encontrada num exame de sangue, nem numa tomografia ou em um eletroencefalograma. Há uma região do nosso ser que só pode ser encontrada quando há alguém que nos olha e ouve, reconhece e dá sentido ao que vivemos. Ai acontece o encontro. Nisso o paciente reconhece ser acolhido e bem tratado”.

(Paulo Antonio da Silva Andrade)

RESUMO

Este relato de experiência descreve a vivência de um estágio supervisionado específico na unidade da Clínica Médica de um Hospital Público do estado da Paraíba, Brasil. O objetivo principal foi demonstrar os resultados obtidos a partir da utilização do suporte humanizado da visita de acolhimento psicológico no contexto da atenção especializada da alta complexidade e subsidiar reflexões sobre a concepção da mesma enquanto modalidade adequada e eficaz, para proporcionar uma recuperação e tratamento de qualidade a uma determinada clientela. A proposta baseou-se em pressupostos da Psicologia da Saúde, Clínica Ampliada e Compartilhada e da Psicologia Hospitalar. Para facilitar a compreensão dos resultados, as principais demandas dos usuários na unidade de internação e as informações obtidas foram sistematizadas e organizadas de acordo com os momentos da hospitalização (admissão, permanência e alta hospitalar), caracterizando a finalidade da visita de acolhimento em cada fase, os procedimentos, intervenções e recursos auxiliares utilizados e os resultados. Neste sentido, destaca-se que é possível que o sujeito-paciente mantenha-se colaborativo durante o tratamento e desenvolva estratégias mais eficientes de enfrentamento, desde que seja bem acolhido durante as principais etapas do processo de hospitalização que atravessam os sujeitos. Portanto, espera-se que o presente relato de experiência seja não apenas uma fonte de consulta teórica, mas, principalmente um estímulo para formas mais humanizadas de atuação em psicologia hospitalar, para o aprofundamento do tema, realização de estudos, reflexões e novos olhares na direção da concepção e viabilização de novas e mais efetivas estratégias de trabalho inter e multidisciplinares no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Visita. Acolhimento. Psicologia Hospitalar.

ABSTRACT

This experience report describes the practice of a specific supervised internship in Medical Clinic unit of a public hospital in the state of Paraíba, Brazil. The main purpose was to demonstrate the results obtained from the use of humanized support of psychological reception visit in the context of specialized care of high complexity and subsidize reflection on the concept of it as an appropriate and effective modality to provide a recovery and quality treatment to a particular patient. The proposal was based on assumptions of Health Psychology, Extended and Shared Clinic and Hospital Psychology. To ease the understanding of the results, the main demands of users in the inpatient unit and the collected data were systematized and organized according to the moments of the hospitalization (admission, permanence and hospital release), featuring the purpose of the reception visit at each stage, the procedures, interventions and auxiliary resources used and the results. In this context, it is emphasized that it is possible that the subject-patient keep collaborative during treatment and develop more effective strategies to face, since it is well received during the main stages of the hospitalization process that the individuals are going through. Therefore, it is expected that this experience report is not only a source of theoretical consultation, but, mainly a stimulus for forms more humanized of performance in hospital psychology, for a more detailed topic view, conducting researches, reflections and new perspectives toward the conception and feasibility of new and more effective working strategies inter and multidisciplinary in the hospital context.

Keywords: Visit. Reception. Hospital Psychology.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1	A VISITA NO CONTEXTO HOSPITALAR	12
2.2	O ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO	16
2.3	VÍNCULO, ALIANÇA E ENCONTRO TERAPÊUTICO	19
3	RELATO DE EXPERIÊNCIA	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1 ADMISSÃO DO PACIENTE.....	26
4.2 PERMANÊNCIA: PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO.....	28
4.3 ALTA HOSPITALAR.....	30
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento pode provocar na vida de quem o vivencia inúmeros impactos, principalmente quando este momento é seguido de uma inesperada internação hospitalar que às vezes persiste por dias, semanas ou meses. O sujeito adoecido apresenta consigo além do sofrimento físico, a angústia do momento vivenciado, o medo do desconhecido que consiste nas inúmeras dúvidas quanto ao diagnóstico e de como se dará o tratamento, recuperação, quando receberá a alta hospitalar e o medo da morte. Essas incertezas acabam gerando uma grande fragilização psíquica que poderá comprometer e agravar ainda mais o quadro clínico já instalado, ou influenciar negativamente no tratamento, dificultando-o e adiando ainda mais a alta hospitalar.

A partir do momento em que o sujeito passa a ser o personagem principal dessa história de hospitalização, precisará passar por algumas mudanças e adaptações, pois, a partir de agora terá que deixar para trás aquilo que costumava fazer em seu cotidiano. O conforto de seu lar, a rotina de trabalho, a convivência com familiares, entre outros, são fatores que saem de cena e dão espaço a novas exigências, limitações ou enquadramentos que a instituição hospitalar e seu quadro clínico estabelecem. É como se tudo que existisse anteriormente, perdesse a razão após o adoecimento, e, a partir de então, a família e a equipe de saúde passam a ter importância decisiva no auxílio à adaptação, recuperação e tratamento do paciente durante essa nova fase de sua vida (DIBAI e CADE, 2009).

Envolvido neste processo, junto a toda equipe multidisciplinar, o psicólogo hospitalar encontra-se numa posição estratégica, na qual exerce a função de intermediário entre o tripé constituído pelos trabalhadores de saúde que atuam diretamente na produção de cuidados no contexto hospitalar, paciente e familiares. Assim, em sua atuação, o psicólogo hospitalar tem como intuito principal a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, e isto implicará num leque bastante amplo de opções de atuação onde todas essas variáveis deverão ser consideradas para que o atendimento obtenha êxito.

O cuidado com a saúde organizado em atenção básica, média complexidade e alta complexidade, busca uma melhor programação e o planejamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM et.al., 2011). Com a finalidade de dar suporte ao atendimento do SUS e para incentivar o aprimoramento da assistência na alta complexidade à

população e a melhoria na gestão das instituições hospitalares, o Ministério da Saúde (M.S.) tem desenvolvido grandes esforços.

A regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) é um dos esforços do M.S que objetiva promover uma nova cultura no atendimento baseada, principalmente, em um melhor relacionamento entre todos os atores envolvidos. Essa proposta de humanização apresenta uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais (MELLO, 2008).

O Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros. Desde 1997, o Ministério da Saúde vem persistentemente investindo em palestras de sensibilização, na criação e consenso de padrões e níveis de qualidade, e na sistematização de mecanismos que garantam a credibilidade de todo o processo de maneira sustentável. O desenvolvimento do Programa de Acreditação Hospitalar é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético. A missão essencial das instituições hospitalares é atender a seus pacientes da forma mais adequada. Por isso, o Programa de Acreditação Hospitalar é parte importante desse esforço para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos hospitais brasileiros (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Humanização (PNH) como uma política transversal, que valoriza todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, opera com várias diretrizes e dispositivos para fortalecer e ampliar a humanização dos processos de cuidado e de gestão, a Clínica Ampliada e Compartilhada e a visita aberta, são consideradas diretrizes e dispositivos desta política. (BRASIL, 2007)

Outra diretriz da PNH é o acolhimento e este implica na responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio da articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.

Diante disso, ao considerar as elucidações anteriormente descritas, emerge a seguinte questão norteadora para este estudo: Como o acolhimento enquanto diretriz de atenção à saúde, no contexto da atenção especializada de alta complexidade pode configurar como fator de proteção capaz de minimizar o sofrimento como efeito adverso do processo de hospitalização?

A partir da questão, o objetivo deste artigo consiste em descrever e compartilhar as experiências vivenciadas no estágio supervisionado específico em psicologia hospitalar, no que concerne a diretriz do acolhimento, desenvolvidas no contexto da atenção especializada de alta complexidade, junto ao sujeito-paciente, familiares e trabalhadores de saúde. Neste sentido, buscou-se explorar teoricamente a experiência da prática psicológica no campo de estágio em consonância com os efeitos terapêuticos do acolhimento realizado pelo núcleo de saber-fazer da psicologia hospitalar.

