

Apresentação

O livro **Preparatória para Residência em Psicologia** é o mais organizado e completo livro para os Psicólogos que desejam ser aprovados nas residências do Brasil. Fruto de um rigoroso trabalho de seleção de questões de residências e elaboração de novos conteúdos, atende às mais diversas áreas de conhecimento na Psicologia.

A presente obra foi redigida a partir do uso de 5 premissas didáticas que julgamos ser de fundamental importância para todo estudante que deseja ser aprovado nos mais diversos exames na Psicologia:

1. Questões comentadas, alternativa por alternativa (incluindo as falsas), por autores especializados.
2. 100% das questões são selecionadas de residências.
3. Questões selecionadas com base nas disciplinas e assuntos mais recorrentes nas residências.
4. Resumos práticos ao final de cada disciplina.
5. Questões categorizadas por assunto e grau de dificuldade sinalizadas de acordo com o seguinte modelo:

FÁCIL	●
INTERMEDIÁRIO	● ●
DÍFICIL	● ● ●

O livro **Preparatória para Residência em Psicologia** será um grande facilitador para seus estudos, sendo uma ferramenta diferencial para o aprendizado e, principalmente, ajudando você a conseguir os seus objetivos.

Bons Estudos!

Leandro Pinto Lima
Editor



Sumário

1. Saúde Pública / SUS	15
1. História das políticas públicas e reforma sanitária	15
2. Constituição Federal	19
3. Lei nº 8.080/90 E nº 8.142/90	22
4. NOB 06/96	37
5. Pacto pela saúde	40
6. PNAB	46
7. PNH	64
8. Direitos e deveres dos usuarios	72

RESUMO PRÁTICO

1. HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	74
1. Colônia (1500-1882)	74
2. Império (1822-1889)	74
3. República (1889-1964)	74
4. Ditadura Militar (1964-1985)	76
5. Redemocratização e Nova República	77
2. Constituição Federal	78
3. Leis orgânicas da saúde - nº 8.080/90 e nº 8.142/90	79
1. A Lei nº 8.080/90	79
2. A Lei nº 8.142/90	81
3. NOB e NOAS	82
4. Pacto pela saúde	83
5. Atenção básica	85
6. Política Nacional de Humanização (PNH)	87
4. Referências	88
2. Biossegurança e urgência e emergência	91

RESUMO PRÁTICO

1. Biossegurança	97
2. Urgência e emergência	99
3. Referências	100
3. Psicologia hospitalar	103
1. Fundamentos da psicologia hospitalar	103
2. Hospitalização e família	124
3. Morte, terminalidade e cuidados paliativos	129
4. Infância, adolescência e hospitalização	141
5. Tópicos especiais em psicologia hospitalar	150

RESUMO PRÁTICO

6.	O nascimento do hospital	167
7.	Saúde e doença	168
8.	Os primórdios da psicologia hospitalar	168
9.	Os fundamentos da psicologia hospitalar	169
10.	Hospitalização e sistema familiar	172
11.	A hospitalização de crianças e adolescentes.....	173
12.	Tópicos especiais em psicologia hospitalar	174
13.	Cuidados paliativos, terminalidade, e morte	176
14.	Referências	177
4.	Psicologia da saúde	181
1.	Conceitos e princípios da atenção e do cuidado em saúde	181
2.	O adoecimento e suas implicações	202
3.	Modalidades de atendimento em saúde e trabalho em equipe.....	214
4.	O profissional de saúde frente a morte e o morrer	218

RESUMO PRÁTICO

1.	Conceitos e princípios da atenção e do cuidado em saúde	219
1.	Psicologia da Saúde	219
2.	Saúde Pública	220
3.	Saúde Coletiva	220
4.	VIII Conferência Nacional de Saúde	220
5.	Clínica Ampliada	221
6.	Alguns Indicadores de Saúde	221
7.	Atenção Básica.....	221
8.	Promoção de saúde	221
9.	Prevenção de doenças	222
10.	Resiliência.....	222
11.	Educação para Saúde	222
12.	Redução de danos	222
13.	Comunicação de Diagnósticos e Prognósticos.....	223
2.	O adoecimento e suas implicações	224
1.	Classificação das doenças (crônicas, agudas e graves)	224
2.	Registros de dados em Saúde.....	225
3.	Implicações do adoecimento e Estresse.....	226
4.	Psicossomática.....	227
5.	Adesão ao tratamento.....	228
6.	Saúde do idoso.....	229
3.	Modalidades de atendimento em saúde e trabalho em equipes	230
1.	Modalidades de atendimento	230
2.	Trabalho em equipes multiprofissionais	230
4.	Tanatologia - a morte, o morrer	232
1.	Tanatologia	232
2.	Terapia do luto	232
3.	Síndrome de Burnout	233
5.	Referências.....	234
5.	Saúde mental.....	239
1.	Política brasileira de saúde mental	239
2.	Álcool e outras drogas	253
3.	Reforma psiquiátrica	262

