

FACULDADES INTEGRADAS FAFIBE
CURSO DE PSICOLOGIA

ELIANE APARECIDA CORRÊA LIMA
MARIA APARECIDA GARCEZ DE OLIVEIRA

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS APRESENTADAS POR PACIENTES QUE
NECESSITARAM DE HOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS INTENSIVOS: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

BEBEDOURO
2009

ELIANE APARECIDA CORRÊA LIMA
MARIA APARECIDA GARCEZ DE OLIVEIRA

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS APRESENTADAS POR PACIENTES QUE
NECESSITARAM DE HOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS INTENSIVOS: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Trabalho de Conclusão do Curso de
Psicologia apresentado às Faculdades
Integradas Fafibe, sob a orientação do Prof^a
Ms. Karin Aparecida Casarini para obtenção
do título de Psicólogo.

BEBEDOURO
2009

Lima, Eliane A. C. ; Oliveira, Maria A. G. de
Repercussões psicológicas apresentadas por
pacientes que necessitaram de hospitalização e cuidados
intensivos: uma revisão bibliográfica / Eliane Aparecida
Corrêa Lima/Maria Aparecida Garcez de Oliveira --
Bebedouro: Fafibe, 2009.
42 f.; 29,7cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-
Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.
Bibliografia: f. 40 – 42.

1. Adoecimento. 2. Aspectos emocionais. 3.
Hospitalização. 4. UTI. I. Título

ELIANE APARECIDA CORRÊA LIMA
MARIA APARECIDA GARCEZ DE OLIVEIRA

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS APRESENTADAS POR PACIENTES QUE
NECESSITARAM DE HOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS INTENSIVOS: UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão do Curso de psicologia
apresentado às Faculdades Integradas Fafibe, para
obtenção do título de Psicólogo.

Banca examinadora

Orientadora: Prof^a Ms. Karin Aparecida Casarini
Faculdades Integradas Fafibe

Examinadora: Prof^a. Dr^a. Débora de Lourdes F. Pellegrini Paro
Faculdades Integradas Fafibe

Bebedouro, 24 de novembro de 2009.

Dedico aos meus pais, Affonso e Aparecida, que me apoiaram para conquistar e realizar mais uma missão em minha vida. Agradeço pela educação, pois mesmo com as dificuldades, sempre me ensinaram a amar o próximo, lutar pelos meus objetivos com respeito e dignidade.

Eliane Aparecida Corrêa Lima

Dedico ao meu pai, Cromel *in memoriam*, que me oportunizou ensinamentos que levarei por toda minha vida. São lições de amor; respeito; caráter; companheirismo; valores essenciais que deixarei como herança aos meus filhos. Sinto muito orgulho do senhor!!!

Maria Aparecida Garcez de Oliveira

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que me concedeu a oportunidade para vencer os obstáculos e conquistar o meu objetivo.

Aos meus pais, Affonso e Aparecida; irmãos, Cláudio, Ana e Vilson; cunhado (as) e sobrinhos, que participaram comigo de cada nova etapa conquistada, com muito esforço e dedicação vencendo sempre aos desafios que surgiram no decorrer dos anos. Muito obrigada!!!

Aos meus amigos, que compartilharam momentos felizes e tristes. Mas que me incentivaram a seguir em frente e não desistir diante de instantes difíceis. Vocês eternamente estarão em meus pensamentos.

À minha companheira de TCC, Maria, pela missão e desafios conquistados a cada momento em 2008 e 2009. Obrigada!

Eliane Aparecida Corrêa Lima

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, por minha existência e permitir que me desenvolvesse como ser humano.

Este trabalho foi concluído com muito esforço e conseqüentemente muito aprendizado para colocar em prática minha formação. Agradeço as muitas pessoas que, mesmo longe, me acompanharam durante estes cinco anos, proporcionando segurança e confiança para meu crescimento sobre uma área tão importante para nós seres humanos. Sou grata a todas elas e principalmente ao meu pai Cromel in memoriam e minha mãe Therezinha. Amo todas vocês!!!

Aos meus filhos, Gabriel e Guilherme, que revestem minha existência da maternagem e do meu maior vínculo afetivo. Amo e admiro vocês!!!

Sou grata à minha mãe, Therezinha, irmãos, Crominho e Rosa, e sobrinha, Lícia, que mesmo com nossas singularidades sabemos amar uns aos outros e compartilhar momentos, sejam eles alegres ou tristes. Obrigada por me amarem como sou!!!

Agradeço ao meu grande amor, o mais significativo, que com paciência e confiança, ensinou-me a olhar para meu Criador como sua criatura... Mostrou-me que tenho uma estrela que sabe brilhar nos momentos exatos... Mostrou-me inúmeras vezes que devo buscar meus desejos e ser feliz... Ensinou-me a enxergar que sou uma mulher que tem limites e que aproveita das suas aflições para crescer... Ensinou-me a amá-lo, e como... Muito obrigada!!!

À minha confidente e grande amiga, Aline, mesmo com pouca idade, sempre me acolheu e ajudou, esclarecendo dúvidas quando chegava algum ponto crítico. Agradeço a amizade e a companhia constante nos meus momentos mais difíceis. Você está guardada no meu coração. Obrigada pelo carinho!!!

À minha Carol, amiga da faculdade, que desde o primeiro dia de aula me recebeu com braços abertos. Até hoje compartilha suas experiências acadêmicas, deste curso e outros já concluídos. Você é maravilhosa!!!

A todos da minha turma, agradeço todos os encontros que tivemos durante estes anos, alguns com responsabilidades de um futuro psicólogo e outros simplesmente para nos divertirmos. Foram momentos de grandes conversas;

risadas; cafés; águas; almoços; bares; jantares; churrascos... Podem acreditar, sentia-me com a mesma idade de vocês.

A todos, que fazem funcionar, muito bem, a Clínica de Psicologia, inclusive meus pacientes, obrigada por permitirem as práticas da ciência psicológica que me foi passado em sala de aula. Professora Renata, você é o Máximo!!! Obrigada por sua atenção e prontidão.

Sou grata aos meus professores, tão jovens e competentes, que nunca deixaram de trazer contribuições pertinentes à minha formação. Vocês serão lembrados com carinho.

Aos diretores e funcionários da Fafibe, pelos “Bom Dia!”, que recebia todas as manhãs durante meus cinco anos de curso. Obrigada por me receberem!!!

A todos que fazem viver a biblioteca, meu lugar favorito, vocês merecem meus respeito e carinho. Obrigada!!!

Finalmente, agradeço à minha companheira de TCC, Eliane, por fazer parte deste trabalho. Tenho certeza que superamos nossas dificuldades e soubemos unir nossos pensamentos para conclusão deste trabalho. Adorei conhecê-la!!!