No que concerne ao conhecimento científico, esta pesquisa aborda um tema atual e inovador e preencherá lacunas existentes no âmbito teórico. Tais lacunas se devem a informações de difícil acesso, uma vez que a bibliografia específica ao tema abordado é escassa. A relevância pessoal do estudo justifica-se, pois, pela contribuição ofertada com informações úteis à manutenção e evolução da prática enquanto psicológica no contexto da alta complexidade. Com a exposição de soluções e sugestões, o presente trabalho pretende encontrar caminhos para a melhorar atuação do psicólogo neste contexto.

Uma vez otimizada a prática do psicólogo hospitalar, toda a sociedade poderá ser beneficiada à medida em que os sujeitos-pacientes serão atendidos de acordo com suas necessidades específicas para o enfrentamento dessa fase, de forma mais humanizada e a atuação do psicólogo na alta complexidade ganhará espaço com o diferencial e importância que o dispositivo de cuidado da visita de acolhimento poderá proporcionar, de maneira a melhorar não somente o trabalho do psicólogo, mas, principalmente fornecer um suporte podendo ser essencial no enfrentamento dessa fase de adoecimento e hospitalização com maior resiliência e contribuindo para o melhor desenvolvimento do trabalho de toda a equipe multidisciplinar estimulando formas mais humanizadas de atuação.

Portanto, espera-se que o presente relato de experiência seja não apenas uma fonte de consulta teórica, mas, que seja principalmente um estímulo para formas mais humanizadas de atuação, para o aprofundamento do tema, realização de estudos, reflexões e novos olhares na direção da concepção e viabilização de novas e mais efetivas estratégias de trabalho inter e multidisciplinares no contexto hospitalar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A VISITA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Em seu sentido etimológico, o enunciado “visita” provém do latim “visitare” que de acordo com conceitos trazidos pelo dicionário Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, refere-se à ação de “visitar” a qual quer dizer: “ir, inspecionar, aparecer, olhar, ver (pessoa, lugar).” “Traz a ideia de mover-se, procurar alguém em sua casa, para cumprimentá-lo, para conversar etc.” (FERREIRA, 2009, p.529). Ao considerar o saber comum, pode-se pensar na visita como expressão prática de um ato volitivo mobilizado pelo afeto, concomitantemente, entende-se que a visita em ato requer a presença mínima entre uma díade. Desde modo, o ato de visitar pessoas pode favorecer experiências de (des) prazer, dor ou sofrimento.

Neste direcionamento, ainda nota-se que no cotidiano das práticas sociais o ato de ir visitar alguém é mobilizado por motivos polimórficos, ou seja, por curiosidade, dever ético e moral, interesses políticos, técnicos ou mesmo profissionais. Portanto, o ato de visitar implica em uma relação entre sujeitos, num contexto espaço-temporal atravessado por realidades objetivas e modos de subjetivação.

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários em saúde, os usuários têm direito a visita diária de no mínimo duas horas durante as internações, com exceção para situações técnicas contra indicadas. A proposta da visita aberta é um dispositivo da PNH e tem como proposta ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação para garantir o elo entre o paciente, sua família, amigos, enfim, sua rede social e os serviços da rede de saúde. Hospitais têm ampliado seus horários de visita para até dez horas por dia, constatando que este dispositivo de inclusão traz novos padrões de comportamento, aumentando a solidariedade e o compromisso de todos para com o cuidado (BRASIL, 2007).

Sendo assim, a presença de visitantes no ambiente hospitalar poderá propiciar ao sujeito-paciente um fortalecimento de sua identidade e auto-estima, diminuindo consequentemente a distância entre enfermos e seus respectivos visitantes e mantendo a interação social, até então quebrada após o adoecimento. Além disso, esse dispositivo

possibilita as pessoas visitantes a serem participantes ativas do tratamento do paciente, à medida que se tornam produtoras do cuidado, colaborando na observação das alterações do quadro clínico e fornecendo informações sobre o histórico da pessoa internada.

A ampliação da clínica trabalha os danos e os benefícios gerados pelas práticas de saúde, e aposta nas equipes de diferentes especialidades compartilhando a responsabilidade com os usuários e seu entorno. Para que a clínica ampliada seja efetivada, o paciente hospitalizado tem direito de receber visita, pois ela permite o contato do sujeito-paciente com outros sujeitos, possibilitando assim encontros que por sua vez são terapêuticos (BRASIL, 2007).

Além da visita aberta, existe uma outra modalidade de visita que vem crescendo cada vez mais nas unidades de internação hospitalar de todo o mundo e acontece rotineiramente. São as visitas multiprofissionais. Na visita multiprofissional, é possível fazer uma análise mais completa, embasada na opinião técnica de diferentes profissionais para assim atingir a uma tomada de decisão compartilhada. No Brasil, esta é uma das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e garantir a segurança do paciente, reduzindo eventos adversos à saúde (MENDONÇA, et. al., 2014).

É fundamental integrar os profissionais em benefício do paciente como um todo, fazendo uma análise mais completa, na expectativa que essa parceria técnica poderá contribuir para a redução do tempo de permanência do paciente no leito e conseqüentemente diminuir as taxas de mortalidade. Além disso, durante a realização de reuniões de equipe, com o objetivo de discutir sobre o estado clínico e prognóstico dos pacientes internados na unidade, essa partilha de saberes, auxiliará no aprendizado de todos os profissionais e na troca de experiências, pois todos os participantes poderão expor sua avaliação sobre cada paciente e, no final, discute-se a melhor a conduta individualizada.

Por outro lado, deve-se ter cuidado na operacionalização da visita multiprofissional, para que nos leitos, durante a execução dos procedimentos os profissionais possam utilizar uma linguagem mais clara e acessível aos paciente e acompanhantes, expliquem a razão e sobre todo e qualquer procedimento a ser executado e a seqüência dos eventos. Agindo assim, a equipe multiprofissional pode tornar os procedimentos invasivos menos traumáticos para os sujeitos-pacientes.

A participação do psicólogo na equipe multiprofissional é de grande importância, pois ocupam o lugar de facilitadores na identificação dos medos, dúvidas e expectativas do paciente, bem como na comunicação mais eficiente entre médico/paciente e no desenvolvimento de estratégias de prevenção e de intervenção com cuidadores de pacientes

frente às perdas, muitas vezes, irreversíveis, determinadas pela doença (LOURENÇÃO, et al., 2010). Assim, compete ao psicólogo hospitalar, preparar o sujeito-paciente para os futuros procedimentos, explicando e esclarecendo suas dúvidas, a forma que será realizado o procedimento e suas demais dúvidas. Se for criado um vínculo, o sujeito-paciente sentirá segurança ao lado de quem confia.

Outra categoria de visita que acontece no cotidiano dos hospitais são as visitas médicas. Estas são realizadas periodicamente aos leitos das enfermarias, e podem ocorrer em grupos compostos por professores de medicina, assistentes, residentes e internos. Acontecem através de discussões à beira do leito, com o objetivo de estudar a doença e acompanhar a evolução de cada caso. O corpo do sujeito tem história, mas nessa cena da visita médica, o sujeito-paciente é visto apenas como objeto de estudo a doença. Pouco se aborda o dito “paciente”, aquele que tem a doença e muito menos lhe é explicado de maneira mais clara.

Não apenas nesse caso de visita médica, mas, para diversos profissionais que compõe a equipe de trabalhadores de saúde, as doenças são o centro da preocupação. O profissional geralmente entra na enfermaria, realiza o procedimento, faz cobranças, propõe intervenções, questiona, cobra, mas poucos são os profissionais que fazem um atendimento mais humanizado. Assim, a forma como a visita é conduzida poderá contribuir na maneira como se dá o enfrentamento e adesão ao tratamento do sujeito-paciente (IVATIUK, 2013).