4.	Atenção psicossocial	271
RESUMO PRÁTICO		
1.	Reforma Psiquiátrica Brasileira	280
1.	A história do movimento	280
2.	Estratégias	282
3.	A Rede de Atenção Psicossocial	283
4.	Política nacional sobre álcool e outras drogas	285
5.	Estratégia de redução de danos	287
6.	Referências (QUESTÕES)	289
7.	Referências (RESUMO)	292
6.	Psicopatologia	295
RESUMO PRÁTICO		
1.	Psicopatologia	322
2.	Exame mental	323
1.	Consciência	323
2.	Atenção	324
3.	Orientação	325
4.	Memória	326
5.	Juízo de realidade	328
6.	Sensopercepção	329
7.	Linguagem	330
8.	Afetividade	330
9.	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV)	331
10.	Avaliação diagnóstica	332
11.	Crterios diagnósticos para uso/abuso de substâncias psicoativas	332
3.	Transtornos psiquiátricos	333
1.	Crterios diagnósticos para esquizofrenia	334
2.	Crterios diagnósticos para transtornos de personalidade	334
3.	Crterios diagnósticos para transtorno do estresse pós-traumático	335
4.	Referências (QUESTÕES)	335
5.	Referências (RESUMO)	336
7.	Psicodiagnóstico	337
1.	Psicodiagnóstico	337
2.	Entrevista clínica	341
3.	Testes psicológicos	344
RESUMO PRÁTICO		
1.	Psicodiagnóstico	348
2.	A entrevista inicial	349
3.	O enquadre	350
4.	Entrevista de devolução de informação	350
5.	Testes psicológicos	351
6.	Referências	351
8.	Psicanálise	353
1.	Psicanálise, ciência e contemporaneidade	353
2.	Metapsicologia psicanalítica freudiana	356
3.	Interpretação dos sonhos	359

4. Estruturas clínicas - Neuroses e psicoses	359
5. Técnica Psicanalítica	371

RESUMO PRÁTICO

1. Psicanálise, ciência e contemporaneidade	379
1. Mal-estar, cultura e contemporaneidade	379
2. Psicanálise, sujeito, clínica, política	380
2. Metapsicologia psicanalítica freudiana	381
3. Interpretação dos sonhos	382
4. Estruturas clínicas - neuroses e psicoses	383
1. Adendo sobre as neuroses obsessivas em Freud	384
5. A técnica psicanalítica	386
1. As recomendações sobre a técnica	386
2. Sobre o amor de transferência	388
6. Referências	389

9. Psicologia do desenvolvimento.....393

1. Infância - Teorias da psicologia do desenvolvimento	393
1. Psicanálise - Freud	393
2. Psicanálise - Erikson	393
3. Teoria dos Sistemas Ecológicos	395
2. Desenvolvimento cognitivo	396
1. Epistemologia Genética - Teoria de Piaget	396
2. Teoria de Sócio-histórica de Vygotsky	397
3. Desenvolvimento da linguagem	397
4. Desenvolvimento moral	398
1. Teoria do Desenvolvimento Moral de Kohlberg	398
2. Teoria do Desenvolvimento Moral de Piaget	398
5. Desenvolvimento do self	399
6. Teoria do apego	399
7. Adolescência - teorias da psicologia do desenvolvimento	401
1. Aspectos imaturos do pensamento adolescente	401
2. Psicanálise	401
8. Idade adulta - desenvolvimento psicossocial	402
1. Síndrome do Ninho Vazio e Síndrome da Porta Giratória	402
2. Geração sanduíche	403
9. Envelhecimento - introdução ao estudo do envelhecimento	403
1. Desenvolvimento biológico na velhice	403
2. Desenvolvimento psicossocial no envelhecimento	404
3. Desenvolvimento cognitivo no envelhecimento	404

RESUMO PRÁTICO

1. Teorias da psicologia do desenvolvimento - Infância	406
1. Psicanálise de Freud e Erikson	406
2. Teoria dos Sistemas Ecológicos	407
2. Desenvolvimento cognitivo	408
3. Desenvolvimento da linguagem	409
4. Desenvolvimento moral - Kohlberg e Piaget	410
5. Desenvolvimento do self	411
6. Teoria do apego	411

7. Teorias do desenvolvimento - Adolescência	412
1. Aspectos imaturos do pensamento na adolescência	412
2. Psicanálise	413
8. Idade Adulta - Desenvolvimento psicossocial	414
1. Síndrome do Ninho Vazio e Síndrome da Porta Giratória	414
9. Introdução ao estudo do envelhecimento.....	415
1. Desenvolvimento biológico na velhice.....	415
2. Desenvolvimento psicossocial na velhice.....	416
3. Desenvolvimento cognitivo na velhice	416
10. Referências.....	417
10. Ética e Bioética.....	419
1. Princípios éticos e bioéticos	419
2. Código de ética profissional do psicólogo e princípios éticos da profissão	424
RESUMO PRÁTICO	
3. Ética e bioética.....	431
4. Código de ética profissional do psicólogo e princípios éticos da profissão	433
5. Referências.....	435