Maria Aparecida Garcez de Oliveira

“Eis minha subjetividade: percebo a vida como um processo em transformação, caminho que construímos ao caminhar. Percebo-a também como dádiva: tenho aprendido, diariamente, que ela é frágil e acima de tudo, finita. Isso faz com que eu busque respeitá-la, apreciá-la e cuidá-la e, nessa medida, dedicar-se a ela, vivendo-a como se vive um grande amor: buscando o prazer máximo do encontro”. (BADUCCI, 1999 apud ANGERARMI-CAMON, 2004, p.11).

RESUMO

Esta revisão bibliográfica tem como objetivo compreender os aspectos emocionais e dificuldades enfrentadas durante o processo de adoecimento de pacientes que necessitaram de hospitalização e cuidados intensivos. Este estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica, com levantamentos de materiais publicados sobre a temática no período de 10 anos. O trabalho, também, proporciona uma reflexão sobre a importância do psicólogo no contexto hospitalar, no sentido de favorecer a compreensão dos aspectos emocionais apresentados pelos pacientes, prevenindo-os quanto à desestruturação emocional. Neste sentido, os estudos levantados indicam que é de extrema importância o trabalho do psicólogo para contribuir com melhor qualidade de vida ao realizar ações humanizadas com o paciente-família-equipe nesse ambiente.

Palavras-chaves: Adoecimento. Aspectos emocionais. Hospitalização. Trabalho do Psicólogo. UTI

ABSTRACT

The objective of this revision is to comprehend emotional aspects and difficulties of the human being through illness, hospitalization and intensive care. This study was comprised of bibliographic research of materials published specifically for this area of study in the last ten years. It also shows a reflection on the importance of the psychologist in hospitalization, in the sense of comprehending and understanding emotional aspects shown by patients, preventing them from any emotional destruction. This relates to the importance of psychologists in contributing to a better quality of life to these patients through positive human actions in the patient-family-team context of the hospital.

Key words: Illness. Emotional aspects. Psychological work. Hospitalization. Intensive Care Units.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO.....	15
3 JUSTIFICATIVA	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 O PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO HUMANO	18
6 REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DO ADOECIMENTO.....	22
7 HOSPITALIZAÇÃO.....	25
8 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	28
9 AÇÕES QUE PODEM CONTRIBUIR PARA DIMINUIR AS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS	32
9.1 Humanizar	32
9.2 O trabalho do psicólogo	34
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

“As vozes misteriosas do corpo: o sopro, o borborigmo, a crepitação, o estridor. As vozes inarticuladas do paciente: o gemido, o grito, o estertor. As vozes articuladas do paciente: a queixa, o relato da doença, as perguntas inquietas. As vozes articuladas do médico: anamnese, o diagnóstico, o prognóstico. Vozes que falam da doença, vozes calmas, vozes revoltadas.” (SICLIAR, 1996 apud ROMANO, 1999, p.45.)

Busca-se com a realização deste trabalho, descrever a ocorrência de alterações quanto aos aspectos psicológicos no processo de adoecimento e durante uma hospitalização, considerando que estes últimos eventos podem interferir na vida dos pacientes.

Campos (1995), quando se refere ao paciente, relata que cada um irá agir e sentir a sua dor; por mais que as pessoas se esforcem para entendê-lo, ninguém sentirá do mesmo jeito que ele sente. Sendo que, essa experiência de ser e estar doente é vivenciada uma maneira única por cada pessoa.

Sendo assim, Campos (1995), ressalta que o processo de adoecimento supera aspectos da individualidade, ou seja, o paciente ao compreender sua dor, traz significados agregados a esta, em função da sua história de vida, o que faz com que o outro não consiga sentir e compreender como ele a sente e compreende.

Segundo Botega (2002), o paciente somente irá perceber seu adoecimento quando a doença aparecer e fazê-lo, assim, lembrar que tem um corpo e que pode morrer. Quando uma pessoa se depara com uma doença grave, seu sentimento é de que deixou de ser dona de seu próprio corpo.

Neste sentido, o indivíduo ao adoecer toma consciência de que o corpo físico apresenta-se com uma vulnerabilidade ao adoecimento, a qual lhe desperta a percepção de que o controle sobre o mesmo ultrapassa seus limites.

Ao entrar em contato com a realidade do adoecimento, o paciente pode ter ainda que enfrentar a necessidade de uma hospitalização. Neste ambiente onde será retirado de seus hábitos e costumes do dia-a-dia, ou seja, mudará a sua rotina, o que pode também contribuir, além dos aspectos envolvidos no adoecimento, há a experiência de perdas emocionais e físicas, pois pode não encontrar maneiras adequadas para lidar com o inesperado.

Desse modo evidencia-se a importância do conhecimento dos aspectos emocionais pelos pacientes como recursos favorecedores de intervenções psicológicas em contexto hospitalar. Estas intervenções podem contribuir para uma melhor adaptação do paciente ao processo de adoecimento.

2 OBJETIVO

Compreender os aspectos emocionais apresentados pelo paciente durante a internação hospitalar;

Refletir sobre a importância do psicólogo no contexto hospitalar de modo a levantar aspectos preventivos de intervenções, relacionados às alterações emocionais de pacientes que necessitam de hospitalização.

3 JUSTIFICATIVA

“Concretizar um saber é tarefa vagarosa. Pressupõe o desejo dos resultados, o preparo do campo, o plantio das sementes, o cuidado com o crescimento, a colheita segura, a tranqüilidade de recomeçar e de aperfeiçoar. As pragas, as reações ameaçadoras da natureza, para o exercício ético de respeito às divergências, para o humilde reconhecimento da ignorância.” (CHIATTONE, 1991 apud ANGERAMI-CAMON, 2000, p.73.).

O conhecimento sistematizado das repercussões emocionais apresentadas pelos pacientes pode ajudar na minimização e enfrentamento das dificuldades encontradas no adoecimento e hospitalização em contexto hospitalar. Considera-se que o trabalho do psicólogo é de extrema importância para contribuir para que o paciente possa encontrar recursos adaptativos para lidar com o processo de adoecer.

Dessa forma, a realização de uma revisão bibliográfica pode favorecer a obtenção de um panorama dos conhecimentos e atuações psicológicas no Brasil e contribuir para a disseminação destas informações.

4 METODOLOGIA

“Uma coisa parece certa: se queremos avaliar a situação real da Psicologia contemporânea, não podemos ignorar a existência de uma fragmentação de seu domínio de investigação (...). Quer do ponto de vista de seus métodos, quer do ponto de vista de seu objeto, não pode ser considerada uma disciplina uma nem tampouco unificada.” (JAPIASSU, 1995 apud ANGERAMI-CAMON, 2000, p. 78.).

Este estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, com levantamento de materiais publicados sobre a temática estudada, nos últimos 10 anos.