Diante disso, ressalta-se o diferencial da atuação do psicólogo inserido no contexto da atenção especializada de alta complexidade. Na prática do serviço de psicologia hospitalar, a visita de acolhimento acontecerá durante os plantões, onde o psicólogo realizará os encontros terapêuticos nas enfermarias, conversará com os sujeitos-pacientes e seus respectivos acompanhantes em seus leitos para averiguar se a reação subjetiva do paciente é aguda ou crônica, se há patologias psíquicas prévias ou se há o uso e motivos de medicações. Verificará como o sujeito-paciente se situa na necessidade de hospitalização e tratamento proposto, se ele apresenta sofrimento psíquico, se há sintomas subjetivos que mereçam maior atenção durante esta hospitalização e conseqüentemente, a partir desses procedimentos, identificará o foco e montará sua estratégia de intervenção.

Atuando periodicamente nas enfermarias, conseqüentemente terá uma interação maior com a equipe de saúde, com os familiares e principalmente intensificará o próprio vínculo terapêutico com o paciente, essencial para a minimização do sofrimento, a nova adaptação a rotina hospitalar e a adesão ao tratamento.

Neste contexto, a visita de acolhimento psicológico se define como uma tecnologia leve de cuidado que se refere a um procedimento psicológico de promoção e prevenção da

saúde, no qual apresenta como principal função no contexto da hospitalização, servir de fator de proteção subjetiva tanto para o paciente quanto para o seu acompanhante e também para a equipe de trabalhadores de saúde. Apresenta como objetivo, através da oferta de uma escuta qualificada, considerar o sujeito em sua integralidade, proporcionado um espaço de facilitação da produção discursiva e de expressão da subjetividade associada ao sofrimento provocado pela hospitalização, adoecimento e tratamento.

A visita psicológica é, portanto considerada como importante e essencial para o processo terapêutico, visto que se trata de um encontro onde há um momento de partilha, conversa, esclarecimentos e aprendizagem. É uma oportunidade que o paciente tem, de acessar um saber científico recebendo orientações que imprimem segurança para o enfrentamento do adoecer através de uma linguagem acessível. E também é uma oportunidade par que o psicólogo identifique as reais necessidades da pessoa internada não apenas através do paciente, mas com os acompanhantes que poderão o auxiliar ainda, através das informações fornecidas, podendo elaborar e acompanhar com mais eficácia seu projeto terapêutico singular.

O acompanhamento psicológico também tem como objetivo compreender e acolher as necessidades da equipe e dos familiares dos pacientes. As famílias também passam por diversos estágios, coincidentes ou não com os vividos pelos pacientes. O profissional de saúde, em seu cotidiano lida com situações de sofrimento e dor, tendo a morte como elemento constante e presente. O sentimento gerado por estas situações, muitas vezes, se traduz em impotência, frustração e revolta. Por esse motivo, podem ocorrer problemas de comunicação, isolamento social e confusão nos papéis familiares. Dessa forma, além dos sujeitos- pacientes, os profissionais da equipe de trabalhadores de saúde e o familiares, devem ser acolhidos, para que haja a possibilidade dos mesmos elaborarem sensações de impotência diante do sofrimento e da dor do outro (e de si próprios), além de suporte emocional por ocasião do falecimento de algum paciente ou familiar.

Pode-se dizer que o acolhimento enquanto dispositivo de cuidado dialoga com a prática clínica da psicologia hospitalar, visto que na visita de acolhimento psicológico o psicólogo, acolherá o sujeito em todas as suas dimensões e com todas as suas queixas. Possibilitará a abertura de um espaço de escuta para além do não dito, fornecerá o apoio essencial e possível para que os sujeitos-pacientes, acompanhantes ou profissionais da equipe de saúde, sintam-se protegidos nesse ambiente e durante todo o processo de tratamento.

2.2 O ACOLHIMENTO COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO

Cuidado em saúde significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano. O ato de cuidar configura-se como uma dimensão da integralidade em que deve permear as práticas no sistema de saúde na qual o profissional deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa. Neste sentido, vários estudos recentes têm apontado o acolhimento como uma estratégia de cuidado no campo da saúde. As pessoas querem se sentir cuidadas, acolhidas em suas necessidades de saúde. Assim, essa prática configura-se como uma das referências ético-estético-políticas pela PNH do SUS (VELASCO, et al., 2012).

A palavra “Acolher” significa receber as pessoas que procuram o serviço, com disponibilidade para escutar e valorizar as suas particularidades, promovendo condições para que seu sofrimento possa ser expresso e para que um projeto terapêutico possa ser elaborado (GOMES, 2009). Quanto ao *setting* de atuação para o desenvolvimento de práticas de acolhimento, pode-se afirmar que não tem local específico, nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo. O Ministério da Saúde aponta que o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e que deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde, desde a entrada até sua saída, passando por vários profissionais (BRASIL, 2007).

Acolher é papel de todos os profissionais que englobam a equipe de saúde. Quando o indivíduo chega ao hospital, é interessante que este seja reconhecido pelo nome e não por sua enfermidade e, além disso, é preciso estar atento aos aspectos (inter)subjetivos, para que se possa observar como a relação com o outro pode ser um fator de alienação ou de perda da saúde (NIGRO, 2004). No momento em que esses aspectos são incluídos no tratamento estabelece-se uma relação de respeito e confiança e será fundamental para a compreensão da história do usuário, para entender a relação com a doença, e saber o que se pode potencializar visando à qualidade de vida do sujeito. Diante disso, o acolhimento vira prática de atuação para os profissionais quando estes reconhecem sua eficácia (TRINDADE e TEIXEIRA, 2002).

A partir daí, o acolhimento pode ser compreendido como forma de aproximação entre os pacientes/acompanhantes com a equipe de saúde, visando uma relação mais humanizada e

solidária com a realidade hospitalar do sujeito enfermo (PROCHNOW et al., 2009). Nessa concepção, considera-se que a prática do acolhimento no campo hospitalar facilitará a construção de conexões entre o usuário, familiares e equipe de saúde multiprofissional, aprimorando estas relações e contribuindo no processo de hospitalização, tratamento e recuperação do sujeito-paciente, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições através de uma prática humanizada.

A construção de práticas humanizadas e integralizadas de atendimento valoriza a autonomia do paciente e seu protagonismo na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (GOMES e PINHEIRO, 2005). Na clínica ampliada, referida anteriormente da PNH, os espaços concretos de diálogo, entre diferentes profissionais, em torno do atendimento prestado ao paciente – como as sessões clínicas – possibilitam uma assistência mais integral e efetiva. Essa discussão com toda a equipe e com os cuidadores irá mostrar o que pode ser mudado no tratamento para que o paciente seja mais bem informado, orientado e bem acolhido em suas necessidades. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões ajudarão a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (BRASIL, 2007).

Conforme a Cartilha da PNH nos trás, o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Deste modo um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação (CUNHA e CAMPOS, 2011). Em face dessas elucidações, preconiza-se que as Políticas de Atenção à Saúde instituem modos de operar e produzir cuidados no campo da saúde.

Neste direcionamento, pensa-se que os trabalhos em equipe nos formatos interdisciplinares e multidisciplinares fazem parte da assistência integral à saúde dos usuários do SUS, como práticas instituintes do fazer saúde nos campos da atenção básica e especializada. A este respeito compreende-se que politicamente o atravessamento do Princípio da Integralidade do SUS convoca os trabalhadores de saúde (técnicos e profissionais) a dialogarem sobre as demandas de cuidado do sujeito-paciente, destarte considera-se ainda que, este princípio desvela a necessidade de articulação entre variados núcleos de saber, na finalidade de consolidar não só a autonomia dos profissionais e usuários mas, sobretudo

fortalecer os vínculos entre as equipes e os indivíduos por eles assistidos em ações ou cuidados que promovem o bem-estar do indivíduo; e os profissionais deveriam interagir entre si, respeitando seus limites de prática e beneficiando o sujeito (CECILIO e MERHY, 2003).

Assim, a psicologia inserida nesse contexto hospitalar, vem fornecer o 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. Portanto, 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).