Saúde Pública / SUS

1

Luciana Melo e Souza

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E REFORMA SANITÁRIA

01 (UFRN - COMPERVE - 2014) Considere as seguintes afirmações sobre as políticas de saúde no Brasil:

- I. No período colonial/imperial, a assistência à saúde limitava-se apenas às classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café, e era exercida pelos médicos que vinham da Europa - medicina liberal. Os índios, negros e brancos pobres utilizavam os recursos da medicina popular e as sangrias;
- II. No período da República Velha, a área da saúde caracterizou-se pela estreita relação entre a política de saúde estabelecida e o modelo econômico vigente e pela clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica através de dois modelos de intervenção: o sanitarismo campanhista e o curativo-privativista;
- III. No período da Segunda República, o crescimento acelerado da indústria se dá às custas das condições precárias de trabalho, aumentando os riscos de problemas de saúde dos trabalhadores urbanos, piorando as condições de vida e saúde dessa população que não contava com moradia e saneamento adequados;
- IV. No período da redemocratização ou desenvolvimentista, os principais eventos foram os protestos populares pela conquista de direitos sociais e ampliação da cidadania através das propostas da Reforma Sanitária. Nesse contexto, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que proporcionou o debate sobre os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi aprovado o Sistema Único de Saúde;
- V. No período do regime militar, foi criado o Ministério da Saúde independente da área de educação. Os sanitaristas desenvolvimentistas defendiam uma proposta de articulação das campanhas sanitárias e a promoção de assistência e de articulações de ações preventivas e curativas, de acordo com as necessidades da população, a serem executadas no nível municipal;
- VI. No período da Nova República, implantou-se um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e forte mercantilização da saúde. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), responsável pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares.

As afirmações corretas são:

- (A) I, III e IV.
- (B) I, II e III.
- (C) II, IV e V.
- (D) III, V e VI.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. No período colonial, disseminaram-se várias doenças infectocontagiosas, trazidas pelos portugueses. A medicina era exercida por alguns médicos, boticários e far-

macêuticos, formados na Europa e radicados nas grandes cidades, enquanto que a população pobre desconhecia a medicina oficial.

Assertiva II: CORRETA. Nesse período, de imigração de trabalhadores europeus, a principal preocupação era com os portos e com a saúde dos trabalhadores. As ações de saúde eram pontuais e ficaram conhecidas como sanitarismo campanhista. O modelo curativo-privatista se instalou a partir da década de 1920, com a ideia de pensar a assistência médica a trabalhadores urbanos de carteira assinada, sob a forma do seguro-saúde/Previdência.

Assertiva III: CORRETA. Na Segunda República houve a aceleração do crescimento industrial, consequentemente, das péssimas condições de trabalho e de vida aos trabalhadores, o que constituiu um agravamento às condições de saúde dessa população.

Assertiva IV: INCORRETA. A redemocratização, ou seja, abertura política que ocorreu após a ditadura, não coincide com o período desenvolvimentista, que ocorreu na Segunda República.

Assertiva V: INCORRETA. O Ministério da Saúde foi criado em 1930 com o nome de Ministério da Educação e Saúde Pública. Só em 1953 que esses ministérios foram desmembrados em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. A ditadura brasileira teve início em 1964.

Assertiva VI: INCORRETA. A Nova República, período pós-ditadura, é marcada pelos movimentos populares, pela VIII Conferência Nacional de Saúde, pela Reforma Sanitária e pela criação do SUS.

Resposta: B

02 (UFMA - NEC - 2012) Por meio da Lei Eloy Chaves (1923), deu-se o nascimento da legislação trabalhista no Brasil, criando:

- (A) Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS).
- (B) Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- (C) Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).
- (D) Fundo de Assistência à Saúde (FAS).
- (E) Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS).

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa E: CORRETA. A Lei Eloy Chaves criou, em 1923, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, precursora da Previdência Social. Marca também o início da assistência à saúde voltada apenas aos trabalhadores de carteira assinada.

03 (UFMA - NEC - 2012) A idealização do direito universal à saúde teve a sua expansão a partir do Projeto de Reforma Sanitária, na década de 1980. Na década posterior, a Política de Saúde sofreu determinações dos ajustes econômicos e sociais neoliberais, que apontaram na direção:

- (A) da priorização de um Sistema Único voltado para os menos favorecidos financeiramente.
- (B) do aprimoramento do Sistema Único de Saúde, já que possibilita o cofinanciamento para programas, projetos e serviços.
- (C) do fortalecimento da Seguridade Social, já que menciona a articulação entre a Previdência Social, saúde e assistência social.
- (D) do desmonte do projeto de Reforma Sanitária, com a saúde voltada para os interesses do mercado.
- (E) das melhorias de condições de vida e de saúde da população brasileira.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Nenhuma política social foi priorizada nessa época.