Tal levantamento bibliográfico foi realizado no acervo de livros das Faculdades Integradas Fafibe, e os artigos científicos pesquisados nas bases de dados: Scielo, Bireme, Lilacs, de acordo com o interesse temático tendo em vista as palavras-chave: Hospitalização; UTI.; Adoecimento; Desenvolvimento Humano; Aspectos psicológicos; Trabalho do Psicólogo.

5 O PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO HUMANO

“Não existe meio de verificar qual a boa decisão, pois não existe termo de comparação. Tudo é vivido pela primeira vez e sem preparação. Como se um ator entrasse em cena sem nunca ter ensaiado. Mas o que pode valer a vida, se o primeiro ensaio da vida já é a própria vida? É isso que faz com que a vida sempre pareça um esboço. No entanto, mesmo “esboço” não é uma palavra certa porque um esboço é sempre um projeto de alguma coisa, a preparação de um quadro, ao passo que o esboço que é nossa vida não é o esboço de nada, é um esboço sem quadro.” (CASSORLA, 1991apud KOVÁCS, 1992, p.91.).

Nesse capítulo abordaremos o desenvolvimento Humano e o processo de aquisição de competências emocionais e físicas para lidar com situações difíceis durante sua vida.

Segundo Kovács (1992), o processo normal do desenvolvimento humano inicia-se desde o nascimento do bebê, através dos vários vínculos importantes, por ele estabelecidos. O primeiro deles acontece com sua mãe e em seguida ampliam-se para toda a sua família, o que lhe favorece as interações e o inicia no processo de socialização.

Estes vínculos são ampliados na fase da adolescência e prolongam-se até à vida adulta, sendo que nestas etapas, suas experiências vividas favorecem essas relações e o planejamento de projetos importantes para o seu equilíbrio, em aspectos como: trabalho, casamento, filhos, até a chegada do envelhecimento.

Pode-se perceber que é através de seu desenvolvimento que o homem constrói sua história de vida. Desde sua infância ele aprende a lidar e enfrentar situações novas que ocorrem em seu cotidiano, situações essas que estão relacionadas com sua convivência familiar, escolar, com os amigos, na sociedade e com o passar dos anos com o seu trabalho, casamento e com sua própria família.

Diante disso, a compreensão do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1976), mostra que a história pessoal, composta pelas experiências vivenciadas ao longo do tempo, permite que novas habilidades sejam conquistadas e que alguns modos de comportar-se sejam abandonados na vida adulta. Ele enfatiza que as pessoas enfrentam uma série de crises ao longo da sua vida e que a sua personalidade dependerá do modo como essas crises são superadas.

Segundo o mesmo autor, essas crises podem ter conseqüências positivas ou negativas dependendo de qual foi a sua resolução. Quando o indivíduo atinge a idade adulta, entra em contato com a sociedade, confrontando suas concepções e opiniões, o que leva a alterar muitas vezes, drasticamente, a sua personalidade.

Assim, o homem constrói sua história de vida, onde estão presentes momentos em que alcança conquistas e outros momentos onde tem que enfrentar situações de fracasso, como por exemplo, o adoecimento. Algumas pessoas passarão por esse momento de crise de maneira mais tranqüila e saberão como encontrar soluções adequadas e cabíveis para resolvê-las. Enquanto outras necessitarão de auxílio para enfrentar suas próprias dificuldades. Portanto, a forma como esse momento será enfrentado, está relacionado com a construção e história de vida de cada um, através de suas vivências por meio de sua cultura e crenças.

O adoecimento pode estar ligado a ocorrências de diversas alterações psicológicas como medo, angústia, ansiedade, raiva, medo da morte, preocupação com o passado bem vivido ou mal vivido, fracassos, as más decisões, as escolhas e arrependimentos. Neste momento, a doença pode se tornar impeditiva e limitar a livre convivência do indivíduo com seu meio, bem como a diminuição do envolvimento com os trabalhos rotineiros que geram prazer e felicidade. Estas perdas podem afetar o estado emocional do indivíduo e fazer com que papéis importantes, conquistados anteriormente durante sua vida, se acabem.

May (1974 apud OLIVEIRA, 2002) afirma que o ser humano, durante seu processo de desenvolvimento, se depara com situações de angústia, e para enfrentá-las, utiliza-se de algumas características, como por exemplo, centrar-se em si mesmo para buscar coragem e ter maior percepção nesse momento para lidar com seu sentimento, sendo assim, o paciente recorre ao seu auto-conhecimento.

Neste sentido, o autor aponta que a percepção caracteriza-se pelo conhecimento que o indivíduo tem de que algo exterior está ameaçando seu mundo e que a visão de que é ele quem está sofrendo a ameaça; isso se dá pela autoconsciência.

Nesta circunstância, o homem desenvolve uma nova característica, a ansiedade, cujo objetivo é impulsioná-lo a lutar contra os aspectos que poderá destruir o seu ser, seja um agressor externo ou interno ao seu eu.

Dessa forma, May (1974 apud OLIVEIRA, 2002) aponta que o homem, em um primeiro momento, pode perceber algo estranho, seja de origem subjetiva ou

externa, como o adoecimento, por exemplo, e a partir de então tomar ou não consciência, o que poderá desencadear a ansiedade e a angústia.

Neste sentido, podemos pensar que o processo de adoecimento pode ocasionar um desequilíbrio no indivíduo, seja ele no aspecto físico ou emocional.

Freud (1974) considera que para o homem é impossível viver quando seus desejos chegam ao fim, uma vez que o contato com o sofrimento, isto é, a doença, pode provocar uma paralisação em todo seu funcionamento físico e mental. Nesta condição, suas possibilidades de encontrar outro caminho melhor, são quase inexistentes. Portanto, o seu sofrimento, a sua doença, agora já estão instalados no seu corpo, no seu eu.

Assim, nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição. Já a infelicidade é menos difícil de extrair. O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo que pode voltar-se contra nós com forças de destruição e impiedosos; e finalmente de nossos relacionamentos com os outros homens. (FREUD, 1930/1974, p. 84-85).

Analisando o texto de Freud e trazendo tal situação para um doente hospitalizado, pode-se considerar-se que seu sofrimento, neste ambiente, vem de três fatores: da perda da saúde do seu corpo, quando a doença se apropria sem que ele permita, pois este corpo é uma estrutura frágil e está sujeito a qualquer alteração; da perda da liberdade quando se vê diante do universo hospitalar, o qual é diferente e que foge do seu controle e de seu conhecimento. Além disso, existe a necessidade de procedimentos invasivos e dos manuseios da equipe de saúde, sobre o seu corpo, que antes só pertencia a si; e o último fator vem da dificuldade nas relações, nesta nova e preocupante situação, com sua família e com a própria equipe médica que o está auxiliando.