É essencial que o profissional da psicologia que atua em hospitais apresente principalmente uma postura clínica acolhedora frente às demandas do sujeito vivenciadas durante o período de internação hospitalar. Além disso, para que de fato aconteça este acolhimento e um encontro terapêutico na atenção especializada de alta complexidade, é importante que o psicólogo trabalhe em conjunto com os familiares e com a equipe multiprofissional, buscando informações sobre a natureza da admissão hospitalar, história da doença atual, evolução dos sintomas, e indicações terapêuticas. Concomitantemente, faz-se necessária uma postura investigativa e analítica para se identificar e compreender padrões de respostas afetivas, cognitivas e comportamentais associadas à relação processual ternária entre adoecimento, hospitalização e tratamento/cuidado.

Diante das considerações acima, constata-se a importância de se estudar o acolhimento como prática nos diferentes níveis de saúde (PROCHNOW et al., 2009). Inserido no contexto de atenção em saúde, o acolhimento é visto como uma tecnologia leve que objetiva-se na forma acolhedora de relações humanas e que deveria fazer parte da formação de profissionais qualificados na área da saúde (MALDONADO e CANELLA, 2009). Tecnologia esta que se traduz em como percebemos e como somos afetados(as) pelas demandas, ao mesmo tempo em que construímos práticas de saúde por meio delas. É uma ação de aproximação, um “estar com”, na qual os envolvidos promoveriam uma relação dialógica entre os diferentes profissionais das equipes de trabalhadores da saúde, no sentido de criar possibilidades de ações a partir da visão da clínica ampliada (CRP/SP, 2009).

A partir dessas elucidações e, ao considerar a realidade da atenção especializada de alta complexidade, compreende-se a necessidade, portanto, que sejam desenvolvidas maneiras adequadas e solidárias de receber o sujeito-paciente que busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (AYRES et al., 2006).

2.3 VÍNCULO, ALIANÇA E ENCONTRO TERAPÊUTICO

“Criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, é integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo” (MUNIZ et al. 2012). A vinculação supõe uma empatia mínima, um desejo de aproximação para melhor compreensão do doente. Embora não esteja doente, o psicólogo pode perceber o sofrimento de seu paciente, suas limitações e necessidades como se também estivesse na mesma situação (LOPES, 2011).

Estamos vinculados com o mundo por meio de nossos inter-relacionamentos e com nosso lugar no meio social. Para alguns, essa vinculação é mais importante do que para outros, mas a interação que mantemos é vital para a nossa própria manutenção. Na doença, todas essas coisas mudam. Essa desvinculação, provocada pela doença, não é somente social, podendo ocorrer em todas as áreas da vida, pois existimos na medida em que nos vinculamos. Quando alguém adoece, perde vínculos, podendo ocorrer também distorções no seu relacionamento com o próprio corpo, com as demais pessoas, com seu trabalho e com os demais aspectos de si mesmo como indivíduo particular e membro de uma sociedade. Essas alterações do comportamento, muitas vezes, fazem parte tanto da doença, como da enfermidade física como tal (PASQUA, 2012).

Todos os dias, inúmeros são os casos de acidentes, doenças em estágio avançado, emergências e internações em um hospital. Pelos quartos e corredores encontram-se doentes a reclamar do descaso e mecanicidade de alguns profissionais, que encaram tudo com extrema normalidade e frieza. Um ambiente acolhedor e compreensivo certamente mudará o aspecto negativo de um hospital. “O paciente, principalmente em sua fase aguda, sofre naturalmente de uma regressão em sua personalidade. Fica carente, solicitando muita atenção. Seu núcleo narcíseo é estimulado e passa a sentir-se o centro do mundo ou o pior dos excluídos. A vinculação procura atender nessa faixa de afeto, na qual o paciente sente-se como que desnutrido, desprotegido e isolado” (BENETTON, 2002, p.74)

Temos que refletir não somente do que o paciente sente pelo terapeuta, mas como esse terapeuta também retorna o seu sentimento para aquele paciente. Podem existir sentimentos positivos, mas também sentimentos negativos, esses se não forem bem resolvidos poderão influenciar no processo de tratamento. Cada sujeito vai ter o seu mecanismo de defesa para viver o processo saúde-doença. Muitas doenças chegam como rupturas e o sujeito não tem estrutura significativa para lidar com isso, por isso é preciso essa abordagem integralizada de todo o sujeito e do seu processo de tratamento.

De acordo com isso, a obrigatoriedade do tratamento psicológico, contra a vontade do sujeito-paciente no contexto hospitalar, pode dificultar o estabelecimento do vínculo entre paciente e o psicólogo, tornando a intervenção mais complexa e menos proveitosa, devido a fatores como a falta de solicitação de ajuda, a inexistência de um motivo e/ou a negação do problema. Porém, se o profissional relaciona-se com seu paciente de forma mais harmoniosa, humana, personalizada e menos objetalizada esta postura supõe um profissional menos defendido e escondido em seu conhecimento científico e menos necessitado de reverência e reconhecimento. Prevê-se assim alguém disposto a empenhar no relacionamento humano.

A relação estabelecida entre paciente e terapeuta é a aliança terapêutica. Portanto, o vínculo estabelecido entre paciente e terapeuta pode modificar a motivação, que pode ser mantida, aumentada ou diminuída. Cabe então ao terapeuta proporcionar as condições necessárias para acolher empaticamente o material trazido pelo paciente, para que juntos possam desenvolver uma boa aliança terapêutica

O termo “aliança terapêutica” foi definido pela psicanalista norte-americana Elisabeth Zetzel. De acordo com ela, a aliança terapêutica seria uma relação de trabalho que se estabelece entre paciente e psicoterapeuta em prol do processo psicoterapêutico. Porém, é importante destacar que a aliança terapêutica, na concepção da autora, possui elementos racionais e componentes irracionais, como a consciência da necessidade de receber assistência profissional para encontrar alívio para o próprio sofrimento emocional, por um lado, e o desejo de encontrar esse alívio sem empreender maiores esforços, por outro.

Assim, na prática da psicologia hospitalar, a aliança terapêutica refere-se a um sentimento que você pode criar ao longo da entrevista diagnóstica – uma sensação de rapport, confiança e empatia. Jerome Frank, constatou que a aliança terapêutica é o ingrediente mais importante em todas as psicoterapias eficazes (CARLAT, 2007).

Diante do exposto, a visita de acolhimento constitui-se numa tecnologia do encontro terapêutico, que se insere no contexto de afetar e ser afetado mediante os encontros. “Deixar-se afetar” é parte importante do encontro terapêutico e da construção conjunta de um processo

terapêutico, e isto implica uma disponibilidade para o encontro por parte do profissional de saúde, um deixar-se fluir junto ao tempo, ao “aqui e agora” (MOURA et al, 2013).

O fato de “afetar e ser afetado” tem diversos significados: reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo, a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, uma reorganização do atendimento de modo a incluir toda a equipe multiprofissional, a elaboração de projetos terapêuticos singulares junto aos usuários com base em suas demandas, a operacionalização de uma clínica ampliada que sugere a compreensão do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para fortalecer e potencializar o processo de produção de saúde (BRASIL, 2007).

Este encontro terapêutico é uma das finalidades da visita de acolhimento psicológico. Nesse sentido, ressalta-se a importância e a singularidade do encontro terapêutico, que se constitui não somente enquanto aspectos técnicos, mas é permeado por afetos, que, segundo Espinosa (1973 apud Moura, 2013), não têm o sentido de emoções, mas simplesmente daquilo que afeta, atinge, modifica, aumentando ou diminuindo a potência do indivíduo. Pois, para esse autor, nossos corpos são constituídos por relações internas entre os órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser por eles afetado sem se destruir.