Alternativa B: INCORRETA. O SUS não foi aprimorado nessa época, que foi marcada pelo baixo investimento nas ações de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. A política neoliberal é contrária ao Estado de Bem-Estar social, portanto, a Seguridade Social não foi fortalecida nessa época.

Alternativa D: CORRETA. O impacto das políticas neoliberais no Brasil, no campo da saúde, na década de 1990 (coincidentalmente a mesma época em que se regulamenta o SUS), foram: "1) ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estando na iniciativa privada); grande

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Essa relação entre o delírium e o infarto do miocárdio está provavelmente relacionada à anoxia cerebral secundária ao débito cardíaco diminuído⁵⁵.

Alternativa B: INCORRETA. As cirurgias cardíacas e as ortopédicas são as que apresentam maior ocorrência de delírium⁵⁵.

Alternativa C: INCORRETA. O paciente com personalidade dominante, que apresenta maior di-

ficuldade em se aceitar em uma condição que dependa do cuidado de outros, costuma apresentar mais delírium⁵⁵.

Alternativa D: CORRETA. Essa é uma afirmação errada sobre o delírium, já que os pacientes com baixa ansiedade costumam apresentar mais ocorrência desse quadro⁵⁵.

Alternativa E: INCORRETA. Essa complicação pode ocorrer imediatamente ou entre dois a quatro dias após a cirurgia⁵⁵.

RESUMO PRÁTICO

1 - O NASCIMENTO DO HOSPITAL

Para compreender a presença e o trabalho da psicologia no contexto hospitalar, é importante compreendermos o nascimento do hospital. Inicialmente, o hospital não possuía como foco a cura como se mostra atualmente. Esses espaços, dirigidos por religiosos, eram destinados a indivíduos doentes e pobres e não eram locais importantes para a atuação da medicina. Antes do século XVIII, portanto, o hospital era um espaço de assistência aos necessitados e possuía também a função de segregar e excluir esses sujeitos, protegendo a maioria da população dessas pessoas adoecidas, portadores de doenças contagiosas, que representavam um risco para os demais⁵⁶.

O hospital, antes do século XVIII, era considerado um morredouro, um depósito de pessoas necessitadas à espera da morte.

Em relação aos sujeitos que atuavam nesse hospital, eles não buscavam a cura do doente, mas sim a caridade e, assim, a sua própria salvação. Essas pessoas, leigos ou religiosos, trabalhavam a fim de alcançar a salvação eterna⁵⁶. Tal dinâmica se modifica a partir do momento em que se busca anular os efeitos negativos do hospital, tanto em termos de doenças, que poderiam ser causadas a pessoas internadas, quanto com relação às questões econômicas. Nessa época, se inicia a observação e pesquisa sobre a relação entre os locais de internamentos e o número de mortes no hospital, ana-

lisando o tipo de doença e o diagnóstico dos doentes vizinhos⁵⁶.

Em relação às questões econômicas, as mudanças foram observadas nos hospitais marítimos, em busca de evitar o tráfico de mercadorias realizadas por pessoas que se diziam doentes, para não passar pelo controle da alfândega. Ao mesmo tempo, eram internados os sujeitos que necessitavam de quarentena, evitando contagiar outros com as doenças que traziam consigo no desembarque⁵⁶.

Outro acontecimento importante para tal controle está ligado, no contexto militar, ao custo de um homem, de um soldado. Com a inserção do fuzil no exército, o investimento para treinamento dos soldados passa a se tornar custoso e, por isso, é importante a sobrevivência desses indivíduos. Em relação às instituições militares, pode-se destacar também a necessidade de controle para evitar deserção e o fingimento dos soldados sobre seu quadro de saúde, para permanecerem acamados⁵⁶.

Assim, medidas de controle se iniciam nos hospitais marítimos e militares, influenciando na reorganização hospitalar, que se manifestam com a inserção de uma tecnologia política, a disciplina. Tal disciplina implica o controle dos homens para evitar prejuízos, além da vigilância e registros constantes, de modo que os superiores sejam informados sobre todos os acontecimentos⁵⁶.