A relação do homem com a doença, agora ocupa o lugar mais importante do seu eu, provocando insatisfação pessoal e com isso, seu desenvolvimento emocional pode ser comprometido, gerando frustrações e estresse. A partir daí a pessoa pode se sentir incapaz de satisfazer as demandas da nova situação, abandonando-se, deixando que seu sofrimento tome conta do momento.

Diante dessa condição é relevante apontar que o ser humano inevitavelmente se angustia e sofre, este sofrimento e angústia poderão ser prejudiciais à sua recuperação e enfrentamento do adoecimento.

Assim, a forma com que o homem se desenvolve ao longo de sua vida, contribuirá para o modo de constituir suas capacidades de enfrentamento diante de situações como o adoecimento, suas perdas ou ganhos, os tipos de mortes e as lutas para se manter bem. É importante ressaltar que cada pessoa é um ser único e tem sua maneira de adoecer e existir, sendo que as características de cada um irão determinar o modo pessoal e original de responder às situações estressantes.

Diante disso, Campos (1995) evidencia que durante sua existência, o homem sempre busca recursos para não adoecer, ou seja, para não enfrentar a morte.

Dessa maneira, em seu desenvolvimento, o homem busca alcançar um modo de viver saudável e equilibrado, garantindo uma boa qualidade de vida. Ao adoecer, o homem irá depender dessas características próprias e únicas para atravessar esse momento de sua vida, onde aparecerão as mudanças psicológicas e físicas que também repercutirão em sua família. Estas circunstâncias acentuam-se no paciente, e faz com que este necessite de um tratamento em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido ao agravamento de sua doença.

6 REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS DO ADOECIMENTO

“Fiz um trato com meu corpo.
Nunca fique doente.
Quando você quiser morrer,
eu deixo.” (P. LEMINSKI, 1995 apud BOTEGA, 2002, p.49.)

Conforme ressaltado nas palavras de Botega (2002, p. 43):

“A maneira que a pessoa reage a essa situação de adoecimento depende de muitos fatores: de sua personalidade, de sua história, de suas crenças, de seu estado emocional, do apoio que possa receber e aceitar do tempo”.

É extremamente importante para o paciente o auxílio e a ajuda de profissionais como o psicólogo, para amenizar seu sofrimento e angústia durante sua hospitalização, colaborando para que ele encontre recursos adequados e necessários para enfrentar esse momento de crise.

Tanto adoecimento como crise para Simon (1989), definem o modo como uma pessoa enfrenta essa nova situação, que transforma seu modo de ser e estar, isto é, como ela se depara com as perdas.

Essas mudanças podem repercutir em diferentes reações emocionais no paciente, como ansiedade, medo, insegurança, depressão, entre outras, e a maneira como ele irá reagir e enfrentar essas situações, dependerá do seu estilo de vida.

Conforme Sebastiani (1998), a intervenção adequada do psicólogo no momento de crise, irá favorecer a proteção do paciente, garantir melhor equilíbrio de seu estado emocional e maiores possibilidades de enfrentamento.

O autor ainda afirma que o paciente, durante o adoecimento, pode apresentar reações emocionais, devido ao estresse neste ambiente. Sendo assim, a primeira fase é denominada de reação de alarme, que significa que o paciente começa a perceber que algo de errado está surgindo; fase esta de choque, isto é, o paciente sofre um dano estressor e de Contrachoque, pois o paciente irá apresentar sintomas fisiológicos como dores de estômago, de cabeça, entre outras. O adoecimento inicia-se com a segunda que é conhecida como a fase de resistência, isto é, o paciente manifesta reações como inquietação, intolerância, irritabilidade

intensa, alterações do sono, insônia, agressividade, dificuldade de concentração e atenção, entre outras. Na última fase, a de exaustão ou esgotamento, a ansiedade do paciente é substituída pela angústia e depressão e seu estado emocional se torna frágil e desestruturado.

Para Boss (1981), com surgimento da doença, o homem apresenta sentimentos que condizem com este acontecimento como, por exemplo, a angústia e culpa. Neste sentido, o paciente sente-se culpado por estar diante dessa situação de adoecimento e pelas rupturas com o meio externo, isto é, com seus familiares e pessoas queridas.

Seguindo esse pensamento, Botega (2002), refere que com o adoecimento e a internação hospitalar o paciente tem uma cisão em sua vida, mudando completamente suas atividades pessoais, profissionais e sociais. Através disso, emergem sentimentos como a ansiedade, tristeza, medo, angústia, entre outras. Como cada um reage de diferentes maneiras ao atravessar essa fase, o paciente pode apresentar reações de ajustamento durante esse período. Alguns sintomas apresentados no comportamento do paciente devem ser observados como: ansiedade, preocupação excessiva, depressão e insônia; estes são importantes para o tratamento e sua reabilitação.

Conforme Romano (1999), é fundamental que a família esteja presente para acompanhar as mudanças ocorridas nesse período de internação e, oferecer suporte psicológico também para eles, pois isso possibilitará melhores condições de enfrentamento ao passar por essa adaptação, nesse instante de dor e sofrimento.

O auxílio da família pode contribuir para a recuperação do paciente em curto prazo e garante mais segurança durante a hospitalização.

Nesse contexto, faz-se necessário a ajuda do psicólogo, de modo a favorecer o ajustamento do paciente nesse período de internação, caracterizado como um momento da crise. O psicólogo pode realizar intervenções com o paciente, contribuindo para que compreenda e reconheça suas alterações e reações emocionais, ajudando-o a amenizar e enfrentar suas dificuldades em relação ao adoecimento. Pode também realizar intervenções com a família e a equipe de saúde, visando um bem estar a todos.

Arcieri (2003) relata que o processo de adaptação do paciente depende das capacidades psíquicas de perceber, ordenar e interpretar o meio físico e social em

que se vive, de maneira mais próxima à realidade, e agir de acordo com os resultados desses procedimentos.

Há também, os mecanismos psicológicos de adaptação que são os mecanismos de defesa (de negação, de regressão e de deslocamento). No mecanismo de negação, o paciente protege-se dos perigos e nega os fatos que estão presentes em sua vida. Nessa fase, para não encarar a realidade, evita o sofrimento, o desespero e o medo. Na regressão, o paciente vê-se vulnerável aos cuidados da enfermagem, que precisam realizar procedimentos de cuidados básicos como a alimentação, higienização e medicamentos, como no caso dos pacientes da UTI, porque muitos se encontram impossibilitados de realizar tais cuidados. Já no deslocamento, o paciente passa a manifestar toda a sua raiva contra a equipe médica e contra seus familiares, como sentimentos de angústia e revolta, surgindo o estresse.

7 HOSPITALIZAÇÃO

“Agora me retalha o canivete desta descoberta: eu não quero ser eu, prefiro continuar objeto da família”. (DUMONT de ANDRADE, 1993 apud ROMANO, 1999, p. 71.).