Assim, a visita de acolhimento psicológico se dará através do encontro terapêutico na alta complexidade, com a intenção de apresentar o papel do psicólogo hospitalar e ao mesmo tempo, fazer a observação clínica da dimensão subjetiva do adoecer e do processo de hospitalização. Junto a isso, deve ser feito um levantamento de demandas e prioridades existentes, bem como a verificação daqueles pacientes que já estão em acompanhamento psicológico. Então nesse momento o vínculo é criado e constrói-se então a aliança terapêutica, fator fundamental para o estabelecimento da relação e do encontro terapêutico. E neste momento, fica claro tanto para o paciente quanto para o acompanhante que ele não está sozinho e ao saber que não está só nesse processo, automaticamente isso gera segurança para o sujeito-paciente que se sente protegido.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo relato de experiência de estágio supervisionado específico. Esta modalidade de estudo possibilita explorar aprendizados teóricos, comparando-os com a própria realidade vivenciada na prática. O que faz com que a experiência saia do papel de simples descrição, para propiciar novos debates e reflexões sobre a temática proporcionando o compartilhamento de saberes através da exposição de novas idéias, possibilidades e desafios.

Conforme o Projeto Pedagógico do Curso, a disciplina de estágio supervisionado específico I apresenta uma carga horária de 180 horas, enquanto a disciplina de estágio supervisionado específico II apresenta uma carga horária de 240 horas, totalizando 420 horas de estágio supervisionado específico I e II, que deverão ser cumpridas por intermédio de atividades específicas à ênfase a qual o aluno virá a optar.

Têm como ementa a atuação e problematização das práticas profissionais em psicologia, em seus diversos contextos, com o objetivo geral de propor o desenvolvimento de habilidades e competências através da realização de atividades práticas em diversos contextos de atuação do psicólogo. Considerando o disposto na lei de estágio (Lei 11.788, de 25 de Setembro de 2008) e as diretrizes nacionais propostas para o curso de graduação em Psicologia (Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011), os estágios supervisionados são conjuntos de atividades de formação, programados e diretamente supervisionados por membros do corpo docente da instituição formadora, e procuram assegurar a consolidação e a articulação das competências estabelecidas, visando assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, permitindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se concretizem em ações profissionais, sendo recomendável que as atividades do estágio supervisionado se distribuam ao longo do curso.

O estágio supervisionado específico I e II aconteceu durante os dois últimos períodos do curso, dentro da ênfase Psicologia e Processos Clínicos no contexto especializado da alta complexidade, no período de vigência de novembro de 2014 a junho de 2015, com recesso em janeiro e março. O cenário de atuação consistiu-se em um Hospital Público localizado no estado da Paraíba, Brasil. O serviço de saúde atende tanto média quanto alta complexidade e em sua função pedagógica, o hospital tem como finalidade, a assistência médica hospitalar, como também a contribuição no desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão dos alunos nos cursos de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento.

O público alvo é composto a partir do tripé: familiar/cuidador, equipe de saúde e pacientes hospitalizados especificamente na Clínica médica deste hospital, composta pela Ala C (feminina) e Ala D (masculina). Quanto a estrutura física, a ala c apresenta sete enfermarias, um posto de enfermagem, uma sala de prontuários, uma sala de repouso, uma sala de prescrição, uma sala de procedimentos, um almoxarifado, e uma copa. Na ala d, observa-se seis enfermarias, um posto de enfermagem, uma sala de prontuários e um expurgo.

As atividades do estagio dividiam-se entre teóricas (60 horas) e práticas (180 horas divididas entre 36 plantões de 5 horas). As atividades práticas desenvolvidas consistiram na realização de procedimentos de rotina (visita de acolhimento psicológico, triagem psicológica hospitalar, levantamento de demanda psicológica, elaboração de diagnóstico situacional e encaminhamento para atendimento, acompanhamento sistemático, encaminhamento implicado); Planejamento e delineamento do tipo de intervenção mais adequada a demanda psicológica apresentada pelo paciente, acompanhante e/ou equipe de saúde, intervenções psicoeducativas, psicoprófiláticas e psicoterapêuticas e uso de recurso auxiliares (lúdico, sugestão de leitura). As atividades teóricas consistiram através do registro documental: ocorrência de cada plantão, evolução e parecer psicológico; Conversações temáticas sobre práticas clínicas e intervenções psicológicas, específicas ao contexto hospitalar; Elaboração de um Plano de Intervenção para a Clínica Médica e construção de casos clínicos com base nas atividades práticas.

Como eixo teórico e metodológico, optou-se pelo direcionamento da Psicologia da Saúde em uma dimensão da clínica ampliada e compartilhada articulada a política de saúde e a Psicologia Hospitalar. Detectou-se também a necessidade da análise qualitativa de pesquisas bibliográficas sobre a/o visita de acolhimento psicológico no contexto da alta complexidade, correlacionando tal conhecimento com abordagens já trabalhadas por outros autores.

Identificadas as principais demandas dos usuários nesta unidade de internação, as informações obtidas foram sistematizadas e organizadas neste artigo de acordo com os momentos da hospitalização (admissão, permanência e alta hospitalar), caracterizando a finalidade da visita de acolhimento em cada fase, os procedimentos, intervenções e recursos auxiliares utilizados e os resultados obtidos. Buscando a partir disso, destacar e evidenciar de maneira clara, a visita de acolhimento psicológico como estratégia metodológica para resolutividade do(s) conflito(s) ou minimização do sofrimento durante as principais etapas do processo de hospitalização que atravessam os sujeitos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao exercer o cuidado especificamente no contexto hospitalar o profissional de saúde dispõe de tecnologias para auxiliá-lo. Segundo Merhy (2002), as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (são tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomia, acolhimento); leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como na clínica médica, psicanalítica, epidemiológica); e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). Todas têm sua importância e utilização na clínica médica, principalmente as tecnologias leve-duras e leves embora não descarte o uso de tecnologias duras.

Assim, as tecnologias leves estão presentes e limitadas, muitas vezes, ao primeiro contato com o paciente, quando da sua admissão nesta unidade hospitalar, cabendo apenas ao psicólogo o uso mais contínuo e fecundo dessa ferramenta na construção de um espaço para acolhimento das demandas, produção de vínculo e, na medida do possível, o empoderamento do paciente enquanto sujeito ativo no cuidado que lhe é ofertado.

Já as tecnologias leve-duras encontram-se em maior grau, estando materializadas na aplicação dos conhecimentos médicos, fisioterápicos, psicológicos e da enfermagem, referentes ao uso de medicações, redução ou abolição das sintomatologias, realização de exercícios motores e minimização do sofrimento decorrente do adoecimento, hospitalização e tratamento.

A partir da realidade objetiva e subjetiva da Clínica Médica, percebe-se que existe uma gama de pacientes, acompanhantes, profissionais e estagiários circulando diariamente. Cada profissional da equipe de saúde, ao gerenciar os serviços, utilizam instrumentos como normas, rotinas, equipamentos e materiais; com a finalidade de organizar e controlar o processo de trabalho e favorecer a ação de cuidar. Com a função de prestar assistência ao indivíduo sadio ou adoecido, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde.

Diante disso, foram realizadas as atividades de entrevista inicial com os pacientes e acompanhantes; Preparação e acompanhamento do diagnóstico confirmado; Acompanhamento psicológico às famílias e aos pacientes (dividido em consulta com paciente, consulta com paciente e acompanhante e consulta ao acompanhante); Preparação para exames

e procedimentos específicos; Preparação psicológica para cirurgia; Preparação psicológica do sujeito-paciente e da família para um mau prognóstico; Acompanhamento psicológico à família diante da possível ou confirmada perda do sujeito-paciente; Preparação do sujeito-paciente para a sua morte; Registro de informações em prontuários médicos; Comunicação diagnóstica com a equipe; e Entrevista final: alta hospitalar.

Em cada atendimento ofertava-se uma escuta diferenciada atenta à história de vida do sujeito-paciente e de seus familiares e também à equipe que por vezes, trazia questões e conflitos oriundos das relações interpessoais do trabalho e sobrepostas ao ambiente hospitalar. Foram utilizadas ainda, técnicas psicoprofiláticas e psicoeducativas, visitas de acolhimento e a psicoterapia breve de base psicanalítica.