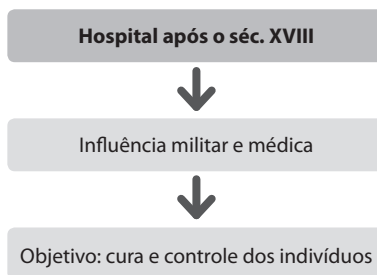
Com a introdução da disciplina no contexto hospitalar, este se torna um espaço mais organizado e também permite a inserção do saber médico. A presença do médico no contexto

hospitalar se dava apenas em casos raros, em que médicos desqualificados eram chamados pelos religiosos responsáveis pelos enfermos. Com a medicalização desse contexto, a doença passa a ser vista como um fenômeno natural, um acontecimento da natureza, que ocorre devido à ação do meio sobre o indivíduo. Assim, a medicina se insere buscando uma ação no meio, o que circunda o doente. O controle se estabelece não apenas ligado ao indivíduo,



através de vigilância e registro, mas também no ambiente em que o mesmo é internado⁵⁶.

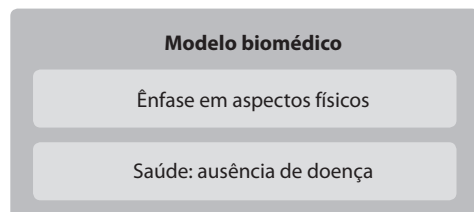
Tais modificações fazem com que, nesse contexto, a importância antes atribuída aos religiosos passe a ser dos médicos, responsáveis pela busca da cura e pelo controle da arquitetura hospitalar e do doente. Esse doente, assim, se transforma no objeto do saber e da prática médica⁵⁶.



2 - SAÚDE E DOENÇA

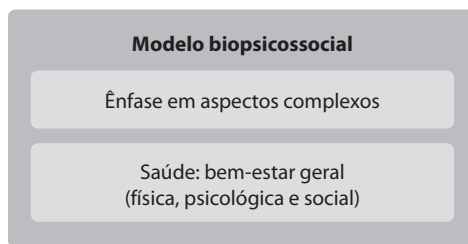
A inserção da medicina no contexto hospitalar transforma o objetivo do hospital e este espaço se volta para a cura de doenças, com o controle dos sujeitos e o desenvolvimento da medicina, estabelecendo o médico como o principal personagem dessa instituição.

A força da medicina, no contexto hospitalar, manteve-se ao longo de muitos anos e ainda é presente nos dias atuais. A busca pela cura de doenças fez com que houvesse um olhar sobre a saúde, reduzido apenas à ausência de doenças, uma abordagem voltada para os aspectos físicos e orgânicos do sujeito. Esse modelo de saúde, conhecido como "modelo biomédico", segregava o corpo da mente, isolando do contexto da saúde a história dos sujeitos e suas questões emocionais¹.



Com o avanço dos anos e dos conhecimentos científicos, esse entendimento sobre saúde

é questionado e surge um novo conceito de saúde. Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde passa a ser vista para além do físico, entendida como "um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidades", analisando a doença de forma ampla e complexa, considerando a saúde psicológica e social, para além da física, bem como a influência intercruzada dessas¹.



3 - OS PRIMÓRDIOS DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

Além das mudanças do entendimento sobre o que é saúde, a realidade atual observa mudanças nas doenças e nas causas de mortalidade. Os avanços científicos e da medicina proporcionaram a diminuição das mortes por doenças infecciosas, modificando esse contexto, transformando as doenças crônico-degenerativas no maior problema de saúde atual. Ao

mesmo tempo, percebe-se que as doenças e as causas de mortalidade estão mais ligadas aos comportamentos e aos estilos de vidas, convidando a psicologia a contribuir no controle de doenças e na promoção da saúde física².

Tais mudanças favoreceram o desenvolvimento da psicologia da saúde, buscando compreender as doenças e suas origens, aprimorar a saúde, atuando também na prevenção e no tratamento de doenças, utilizando princípios psicológicos básicos¹.

Entre os diversos campos em que o psicólogo da saúde pode atuar, está o contexto hospitalar. No Brasil, a atuação do psicólogo em tal contexto apresenta uma nomenclatura diferenciada do contexto internacional, já que o uso do termo “psicologia hospitalar” se refere ao campo específico do trabalho do psicólogo no hospital⁵⁷.

Apesar de tal prática e nomenclatura, não existe um consenso nacional sobre o uso dessa terminologia, ocorrendo a discordância entres os estudiosos da área. Tais críticas estão ligadas ao fato de que o hospital é um espaço de atuação e não um campo de saber e que tal diferenciação serve apenas para fragmentar o trabalho do psicólogo da saúde. Os críticos apontam que seria mais adequado utilizar o termo “psicologia no contexto hospitalar”, demarcando o local de atuação do trabalho do psicólogo da saúde nesse contexto. Apesar dessas divergências, o uso da terminologia “psicologia hospitalar” persiste no país, diante da consolidação do uso que se faz desses termos na realidade brasileira⁵⁷.