Quando o paciente adoece, ele entra em contato com situações e sentimentos desconhecidos para ele. Abordaremos, nesse capítulo, a hospitalização, momento em que o paciente precisa de cuidados mais específicos.

De acordo com Lima Gonçalves (1983 apud CAMPOS, 2006) e Borba (1985) a palavra hospital vem do latim “hospes”, que significa hóspede e deu origem a “hospitalis” e “hospitium”, que designavam o lugar onde se hospedavam, na Antiguidade, além de enfermos, viajantes e peregrinos.

Pode-se então entender, que segundo os autores acima citados, na história antiga, a hospitalização era apenas uma espécie de abrigo, onde pessoas, com diferentes finalidades, se agrupavam. O hospitalizar era um dispositivo com função mais social do que terapêutica, isto é, tinha a função de abrigar pessoas consideradas desamparadas, impossibilitadas de executarem cuidados pessoais e aqueles que eram vistos como transgressores das normas sociais da época, bem mais abrangente do que a função de cuidar dos processos de adoecimento físico.

Com o desenvolvimento da medicina, o hospital assume sua própria característica, de oferecer cuidado aos aspectos físicos, relacionados às doenças. Ele passa então a funcionar de acordo com o modelo Biomédico, no qual a importância está centrada nas características físicas do adoecimento. Após alguns anos, começam a surgir preocupações antes não percebidas, como a saúde preventiva e curativa. Este novo modo de pensar sobre a saúde e sobre a instituição hospitalar surge com o intuito de favorecer uma melhor condição de saúde.

Com esta linha em pauta, na década de 80, o Ministério da Saúde definiu o novo conceito de Hospital: O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população, assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se também como centro de educação, capacitação de

recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como encaminhamentos de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, 2005).

Bennett (2002) define hospitalização como sendo o início do aparecimento dos primeiros sintomas e que não podem mais ser cuidados no contexto doméstico, ou seja, é uma situação antes não conhecida e na qual os pacientes necessitam de tratamento clínico ou cirúrgico em dependências hospitalares, em função da sua gravidade e complexidade.

A hospitalização se inicia quando o indivíduo começa a ter sua saúde ameaçada, com incertezas quanto ao tratamento; há o aparecimento da dor, o desconforto, o que implica em estar afastado da família, da rotina, da privacidade e da independência que foi conquistada ao longo da vida.

De acordo com Penna (1992), o período de internação hospitalar vai depender da evolução de enfermidade do paciente e o quanto a instituição fornece de recursos para ajudá-lo, sejam elas físicas e/ou emocionais. Todo este processo envolve a relação de uma equipe multiprofissional com o paciente hospitalizado.

Ainda de acordo com o autor, o medo da hospitalização ocorre em quase todos os casos, devido à nova realidade, por ela apresentada, pois o paciente se percebe indefeso e incapaz de atuar e decidir sobre seus atos, sendo necessário passar esta função a outros da família e até mesmo àqueles que antes não faziam parte de suas relações.

Seguindo o mesmo pensamento do autor, um componente quase sempre presente no contexto e que dificulta a adaptação do paciente na hospitalização é a dor física, decorrente da patologia. Além desta dor, existe a dor psicológica, relacionada ao medo do novo, do que está para acontecer.

Como base na dimensão emocional frente à dor, Lipp (1995) descreve o estresse que este paciente vivencia neste momento, podendo ser caracterizado tanto por seu aspecto físico como também emocional, como busca de adaptar-se a esta nova situação em que se encontra.

Neste sentido, a autora descreve que o paciente hospitalizado desencadeia uma reação de alarme, como tentativa de adaptação frente às mudanças ocorridas no ambiente hospitalar. Caso o paciente consiga lidar com este estresse, retoma ao estado anterior. Entretanto, se o estressor permanecer, o paciente passará por

outras fases, denominadas fase de resistência e fase de exaustão, como uma busca de estar reequilibrando seu estado físico e/ou emocional.

O paciente ao ser hospitalizado pode sofrer um processo de despersonalização frente a uma nova situação que é causada por sua patologia. Deste modo, ele fica frente a frente com a realidade decorrente da internação.

Em função desta nova realidade, torna-se necessário reformular seus valores e conceitos de homem, de mundo e relações interpessoais, anteriormente conquistadas, ou seja, o indivíduo necessita adquirir novos conceitos existenciais, diferentes de suas experiências vividas anteriormente, fazendo com que todos seus valores sejam modificados frente à nova realidade hospitalar e patológica, perdendo assim, até seus vínculos interpessoais conquistados, conforme cita Penna (1992).

8 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

“Daquilo que sabes conhecer e medir,
é preciso que te despeças,
pelo menos por um tempo.
Somente depois de teres deixado a cidade
verás a que altura suas torres se elevaram das casas.”
(NIETZSCHE, 1887 apud ANGERAMI- CAMON, 2002, p.193.).

Faz-se necessário entendermos o que é uma UTI e os cuidados que podem contribuir para a recuperação e melhor qualidade de vida do paciente.

De acordo com Di Biaggi (2003), a UTI é um recurso hospitalar, que surgiu devido ao desenvolvimento da medicina nas últimas décadas, às descobertas científicas e tecnológicas expressivas, o que gerou também um novo conceito de morte clínica.

A UTI pode receber diversos tipos de pacientes: os que passaram por cirurgia, os não cirúrgicos, pacientes com patologias orgânicas graves (como por exemplo, o câncer), pacientes com instabilidades e alterações em sistemas fisiológicos ou em órgãos, pacientes com traumas, dentre outras. Atualmente, de modo geral, estas unidades, recebem todos estes pacientes para terem um prognóstico melhor de vida. Mesmo que alguns pacientes se encontrem em uma situação muito grave, sem perspectiva de vida, a UTI tem o propósito de mantê-los, a fim de conter as complicações, através de um tratamento de cuidados intensivos.

É um setor que oferece cuidados aos pacientes que apresentam instabilidade clínica grave, através da atenção constante e especializada de uma equipe médica específica. A unidade propõe tratamentos complexos que garantem a sobrevivência e a melhoria do estado geral de saúde destes pacientes, como cita Lucchesi (et al., 2008).

Neste sentido, o objetivo principal desta unidade é restabelecer, nestes internados considerados graves, o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos, gravemente alterados, até que os parâmetros fisiológicos atinjam níveis aceitáveis.

Lucchesi (et al., 2008) pauta que este setor é frequentemente avaliado como estressante, não só pelos pacientes e seus familiares, como por todos da equipe de saúde que atuam no local.

De acordo com Sebastiani (1998), as atividades que são efetuadas neste ambiente, requerem um atendimento rotineiro de vinte e quatro horas contínuas. O atendimento é praticamente individualizado, com constantes situações de emergência, e praticamente todos os procedimentos são invasivos.