Normalmente o psicólogo no hospital pode ser solicitado pela equipe de saúde, quando existem conflitos envolvendo a família e a própria equipe, ou nas situações em que os pacientes estão em crise, deprimidos e se recusam a aderir ao tratamento. Então, devido a falta de preparo nessas ocasiões dos demais profissionais, o psicólogo é convidado a intervir. Porém, a presença da psicologia no HU no início era novidade, o que gerou muitas vezes um incômodo e estranhamento por aqueles que desconheciam o trabalho do psicólogo e a presença do estagiário de psicologia em um hospital geral.

Como reflexo dessa falta de integração pode-se citar o cotidiano dos profissionais da psicologia dentro de alguns hospitais, em que, muitas vezes, os psicólogos ocupam o lugar de tradutores entre os médicos e os usuários, deixando bem dividido que as questões subjetivas são de responsabilidades do psicólogo e as questões orgânicas são exclusivas do médico, uma postura médica que pode ser explicada pela falha na formação desses profissionais, que pouco enfoca as relações humanas (FOSSI e GUARESCHI, 2004).

Dessa forma, as situações que fogem ao padrão orgânico do adoecimento, como os aspectos psíquicos e sociais do paciente, são muitas vezes desconsiderados e isso acaba muitas vezes dificultando a adesão do sujeito-paciente ao tratamento e conseqüentemente retardando ainda mais o processo de recuperação. Sendo assim, essa divisão de atividades torna-se um fator preocupante e um desafio para os profissionais da subjetividade que atuam no hospital.

Diante disso, outra tarefa implícita durante a atuação consistiu-se em conquistar um lugar para a Psicologia na instituição. Assim, semanalmente buscou-se realizar trocas de informações e saberes com a equipe de saúde: psicóloga, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, médicos e também os funcionários de apoio (recepcionistas, cozinheiros e faxineiros).

Com a equipe, à exceção dos médicos, conseguiu-se estabelecer uma comunicação, embora ainda com dificuldades, que podem referir-se, não exclusivamente ao relacionamento entre estagiários e equipe, mas às próprias características da saúde pública no Brasil: funcionários insatisfeitos com salários e excesso de trabalho. Talvez esse seja um dos motivos que fazem com que nem sempre os profissionais se mostrem receptivos e dispostos ao diálogo.

Lidar com o sofrimento dos pacientes e ao mesmo tempo atuar em oposição a um sistema de regras e funcionamentos de instituições, que parecem trabalhar contra nossos esforços para garantir o bem-estar físico, mental e social do sujeito-paciente, é um grande desafio que o psicólogo hospitalar enfrenta.

Porém, ao longo da experiência dos plantões, percebeu-se que a aceitação e o reconhecimento do trabalho da psicologia hospitalar foram crescendo cada vez mais, sendo possível desenvolver um bom trabalho. À medida que o trabalho vai sendo reconhecido e a importância dele se faz essencial no meio hospitalar, pode-se, ao invés de atuar em oposição, trabalhar em conjunto a favor do paciente. No cotidiano da prática da psicologia hospitalar, tornou-se comum sermos chamados para atender as demandas, através da solicitação de pareceres, o que demonstra o reconhecimento do diferencial que o apoio psicológico proporciona nesse processo do adoecer.

Diante dessa realidade, a partir da observação à cerca da dinâmica dos procedimentos hospitalares desde a chegada até a saída do sujeito na instituição hospitalar, notou-se que muita coisa precisa ser melhorada. E pensando nisso, através da experiência no hospital público, especificamente na Clínica Médica, exerci uma atuação pautada na diretriz do acolhimento psicológico, onde através da visita de rotina, usei procedimentos e intervenções voltadas para o atendimento às demandas do sujeito desde sua admissão, durante o processo de hospitalização até a alta hospitalar. As experiências, foram sistematizadas nesses três momentos, para a facilitação do entendimento das necessidades e observação quanto aos resultados obtidos.

4.1 ADMISSÃO DO PACIENTE

A admissão de um paciente no hospital significa a sua entrada na instituição, um momento de fundamental importância, porque a maneira como o sujeito é recepcionado, irá gerar a sua primeira impressão e representação em relação ao ambiente hospitalar, bem como servirá também para influenciar o grau de confiança do sujeito no tratamento e na segurança da equipe de saúde, o que contribuirá para sua adesão ao tratamento e recuperação mais rápida.

Dessa forma, destaca-se que o modo como se processa a admissão hospitalar pode constituir uma experiência adversa de desenvolvimento, condicionando assim, o modo como paciente e o acompanhante irão enfrentar o período de confinamento hospitalar e os múltiplos eventos do tratamento. Contudo, as intervenções psicológicas podem reduzir o impacto desta experiência tanto para o paciente, quanto para seu acompanhante.

Percebe-se que a partir do momento em que o paciente é admitido no hospital e antes que passe as portas de entrada das enfermarias é fundamental que ele e sua família tenha um atendimento adequado e informações sobre os cuidados e os serviços oferecidos a eles e perceba que existem pessoas prontas a servi-lhes e dar-lhes o que necessitam para seu restabelecimento e cuidado. Trabalhar na admissão de paciente, é mais do que preencher papéis e dizer para onde o sujeito tem que ir ou o que fazer.

Os funcionários que recebem os pacientes e dão entrada nos papéis para internação devem ser pessoas treinadas e educadas a respeitar e reconhecer que aquele sujeito que chega a instituição está frágil e carece de cuidados, sendo assim, as pessoas que trabalha neste setor, devem estar preparados para responder perguntas e direcioná-los aos devidos lugares aonde estes devem estar, de forma cordial e amável.

Com isto, o paciente teria em mãos uma forma para buscar se familiarizar com o lugar que agora o acolherá por um tempo (curto ou longo), como também dará a este a impressão de organização e estruturamento da instituição. Se o paciente percebe isso desde o princípio, ele saberá que aquele lugar estará preparado para atender suas necessidades.

Portanto, os profissionais da área de saúde necessitam de uma capacitação para tornar esse ambiente o menos estressante possível. Os cuidados citados durante a admissão do sujeito-paciente devem ser levados em consideração, pois, estes irão tranquilizá-lo e servirão de fator determinante na adaptação às rotinas hospitalares.

Trata-se de acolher bem e este acolhimento basicamente, compreende as primeiras intervenções que visam esclarecer dúvidas, acalmar pacientes e familiares e assim, dar condições para que estes prossigam bem com o seu tratamento tanto no âmbito hospitalar ou no que diz respeito à futuros encaminhamentos que possam ser realizados. Remete a uma ação de valorização e respeito ao paciente, à qualidade do cuidado prestado e à atenção e adaptação de sua ação à necessidade do outro.

Neste sentido, a humanização deve iniciar com a chegada do paciente, acompanhante ou visitante ao hospital, ou seja, a humanização começa pela recepção. Como observa-se no quadro abaixo, na clínica médica, a visita psicológica frente a admissão do paciente teve como finalidade resgatar a condição do sujeito assujeitado e destituído de sua subjetividade através da proporção de um espaço de escuta para o acolhimento da angústia e sofrimento decorrentes do adoecimento seguido da hospitalização.

Aplicado esse procedimento, pode-se observar como resultados a redução de efeitos aversivos associados à adaptação a esta nova rotina e conseqüentemente uma melhor adesão ao tratamento.

Quadro 1 – Fases da hospitalização: Admissão Hospitalar

FINALIDADE DA VISITA PSICOLÓGICA	PROCEDIMENTOS	RESULTADOS
Resgatar a condição do sujeito assujeitado e destituído de sua subjetividade.	Fornecimento de um espaço de escuta para o acolhimento da angústia e sofrimento;	Redução do impacto desta experiência para o paciente e acompanhante;
	Esclarecimentos de dúvidas;	Boa adesão ao tratamento;
	Acalmar pacientes e familiares.	Familiarização com o hospital.