Para além dessas divergências, a primeira ocorrência de psicólogo nesse contexto ocorreu no Hospital McLean, fundado em 1818, ganhando espaço com a consolidação de uma equipe multiprofissional. No contexto brasileiro, os primeiros relatos da inserção do psicólogo no hospital ocorreram na década de 1950. Dois momentos são importantes para o desenvolvimento da psicologia hospitalar. O primeiro deles ocorreu em 1997, com a fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), fortalecendo essa categoria e ampliando o conhecimento científico. O segundo momento ocorreu no ano 2000, quando o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconheceu a psicologia hospitalar como especialidade. O que se observa, ainda nos dias atuais, é que

apesar do desenvolvimento de conhecimento da psicologia hospitalar e da importância dessa área na compreensão e atuação sobre o adoecimento, a inserção do psicólogo nesse contexto ainda é realizada com dificuldade².

1997

Fundação da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)

2000

Reconhecimento da psicologia hospitalar como especialidade.

4 - OS FUNDAMENTOS DA PSICOLOGIA HOSPITALAR

O psicólogo hospitalar, além de experimentar uma dificuldade de inserção em sua área de atuação, precisa compreender que essa é uma área bastante peculiar. Diferente do contexto clínico, focado em um trabalho marcado pela privacidade e pelo atendimento estruturado, a atuação no contexto hospitalar ocorre de acordo com a realidade e a estrutura física da instituição².

O atendimento ocorre no leito em que o paciente está, na enfermaria em que os demais pacientes se encontram, não ocorrendo em uma sala reservada para tal fim. O atendimento, além de não dispor de privacidade, pode sofrer interferências de outros pacientes e/ou familiares e, ainda, interrupções de outros profissionais de saúde para a realização de exames ou procedimentos².

Tal realidade institucional e particular deve ser conhecida pelo profissional da psicologia, a fim que ele possa conhecer a dinâmica e o funcionamento do hospital e manejar o seu trabalho de acordo com tais particularidades. Por ser um espaço voltado para o tratamento da saúde, algumas interrupções são inevitáveis, diante da impossibilidade de realização de procedimentos em algum momento posterior².

Conhecendo a realidade institucional, o psicólogo está apto a realizar o seu trabalho, mas qual seria ele? O psicólogo hospitalar trabalha com o paciente e sua família, atuando em diferentes momentos da internação. O profissional

pode acompanhar o paciente desde o diagnóstico, a entrada no hospital, até o momento de sua alta ou óbito. Seu trabalho é focal, voltado para as repercussões emocionais da doença e da hospitalização².

Objetivo principal: minimizar o sofrimento do paciente e de sua família.

É importante que o paciente seja visto com um ser total, considerando sua história de vida, sua personalidade e a sua compreensão sobre o adoecimento e a hospitalização, considerando questões não apenas físicas, mas também psicológicas e sociais. Essas questões psicológicas e sociais têm influência no desenvolvimento e na manutenção de doenças agudas e crônicas e, por esse motivo, não se deve desconsiderá-las, analisando-as com cuidado e trabalhando a demanda que possa surgir dessas vivências².

Em relação ao trabalho com as demandas do paciente, o psicólogo deve estar atento aos limites de sua atuação, evitando se tornar mais um elemento invasivo, o que repercute na vivência dessa hospitalização. Considerando que o psicólogo no hospital não trabalha esperando que a demanda seja espontânea, que o paciente o procure, mas sim esteja atento aos pacientes internados, devemos respeitar o desejo do paciente em não ser atendido e/ou acompanhado pelo profissional da psicologia. Mesmo que a demanda exista e a equipe de saúde solicite uma avaliação do paciente, o profissional deve respeitar o paciente e sua posição⁹.

Para alguns pacientes, a realidade hospitalar é um espaço novo e cercado de fantasias, por isso é importante considerar a experiência subjetiva da hospitalização. Quando o ambiente hospitalar é algo desconhecido e aquele é o primeiro internamento, por exemplo, essas particularidades precisam ser consideradas, já que o paciente pode vivenciar sentimentos negativos, como o medo da morte. Além disso, quando tratamos pacientes que sofreram algum acidente inesperado ou um quadro agudo de uma doença, é importante considerar que esse sujeito foi retirado de sua realidade de forma abrupta. Um acidente, ou qualquer situação de emergência, repercute no paciente, que vê o seu cotidiano interrompido por algo que não

tem controle e essas repercussões podem ser potencializadas com a inserção no ambiente hospitalar².

A entrada no hospital exige que o paciente conviva em um espaço que possui regras e rotinas diferentes do seu cotidiano. Essa convivência também demanda o contato com pessoas estranhas e profissionais de saúde de diferentes categorias, além do contato mais reduzido com pessoas da família e/ou amigos. Essa perda da individualidade também pode ser observada quando hospitais identificam o paciente pelo número do seu leito ou pelo seu diagnóstico, não considerando o seu nome e não o utilizando ao se dirigir ao paciente. Esse é um processo ainda vigente em alguns hospitais e é chamado de “despersonalização”, ressaltando ainda mais essa perda de identidade e de individualidade, que o paciente vive quando se insere nesse contexto².