Deste modo, para Oliveira (2002), este ambiente é mantido pela comunhão do objetivo de salvar vidas, através de solidariedade, tendo a existência de um adversário comum, a doença, e com isso, a formação de uma equipe para combater o mal.

Todos os profissionais que ali se encontram se utilizam de equipamentos sofisticados, medicações em tempo integral, exames, testes que necessitam de o máximo de eficiência. Esses profissionais são altamente especializados e são de diversas áreas: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e psicólogos. Trabalham com toda carga intensa de dedicação ao paciente intensivo; eles recebem treinamentos especiais, referentes à como manipular todos os aparelhos, rotinas e variáveis que ali acontecem.

A UTI é um ambiente completamente isolado de todas as outras alas de um hospital, onde não se vê o mundo lá fora. Este ambiente geralmente é uma grande sala com divisões, biombos, que geralmente são de tecidos e/ou lambris. Os profissionais que trabalham nesse ambiente estão constantemente atentos ao monitoramento dos pacientes. Esta atenção favorece a execução dos procedimentos rotineiros e outros que podem ocorrer em função do quadro do paciente. Não existem janelas; a única luz é a artificial, os barulhos são ininterruptos, a temperatura é estável, mantida pelo aparelho de ar condicionado, e o relógio que só existe em algumas UTI's. O tempo, a partir do momento que o paciente cruza esta porta, torna-se uma incerteza, em função da falta de conhecimento sobre os procedimentos que serão realizados, bem como do prognóstico da doença. Sendo assim, aspectos emocionais importantes começam a aparecer, como por exemplo, um quadro de ansiedade, como aponta Oliveira (2002).

Continuando a mesma discussão do autor, o paciente recebe dentro desta unidade todos os tipos de tratamentos específicos ao seu caso, para que aconteça uma melhora importante, significativa e rápida na sua saúde. Neste local, o doente

agora se torna dependente, é rotulado, e passa pertencer ao médico, ou seja, ele está ali somente para cuidar da saúde e de esperar passivamente a sua melhora. O paciente, em geral, está sem roupas em todos os sentidos, desnudo, perde sua identidade, é conhecido somente por um número, deixa de ser responsável por si mesmo, assim sua vida e sua doença são assumidas pelos outros

Leite (1997) considera que as condições físicas de um local como a UTI, são muito estranhas, o vínculo paciente-família-pessoas conhecidas é quebrado. Toda a relação que antes existia é agora deixada de lado e todas as conquistas que foram almeçadas e conseguidas com afinco, daqui para frente deverão ficar fora deste contexto. Nesta unidade, os pacientes são removidos do seu ambiente conhecido, da sua rotina, dos prazeres, que dão lugar a um novo mundo que lhe é desconhecido.

Almejando a garantia integral da saúde do paciente hospitalizado, no contexto da Unidade de Terapia Intensiva, é que se busca por uma equipe multiprofissional que possa dar conta tanto dos aspectos físicos como psíquicos, que estes representam no processo de adoecimento e internação. Portanto, é essencial que o psicólogo realize um trabalho humanizado neste ambiente, para colaborar na facilitação da qualidade de vida global e favorecer condições necessárias para o bem estar do paciente e da equipe.

Diante deste contexto, podemos ressaltar que a UTI é uma unidade que pode desencadear várias conseqüências emocionais como: ansiedade, medo, fantasias, estresse, tensão entre outros, uma vez que o paciente pode apresentar sentimentos de "abandono", ao ver-se sozinho diante de pessoas desconhecidas.

Essa situação de crise, em que o paciente se encontra neste ambiente, contribui para que ele apresente um desequilíbrio emocional e tenha dificuldades de lidar com essa situação devido à falta de controle e equilíbrio necessários ao ser exposto neste contexto, conforme cita KNOBEL (2006).

Portanto, nessa situação de crise, o paciente apresenta várias repercussões emocionais sendo a ansiedade a mais comum delas, como relata Kaplan (1990).

Para Knobel (2006), o paciente internado na UTI pode sentir-se ameaçado por algum perigo iminente, como a morte. Assim, ansiedade manifestada por ele é a reação emocional mais comum neste ambiente, que facilitará o desajustamento em seu equilíbrio emocional, dificultando o enfrentamento da hospitalização.

Dessa maneira, o psicólogo pode contribuir com intervenções, através de técnicas supressoras de ansiedade, a fim de ajudar a reabilitação do paciente. Essas ações terapêuticas, nas situações de crise, auxiliam nas reações apresentadas por cada paciente, segundo KNOBEL (2006).

9 AÇÕES QUE PODEM CONTRIBUIR PARA DIMINUIR AS REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS

9.1 Humanizar

“Quem ensinou tudo isso ao senhor, Doutor?
A resposta veio prontamente:
O sofrimento. (CAMIUS (“A Peste”), apud ANGERAMI-CAMON, 2009, p.141.).

Diante das contribuições teóricas mencionadas acima, podemos observar a importância da humanização neste contexto. Por isso se faz necessário discutir sobre esse assunto de forma mais abrangente no decorrer deste capítulo.

É necessário voltarmos alguns anos para entendermos a evolução referente à "humanização da atenção à saúde", principalmente no ambiente hospitalar. Sabe-se que é “direito de todo cidadão receber um atendimento público de qualidade na área da saúde” e para fazer valer isso na prática, é fundamental o trabalho em equipe, para melhorar o atendimento no Sistema Único de saúde (SUS) no Brasil.

A partir da década de 80, percebe-se a necessidade do trabalho de humanização no ambientes hospitalares. Assim, começa a ser discutido um melhor atendimento aos pacientes. Estas discussões ganham força e expressão com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Posteriormente, em meados do ano 2000, foram elaboradas propostas que vinham ao encontro do atendimento humanizado aos usuários da rede pública na área da saúde, visando atender suas necessidades.

Desse modo, foi lançado em 19 de junho de 2001, o Projeto-Piloto do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este projeto tinha o objetivo de melhorar a qualidade e a eficácia do atendimento prestado aos pacientes do SUS – além de promover uma nova cultura de humanização na rede hospitalar, além de capacitar profissionais para um atendimento mais solidário. (BRASIL, 2005).

Portanto, o sentido de humanizar é de criar ações de assistência à saúde, em benefício dos usuários que utilizam esses serviços e dos profissionais de saúde que exercem suas funções ali. (Salles, 2004).

As ações humanizadas que podem contribuir para a melhora dos pacientes podem ser entendidas quanto ao atendimento oferecido aos mesmos, a maneira de cuidar, orientar a família e oferecer qualificação profissional e humanizada, entre outras.