4.2 PERMANÊNCIA: PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

O paciente no hospital habita um local estranho; utiliza uma roupa padronizada e fornecida pela instituição; torna-se pouco funcional; tem a privacidade reduzida e nem sempre ajustada ao seu corpo físico; segue horários de alimentação, sono e banho, definidos institucionalmente, bem como condutas impostas pela equipe de saúde. Dessa forma, a internação hospitalar exige, do paciente, adaptações comportamentais em tempo nem sempre suficiente para os ajustes emocionais e cognitivos a que os esquemas e crenças subjacentes podem proceder (DOCA e JÚNIOR, 2007).

Como resultado dessa mudança brusca na ida do sujeito adoecido, podem ser observados comportamentos de estresse e outras respostas desadaptativas, que, na internação são perceptíveis devido a comportamentos de rebaixamento do humor, protestos, retraimento social e desmotivação, fatores estes que só prejudicam a evolução do tratamento.

Destaca-se que, na prática, o paciente após atravessar o processo de admissão hospitalar, ele passa a fazer parte de um leito na enfermaria. Nesta segunda fase da hospitalização, mais novidades o paciente irá encontrar. Então com o intuito de aliviar as reações emocionais advindas dessas situações que a internação hospitalar possibilita e facilitar a adaptação a esta nova rotina, durante as visitas, foi proporcionado a cada novo sujeito-paciente o melhor conforto (providenciando lençol, ou roupa de cama caso precisasse); orientando-o quanto às rotinas da unidade (refeições, visita médica e de familiares, trocas de acompanhantes, instalações sanitárias) e o fornecimento de informações sobre normas e procedimentos que seriam executados. Assim, apresentando esses procedimentos, os resultados pautavam-se no aumento dos índices de adesão ao tratamento e desenvolvimento de estratégias mais eficientes de enfrentamento.

Identificou-se uma grande demanda de abordagens e solicitações de informações e auxílios diversos, além de constatar que a postura ‘de estar disponível ao outro’, recebendo-o e orientando-o quando necessário caracteriza-se, por si só, em um atendimento diferenciado e humanizado desde a recepção. Notou-se também, a presença de demandas espontâneas, visto que muitas vezes haviam solicitações de atendimentos e procura.

Quadro 2 – Fases da Hospitalização: Permanência

FINALIDADE DA VISITA PSICOLÓGICA	PROCEDIMENTOS	RESULTADOS
Aliviar as reações emocionais.	Preparação para exames e procedimentos específicos;	Aumento dos índices de adesão ao tratamento;
	Acompanhamento do diagnóstico confirmado;	Desenvolvimento de estratégias mais eficientes de enfrentamento da fase;
	Foi proporcionado o melhor conforto;	Grande demanda de solicitações de informações, atendimento psicológico e auxílios diversos;
	Orientações sobre a rotinas, normas e regras do hospital;	
Esclarecimento de dúvidas sobre quadro clínico e procedimentos.	Satisfação com os cuidados prestados.	

4.3 ALTA HOSPITALAR

O planejamento da alta deve ter início no momento da admissão hospitalar e tem o objetivo de dar continuidade ao cuidado recebido pelo paciente no hospital. Observa-se que o planejamento da alta traz benefícios não só para pacientes, como também para os profissionais e instituição.

Na alta hospitalar de pacientes em acompanhamento psicológico, o psicólogo é responsável por avaliar se há necessidade de continuar o tratamento e tomar as providências pertinentes. E havendo demanda, cabe ao psicólogo realizar o encaminhamento do paciente para o serviço ambulatorial do hospital. Assim, o psicólogo deverá intervir de modo a obter resultados significativos em curto espaço de tempo. Dessa forma, identificar os problemas ou

dificuldades quanto à mobilidade, acessibilidade e realização de atividades de autocuidados; Orientar, quando necessário, aos pacientes e/ou acompanhantes quanto às modificações na residência, para facilitar o acesso, cuidados posturais e uso de adaptações para realizar atividades de alimentação, higiene e vestuário; são algumas ações que contribuem para o sucesso da alta hospitalar.

Quadro 3 – Fases da Hospitalização: Alta hospitalar

FINALIDADE DA VISITA PSICOLÓGICA	PROCEDIMENTOS	RESULTADOS
Tem um caráter educativo e preventivo e o objetivo de reduzir o risco de reinternação.	Entrevista final;	Continuação do tratamento;
	Esclarecimento junto a equipe multidisciplinar;	Expectativas para o futuro;
	Orientações sobre a pós alta aos pacientes e/ou acompanhantes;	Superação de dificuldades;
	Encaminhamentos.	Apoio da família;

Durante o período de realização do estágio, as demandas observadas foram significativas, o que defende a importância da atuação do psicólogo no ambiente hospitalar. Apesar da ótima organização e do agradável ambiente do hospital, algumas melhorias que serão citadas logo mais, poderiam ser implementadas, o que iria ao encontro da missão e visão institucionais.

Dessa forma, a psicologia hospitalar, apesar de recente, vem conquistando seu espaço a cada dia em sua prática, através do uso de suas técnicas e possibilitando aquele que sofre, o surgimento da palavra, no intuito de amenizar o sofrimento dos pacientes e auxiliar no campo preventivo para que o caso não evolua. Nesse sentido, é um trabalho que lida diretamente com a subjetividade do outro e que necessita largamente de um compromisso ético com a condição humana.

Após a vivência da experiência prática, e pensando em todas as questões que envolvem o processo do adoecer para o sujeito e sua adaptação diante de uma ruptura com sua vida normal e sua hospitalização, alguns pontos precisam ser repensados para mudarmos a

realidade que temos hoje. A visita de rotina na alta complexidade, por exemplo, como uma alternativa para acolher esse sujeito-paciente junto a seus familiares, nesse processo de adoecimento, hospitalização e tratamento, desde o momento de sua admissão hospitalar.

Com isto, o paciente teria em mãos uma forma para buscar se familiarizar com o lugar que agora o acolherá por um tempo (curto ou longo), como também dará a este a impressão de organização e estruturamento da instituição. Se o paciente percebe isto desde o princípio ele saberá que aquele lugar estará preparado para atender suas necessidades, é como mostrar ao paciente que existe uma preocupação com seu bem estar ao mesmo tempo em que também expõe o lado ético e o compromisso da instituição com o bem estar do paciente.

Miranda (2013) reflete sobre o trabalho do psicólogo junto ao paciente, à família, à equipe de saúde diante de situações específicas dentro do hospital. Ele defende a importância da trajetória hospitalar do paciente (diagnóstico e prognóstico), pois isto revela o tipo de trabalho a ser desenvolvido pelo psicólogo.

Neste sentido, as intervenções precisam observar se a estruturação do atendimento considerando questões específicas da sintomatologia abordada em sua totalidade. Outra atuação seria a prestação de esclarecimentos aos profissionais sobre as questões emocionais do indivíduo internado. Além disso, junto à família, o psicólogo hospitalar precisa perceber que a mesma vive um momento de ansiedade, o qual envolve o restabelecimento físico do paciente.

Outras questões foram observadas durante o estágio, as quais penso serem importantes para refletir em qualquer momento da profissão. Uma delas diz respeito à dificuldade que alguns profissionais possuem de se dirigir aos demais, principalmente ao médico, talvez devido ao já relatado poder instituído no hospital dessa categoria profissional.

Foi interessante também notar a hierarquia entre as profissões dentro da unidade. Um exemplo dessa hierarquia parecia ser o fato dos prontuários serem pertencentes aos estagiários de medicina, que muitas vezes, ficavam o tempo inteiro com os prontuários, não havendo chances de outro profissional da equipe ter acesso, caso precisasse. Notava que quando eu precisava fazer alguma anotação no prontuário e aproximava-me dos mesmos dispostos sobre o balcão, olhares apreensivos se dirigiam a mim, talvez com receio de que eu retirasse da ordem em que estavam ou até mesmo por não entenderem que a atuação do psicólogo hospitalar também envolve a leitura de prontuários.