Despersonalização: sujeito perde sua identidade, sendo reconhecido pelo seu diagnóstico ou pelo número do seu leito.

Quando o paciente já vivenciou o internamento em outro episódio, as rotinas e regras podem ser desconhecidas para ele ou, no caso de outro hospital, possuir as suas peculiaridades. Cada momento de internação é único para o paciente e é significado de forma particular, não permitindo uma previsão anterior à sua ocorrência².

Um importante fator que deve ser considerado e auxilia nessa vivência da internação é a importância da humanização. As mudanças de entendimento sobre o que é saúde e doença e a consolidação de um olhar mais ampliado e complexo para essas questões reforçam a importância de compreender o ser humano de forma total, oferecendo a ele um atendimento humanizado e atento às suas particularidades, compreendendo-o para além do seu diagnóstico².

As repercussões emocionais, decorrentes do processo de internação, estão ligadas também ao tratamento da enfermidade do paciente. É considerável o avanço em relação às técnicas de diagnóstico e tratamento de saúde, porém não podemos nos esquecer de analisá-las de acordo com o ponto de vista do paciente. Mesmo que o tratamento seja benéfico para

o paciente, em muitos momentos o sujeito não vivencia este como algo desejável e positivo. As técnicas muitas vezes são invasivas, agredindo o paciente e acarretando na geração da dor. Com o intuito de investir na saúde do paciente, não podemos desconsiderar que cada sujeito tem o seu enfrentamento sobre as situações vividas e deve ser respeitado².

Além de agir na minimização sofrimento do paciente, o psicólogo deve estar atento à relação que os pacientes estabelecem com o ambiente hospitalar, considerando a compreensão do paciente sobre a sua experiência, auxiliando na diminuição da ansiedade e do medo².

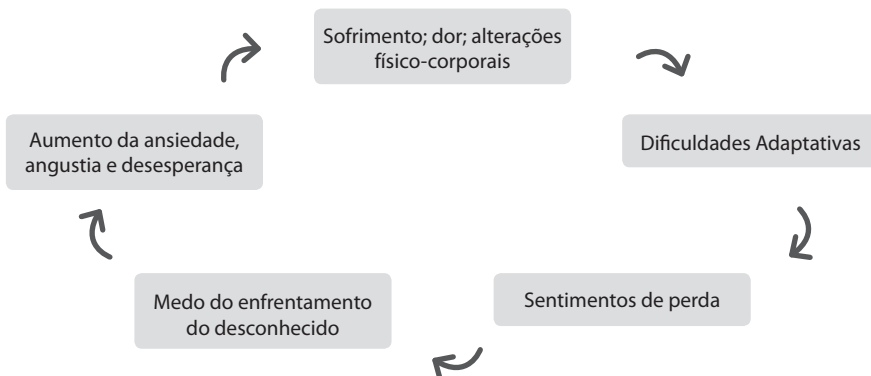
O psicólogo deve fornecer ao paciente um espaço para a expressão dos seus medos, das angústias e fantasias sobre o hospital, a doença e o seu tratamento. Quando o paciente não compreende o seu diagnóstico ou um procedimento que irá realizar, é importante que ele seja informado sobre esse e esclareça suas dúvidas. O papel de informar diagnósticos e sobre tratamento é do médico, mas o psicólogo deve investigar como o paciente recebeu as informações passadas e o seu grau de compreensão, investindo nessa compreensão e tornando as informações mais potentes e compreensíveis².

A informação tem um papel crucial na vivência do adoecimento e da hospitalização, atuando na diminuição do medo, da ansiedade e das fantasias. Mesmo quando o paciente interpreta o seu tratamento como algo ameaçador e o medo de sentir dor ou da morte se mantenha, as informações são importantes para diminuir a ansiedade. Por mais assustado que o paciente esteja, é importante que ele possua algum grau de compreensão sobre o que lhe acontece².

É importante perceber que, apesar da vivência da hospitalização ser individual e possuir suas características peculiares, ela deve ser considerada um momento de desequilíbrio que demanda a adaptação do paciente².

O paciente adoecido e internado vivencia uma crise, o processo de descontinuidade da vida, a ruptura abrupta do cotidiano, que o leva a sentir que o seu futuro e todos os seus planos não mais são possíveis. A doença, quando ocorre de forma súbita e inesperada, exige que o sujeito não se mantenha paralisado frente ao desconhecido, mas sim que utilize estratégias e recursos para enfrentar esse momento. Entretanto, tais recursos podem não ser interpretados como suficientes pelo paciente. O trabalho do psicólogo, nessa realidade, é fornecer suporte emocional ao paciente, buscando trabalhar as questões ligadas à sua adaptação e aos recursos possíveis, para que o paciente consiga vivenciar esse momento de forma menos sofrida possível².