Conforme a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2005), esta é um pacto, uma construção coletiva que somente pode acontecer a partir da construção e troca de saberes, através de: trabalho em rede com equipes multiprofissionais, identificação das necessidades, desejos e interesses dos envolvidos, reconhecimento de gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde, e criação de redes solidárias e interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Diante dessas citações é possível perceber que essas ações humanizadoras dependem do conjunto das relações que se estabelecem nas instituições entre profissional-paciente, recepção-paciente, profissional-equipe, profissional-instituição e outras, as quais são fatores imprescindíveis no ambiente hospitalar; lembrando que as estruturas físicas também são importantes para garantir as necessidades de quem cuida e de quem é cuidado. Mas, outro ponto a ser destacado são as condições de trabalho dos profissionais, que precisam receber treinamentos e capacitação para reconhecer e lidar com os aspectos emocionais dos pacientes e seus próprios conflitos. Porque, é nesse contato cotidiano com os pacientes, que esses profissionais se vêem diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos seus próprios conflitos e frustrações. Esses profissionais precisam também de cuidados e de atenção, caso contrário, podem acarretar prejuízos pessoais e profissionais.

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se encontram resistências, pois envolve mudanças de comportamento que sempre despertam insegurança. Dessa maneira, podemos perceber que diversos projetos foram inseridos na saúde pública, mas que ainda estão sendo desenvolvidos a curtos passos nas instituições hospitalares, uma vez que dependem de um conjunto de relações estabelecidas pela própria instituição entre seus profissionais e usuários. (MARTINS, 2001).

Dessa maneira, podemos perceber que a humanização é um dos fatores importantes que auxiliam a equipe para entrar em contato com o paciente, pois nessa perspectiva este terá maiores possibilidades de expressar todas as suas emoções com os profissionais (psicólogo) envolvidos em seu tratamento.

Em relação à equipe de saúde, a humanização diz respeito a um processo que usa a maior interação entre os profissionais da saúde com o paciente, facilitando, portanto, o tratamento e o bem estar do indivíduo.

Desse modo, pequenos detalhes fazem com que a humanização traga benefícios aos profissionais e aos próprios pacientes que recebem apoio para minimizar esse momento difícil que é adoecer e, às vezes, ficar internado. Para a família, saber que seu ente querido está sendo bem cuidado contribuiu para diminuir o sofrimento e as angústias que surgem no processo de tratamento.

Portanto, é possível perceber que ações de assistência humanizadas no contexto hospitalar, contribuem para o estabelecimento de uma nova cultura de respeito e valorização da vida humana através do atendimento ao paciente.

Assim, humanizar, segundo Deslandes (2004), refere-se a uma maneira de assistência e atendimento que valorizem a qualidade do cuidado, juntamente com o respeito aos direitos do paciente e seus valores.

Mediante esse contexto, a inserção do psicólogo é extremamente fundamental no processo de humanização, com a proposta de amenizar e resgatar a subjetividade do ser humano no contexto hospitalar, em suas dimensões sociais e psíquicas, diminuindo o sofrimento que surge durante a hospitalização e as emoções, angústias, medos que são desencadeadas no processo de internação (CHIATTONE, SEBASTIANI, 1991).

9.2 Trabalho do Psicólogo

“O doente é, todavia, mais que o portador impessoal de uma moléstia”.
O estar doente inclui a vivência da doença pelo próprio paciente, assim como sua atuação sobre a situação social.
“Uma medicina restrita à descrição da doença desconsidera amplamente entre o organismo agredido, a reação psíquica e o meio social alterado.”
(ENGEL, apud ANGERAMI-CAMON, 2009, p.194.).

A partir de tudo o que foi exposto, tornam-se claras as necessidades e importância da atuação do psicólogo no contexto hospitalar, juntamente com a equipe de saúde, visando a melhor forma de ajudar o paciente e seus familiares, com respeito e princípios. Percebe-se que as pessoas possuem necessidades internas e buscam a melhor maneira de lidar com os seus sentimentos, nas dificuldades diante do adoecimento.

Segundo ANGERAMI-CAMON (2001), é de considerável importância o trabalho do psicólogo com o paciente, para o resgate de sua identidade própria a qual foi paralisada pela doença e a hospitalização. Observando e ouvindo a linguagem verbal e não-verbal do paciente, e ajudá-lo convenientemente a passar por este tipo de experiência, o profissional deve favorecer a possibilidade de expressão e auto-reconhecimento das angústias e sofrimento no contexto hospitalar, e assim, buscar a superação dos momentos de crise.

Nesse sentido, o profissional tem como objetivo principal fazer com que, através das palavras e das mais diversas formas de comunicação (olhares, gestos, entre outros), o paciente expresse suas emoções, seus medos e angústias e seja colocado como sujeito ativo e participante do seu processo de tratamento, através da simbolização e elaboração da experiência do adoecer.

Nesse sentido, cada paciente terá diferentes maneiras de expressar seus aspectos emocionais, sendo que, primeiro surge à doença em si, e depois o adoecimento do ser humano. E assim se iniciam as situações de perdas (da autonomia, da saúde, do dinheiro, do serviço e até mesmo da sua própria vida), que poderão gerar angústias e medos, além também dos ganhos secundários, como a atenção e o cuidado, o que pode atuar como prolongamento do adoecer na vida do paciente. Nesse sentido, o psicólogo, estando presente nesse momento, contribui para a identificação desses fatores, trabalhando na escuta desses sentimentos e comportamentos. Depois, através de técnicas e manejos, ajudar o paciente a compreender essa nova fase de sua existência e as conseqüências que poderão emergir durante o adoecimento. O psicólogo precisará estar atento à equipe e à família para saber qual a maneira mais adequada de intervir.

Campos (1995) afirma que o psicólogo, através de seu trabalho, pode oferecer ao paciente o reconhecimento de suas potencialidades, percebendo suas atitudes nas relações e experiências quanto à sua doença e suas reações neste ambiente hospitalar.

Desse modo, ajudar o paciente a se fortalecer para lidar e enfrentar novas situações de crise, colaborando para aliviar seu sofrimento, é o papel do psicólogo. Assim, o paciente terá mais possibilidades de identificar o que está vivenciando, e buscar novas formas de enfrentamento.

Segundo Angerami-Camon (2006), o psicólogo utilizando-se de técnicas e manejos auxilia o paciente, que se encontra em um processo de despersonalização no ambiente hospitalar, contribuindo, através de um trabalho humanizado, para conquista e aprendizagem de novas maneiras de enfrentamento de situações adversas, favorecendo para que ele desenvolva recursos adequados, capazes de lidar com as emoções presentes.

Portanto, a pessoa que está inserida nesse contexto, precisa da equipe de saúde que estará envolvida em seu cuidar, ajudando-o em sua reabilitação psíquica e orgânica.

Conforme Knobel (2006), o psicólogo contribui com o seu saber através de intervenções como o uso de manejo assistencial, isto é, na situação de crise em que o paciente enfrenta, o profissional pode trabalhar diretamente com a equipe que atua no setting, favorecendo recursos adequados para a evolução clínica do paciente e suas expressões emocionais. Desse modo, as ações do psicólogo estão centralizadas nas relações humanas deste ambiente.