Dessa forma, acredito ser a falta de comunicação um dos grandes problemas encontrados numa instituição de saúde, seja pelo fato da dificuldade de se relacionar com a equipe, pela troca de plantões, o que dificulta encontrar o profissional para algum

esclarecimento ou até mesmo por ser a comunicação feita basicamente via prontuários, os quais nem sempre são lidos devido a correria da rotina diária do serviço. Com isso, acaba-se tendo uma visão compartimentada do paciente e não uma visão do todo, englobando o físico, mental e social. Além disso, não é somente a comunicação entre a equipe que é precária, como também a comunicação entre a equipe e as pacientes, que muitas vezes tomam medicação sem saber o que têm e com ‘medo’ de perguntar, delegam à equipe o domínio de seu corpo, se colocando literalmente na posição de pacientes, passivas e sem voz.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ambiente hospitalar e o processo de hospitalização suscitam nas pessoas angústia em se deparar com a vulnerabilidade, fragilidade, dependência, limites, dor e, principalmente, com a finitude e a morte. Portanto, como estagiária e humana que sou, fui atravessada pelas mesmas questões e as considerei ao realizar meu trabalho. Verifiquei que há muito a ser instituído, como políticas públicas para que se efetive um atendimento humanizado para com a população.

Humanização remete-se a uma ação que valoriza o respeito ao paciente, à qualidade do cuidado prestado e à atenção e adaptação de sua ação à necessidade do outro. Neste sentido, a humanização deve iniciar com a chegada do paciente, acompanhante ou visitante ao hospital, ou seja, o acolhimento começa pela recepção.

Pensar como diferentes conhecimentos podem conjuntamente contribuir para mudanças nas atuais práticas em saúde, já mostra uma luz no árduo caminho da compreensão do indivíduo e seu processo de adoecimento em toda sua complexidade. E pensar como a Psicologia, como parte dessa construção, está contribuindo ou deverá contribuir para esse entendimento, implica um repensar sobre a prática, inclusive a cerca da importância que a psicologia exerce no contexto hospitalar, embora muitas vezes não seja reconhecida pelos demais profissionais. Além do mais, o trabalho da visita psicológica incorpora em sua realização, um grande diferencial, que é a perspectiva do acolhimento, uma vez que proporciona um espaço para escuta e encaminhamentos dos problemas que ultrapassam a dimensão biológica.

Acredita-se que com o relato dessa experiência, seja possível demonstrar a eficácia da utilização da visita de acolhimento psicológico nos demais hospitais em que o psicólogo pode ser inserido. Gratificante também é sentir o reconhecimento à atuação do psicólogo no contexto da Humanização Hospitalar, mesmo que ainda tímida, principalmente devido ao fato de uma não cultura da Psicologia neste contexto. Mas, entendemos e reafirmamos a importância da inserção do psicólogo numa equipe multi e interdisciplinar, colaborando de forma grandiosa para uma realidade tão urgente e tão necessária.

Através da discussão dos resultados, conclui-se que muitos aspectos levantados, na fundamentação teórica, puderam ser confirmados posteriormente. Assim realizar este trabalho, mais que um desafio vencido, foi uma oportunidade de ampliar o conhecimento

sobre o tema e evidenciar a importância da psicologia para a promoção da saúde através do relato da prática. Isto requer uma visão do ser humano como um todo, de um atendimento mais humano,

Como elo humanizador, na busca pela minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, pude me deparar, com algumas barreiras, como: falta de apoio da equipe médica, má definição dos processos de humanização, comunicação frágil e desconsideração do estado emocional do paciente. Porém, constatou-se que sem a atuação dos psicólogos e com a correria do dia-a-dia em um hospital, médicos e enfermeiros nem sempre possuem um olhar atento às questões relacionadas ao bem estar emocional do paciente. Com o trabalho que doa seu tempo e dedicação e o conhecimento teórico do psicólogo, muitas situações traumatizantes na clínica médica puderam ser evitados ou vividos de forma mais saudável.

À guisa de finalização do presente artigo cabe apenas reforçar a conclusão geral advinda da breve proposta de intervenção aqui proposta. Neste sentido, uma ação de humanização pode ser implementada sem a necessidade de alterações estruturais e sem a alocação de grandes recursos financeiros. Do mesmo modo, esta simples ação de ‘receber’ e ‘estar disponível ao outro’ reflete e é, em parte, determinante da relação hospital-comunidade, podendo ser implementado de forma simples e, em essência, prestando à população um atendimento diferenciado e humanizado desde a recepção até a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, R. C. V. et al. Acolhimento no PSF: humanização e solidariedade. **Mundo Saúde**, v. 30, n. 2, p. 306-311, 2006.
- BENETTON, Luiz Geraldo. Temas de psicologia em saúde. **Editora Segmento**, São Paulo, 2 ed. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante**. Brasília, 2. ed., p. 32, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília, 3.ed., 2002.
- CARLAT, D. J. **Entrevista Psiquiátrica**. Editora Artmed, 2. ed., p. 312., 2007.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. “**A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.**” 2003. Disponível em: < <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.pdf>> Acesso: Out de 2015.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.
- Conselho Regional de Psicologia. NASF, um novo apoio para a atenção básica. **Jornal de Psicologia**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.crp.org.br/crp/midia/jornal_crp/158/frames/fr_conversando_psicologo.aspx> Acesso: Out de 2015.
- DIBAI, M. B. S.; CADE, N. V. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 86-90, jan/mar. 2009.
- DOCA, F.;N.; COSTA JUNIOR, Á. L. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.17, n.37, p. 167-179, 2007.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Editora: Positivo-Didáticos, 4. ed., p. 529, 2009.
- GOMES, N. A. **Critérios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2009. Disponível

em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08012010-141442/pt-br.php>>
Acesso: Out 2015.

IVATIUK, A. L. “**O Acolhimento no Hospital.**” 2013. Disponível em <O Acolhimento no Hospital> Acesso: Out. 2015.

LOPES, J. M. “**Psicologia Hospitalar e a Psicoterapia Breve.**” 2011. Disponível em:
<http://www.notapositiva.com/br/trbestsup/psicologia/psicologia/psicologia_hospitalar_psicoterapia_breve.htm#vermais> Acesso: Out. 2015.

LOURENÇÃO, V. C. et al. Aplicação da terapia cognitivo comportamental em tratamento de câncer. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v.5 n.2, p.45-58, 2010.

MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de Relacionamento para Profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais.** São Paulo:Editora Novo Conceito, 2009.

MELLO, M. I. “**Humanização da assistência hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais.**” 2008. Disponível em:
<http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf> Acesso: Out. 2015.

MENDONÇA, S. C. B. et al. “**Visita multiprofissional na uti: uma estratégia do programa de comunicação em um hospital escola.**” 2014. Disponível em<
http://expansaoeventos.com.br/Trabalhos_Recebidos/XENENGE/Trabalho_145.pdf >
Acesso: Out. 2015.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. **Hucitec**, São Paulo, 2002.

MIRANDA, A. B. S.. “**A psicologia hospitalar.**” 2013. Disponível em:
<<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-psicologia-hospitalar>> Acesso: Out de 2015.

MOURA, M.M.D.et al.Tocar: atenção ao vínculo no ambiente hospitalar. **Interface**, Botucatu, v.17, n.45, p. 393-404, 2013.

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

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, v.7, n.1, p. 29-43, 2004.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 287-301, 2005.

PAIM, J. et al. The Brazilian healthsystem: history, advances, and challenges. 2011.

PASQUA, L. D. “**Grupo em hospital geral: o vínculo como fator terapêutico.**” 2012. Disponível em: < <http://www.leonardodellapasqua.com.br/site/wp-content/uploads/2012/07/GRUPO-EM-HOSPITAL-GERAL.-O-V%C3%8DNCULO-COMO-FATOR-TERAP%C3%8AUTICO.pdf> > Acesso : Out 2015.

PROCHNOW, A.G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.30, n.1, p.11-18, 2009.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. Psicologia em serviços de saúde: intervenção em centros de saúde e hospitais. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 1, p. 171-174, 2002.

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