Observando o gráfico abaixo, podemos perceber a série de emoções e sensações que acometem o sujeito doente. A presença da doença acarreta sofrimento e alterações físicas, que repercutem em toda a vida do sujeito, bem como em sua adaptação, gerando o sentimento de perda e o receio pelo que não lhe é conhecido. Conseqüentemente, o paciente sente mais ansiedade, angústia e desesperança, que influenciam na experiência do adoecimento, bem como no sofrimento decorrente deles. Durante esse ciclo, é indispensável que o paciente receba suporte emocional e disponha de um espaço em que possa expressar todos os sentimentos decorrentes desse processo².



O psicólogo, além de atuar na diminuição do sofrimento gerado pelo adoecimento, deve estar atento à comunicação entre o paciente, família e equipe de saúde. É importante que os três polos consigam estabelecer uma comunicação eficaz, com o intuito de contribuir com o tratamento e o bem-estar do paciente. Para que essa comunicação ocorra, é importante que as questões emocionais sejam consideradas, bem como a forma como cada sujeito experiencia a situação vivida. É importante que a equipe, acostumada com a rotina das unidades hospitalares e seus procedimentos, considere que o paciente significa sua experiência de forma individual e característica. Atentos ao olhar do paciente sobre o adoecimento, a equipe é capaz de acolher seus receios e retirar suas dúvidas, não menosprezando qualquer conteúdo do paciente. O psicólogo atua auxiliando no estabelecimento dessa comunicação e agindo como ponte entre os três polos envolvidos, evitando que ruídos comunicacionais impactem nessa realidade².

5 - HOSPITALIZAÇÃO E SISTEMA FAMILIAR

O conceito de família, nos dias atuais, se configura de forma diferenciada frente às concepções passadas. Os laços sanguíneos não mais delimitam a existência de uma família, estando este grupo mais ligado às questões de afeto e de cuidado. Assim, o foco da família não é mais a reprodução e consequente desenvolvimento dos indivíduos, mas sim as relações estabelecidas nesse grupo. É dentro da família que os sujeitos desenvolvem suas habilidades, formam-se enquanto seres sociais e desenvolvem a sua identidade⁵⁸.

Considerando tais mudanças, podemos considerar também a família como um sistema, em que cada membro da família influencia e é influenciado por esse grupo e pelo meio em que eles vivem. Partindo desse ponto de vista, para compreender um sujeito, é preciso analisar e compreender também o sistema familiar no qual ele se insere, analisando-o como participante desse sistema e não como um sujeito individual⁵⁸.

Quando um sujeito é acometido por alguma doença, esse sistema também será afetado. A família, assim como o paciente, irá sentir as repercussões desse fenômeno, irá experienciar

um momento de crise e precisará de um período de adaptação, gerando mudanças no sistema familiar, a fim de satisfazer às novas demandas. Esse momento de crise deve ser visto como uma desorganização, comumente inesperada, do sistema familiar, que demanda uma reorganização e o estabelecimento de soluções nem sempre adequadas. É comum, em momentos como este, que os membros da família enfrentem maiores momentos de tensão e também de conflitos entre si, que muitas vezes não estão diretamente ligados ao adoecimento, mas são revividos diante do estresse dessa situação mobilizadora. A necessidade de reorganização das funções de cada membro, naquele sistema familiar, demanda que os membros tenham novas funções, mesmo que temporariamente, e desenvolvam novas atividades. Todos esses fatores organizacionais devem ser considerados, sempre revestidos por sentimentos ligados aos temores causados pelo adoecimento e o medo de perder alguém querido⁵⁸.

Assim, devemos considerar que não só o paciente é afetado pelo adoecimento, mas também a sua família. Não podemos desconsiderar que eles estão vivendo um momento de crise que exige reorganização, principalmente quando o membro doente desempenha um importante papel nesse sistema. Além disso, esses sujeitos estão vivendo um momento delicado, em que o receio pelo prognóstico e o medo de perder o paciente se encontram presentes. A família e o paciente vivem com o medo gerado pela incerteza, com as repercussões do tratamento, com as angústias e as mobilizações decorrentes desde momento⁵⁸.

Diante desse quadro bastante singular, o psicólogo deve estar atento à família, tanto quanto ao paciente, trabalhando as questões voltadas ao sofrimento decorrente da experiência, atuando como ponte de comunicação dela para com o paciente e a equipe de saúde, fornecendo suporte emocional e trabalhando dúvidas e fantasias decorrentes desse momento. Sem desconsiderar que o sistema familiar pode atuar como um importante apoio social para o sujeito, promovendo seu bem-estar e auxiliando no enfrentamento do adoecimento. Essas são as pessoas com as quais o paciente tem um contato prévio e que conhecem seu cotidiano, elas devem ser aliadas no tratamento e nas repercussões deste. Quando a família atua