Segundo Knobel (2006), no diagnóstico diferencial, o psicólogo irá buscar compreender e conciliar diferentes opiniões sobre as interpretações quanto aos aspectos psíquicos ou biológicos, para analisar qual a melhor intervenção junto ao pacientes para possibilitar sua recuperação.

Para esse mesmo autor, o atendimento psicológico de apoio é como a intervenção focal ou a psicoterapia breve, no qual o psicólogo busca avaliar e analisar se o paciente tem repertório adequado e os comportamentos e pensamentos manifestados neste contexto; auxiliando-o a expressar suas idéias e atitudes, reforçando sua percepção da realidade, para que adquira assim capacidade de enfrentamento no adoecimento e tratamento.

Quanto ao manejo ambiental, o psicólogo pode buscar melhorar o ambiente para contribuir com o bem-estar do paciente. Já nas técnicas psicoterapêuticas complementares são utilizadas técnicas de relaxamento para ajudar o paciente a diminuir o grau de ansiedade e angústia favorecendo o alívio emocional, amenizando seu sofrimento e melhorando seu bem-estar. O suporte social e familiar

é muito importante, para que a família do paciente acompanhe esse período difícil de internação minimizando e aliviando as alterações de ansiedade e comportamentos. (KNOBEL, 2006).

Desse modo, o psicólogo tem uma compreensão global do que está acontecendo no processo de adoecimento do paciente e onde sua intervenção será mais adequada e eficaz. Assim, o paciente poderá expressar suas angústias e medos, além de conseguir perceber outras possibilidades de melhorar sua saúde física e emocional, o que favorecerá sua reabilitação no tratamento no contexto hospitalar.

A inserção do psicólogo, através da escuta, acolhimento, técnicas e manejos pode desenvolver um trabalho humanizado com as pessoas e propiciar o alívio da dor, buscando contribuir para a melhora da qualidade de vida do paciente.

Para Simonetti (2004), o trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar, ocorre através de ações com o objetivo de ajudar no processo doença-internação-tratamento e na relação que será desenvolvida entre paciente-família-equipe no contexto hospitalar.

Porém, o psicólogo também poderá encontrar algumas dificuldades para a inserção do seu trabalho no ambiente hospitalar. Algumas dificuldades encontradas são quanto à dificuldade de atuação prática em um campo a ser descoberto, quanto à eficácia que pode contribuir para a melhora do paciente em seu todo, e quanto ao local de atendimento e suas constantes interrupções nesse ambiente, de acordo com as regras da instituição (com os saberes e rotinas médicas, a rotina e o trabalho da equipe de enfermagem, etc)

Nesse sentido, ainda em relação ao local de atendimento, Penna (1992) diz que no setting terapêutico da instituição, no qual o psicólogo estará inserido, esse profissional necessitará adquirir uma postura maleável para lidar com as dificuldades encontradas nesse ambiente, como: interrupções para a realização de exames, procedimentos medicamentosos, o paciente do leito vizinho, barulhos, visitas, entre outros. Dessa maneira, o psicólogo se adapta e busca alternativas de ações para conseguir atingir seus objetivos junto ao paciente.

Portanto, as possibilidades de intervenções do psicólogo podem contribuir com o paciente, além de favorecerem a relação entre este, a equipe e a família para, assim, melhorar sua qualidade de vida, tanto emocional quanto física, possibilitando-lhe a minimização de seus sofrimentos que foram desencadeados pela

hospitalização e auxiliando-o no enfrentamento diante das dificuldades que surgem neste contexto, para o alívio de suas ansiedades e medos.

Fica evidente a necessidade do trabalho do psicólogo no contexto hospitalar diante dos aspectos emocionais apresentados pelo paciente ao se deparar com o adoecimento, o tratamento da doença e a hospitalização.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através das repercussões psicológicas apresentadas pelo paciente hospitalizado, em cuidados intensivos ou não, é que se buscou o estudo bibliográfico, para evidenciar o quanto o trabalho do psicólogo pode contribuir para amenizar o sofrimento e a dor que este paciente manifesta ao ser inserido neste ambiente hospitalar.

Por meio dos atendimentos psicológicos, utilizando as práticas das psicoterapias de apoio e orientação, junto ao paciente hospitalizado, pode-se diminuir o sofrimento emocional e a ansiedade que normalmente o acompanha; mais especificamente, o psicólogo pode beneficiar o paciente, compartilhando com ele as experiências difíceis ligadas ao adoecimento.

Além do paciente, a família se beneficia muito com o atendimento, pois esta se encontra quase sempre mobilizada diante da situação de risco e sofrimento do familiar.

Faz-se necessário, também, a presença do psicólogo na atuação com a equipe médica envolvida, no sentido de melhorar as condições do tratamento do paciente, a fim de minimizar problemas e aperfeiçoar a qualidade deste atendimento. Esse profissional atua como mediador das relações envolvidas neste contexto; pode desenvolver atividades dentro de uma visão multidisciplinar; possibilitar a compreensão e o tratamento dos aspectos psicológicos relacionados aos aspectos físicos.

Sendo assim, conclui-se que o psicólogo, além de contribuir para que o paciente não seja visto e cuidado somente em relação aos aspectos orgânicos, tem a tarefa, entre outras, de objetivar e transmitir a expressão emocional ou subjetiva do paciente, bem como, buscar recursos e elaborar ações para que a humanização neste contexto seja cada vez mais eficaz.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, V. A. et. al. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

_____ e et al. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Thomson Learning, 2001.

_____. O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da saúde. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Thomson Learning, 2006. Cap. 1, p. 7 – 21.

ARCIERI, J. B. C. Descuidar-se e perda da qualidade de vida. In: DE LUCIA, M. C. S. e et. al.. **Adoecer. As interações do doente com sua doença**. São Paulo: Atheneu, 2003. Cap. 2, p. 9 – 22.

BOSS, M. **Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial**. Tradução Bárbara Spanoudis. 3 ed. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1981.

BOTEGA, N. J. Reação à doença e à hospitalização. In: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 3, p. 43 – 58.

_____. Tratamentos psicológicos: psicoterapia de apoio, relaxamento, meditação. In: BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed, 2002. Cap. 28, 405 - 418.

BRASIL. Programa nacional de humanização hospitalar. **Ministério da saúde**, 2005. Disponível em: <WWW.portalhumanizar.org.br/ph/>. (Acesso em: 04jul.2009).

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**. 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=389>. (Acesso em 20jun.2009).

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CHIATTONE, H. B. C. O significado da Psicologia no contexto hospitalar. **Psicologia da Saúde**. In: Angerami-Camon, V.A. São Paulo: Thomson Learning, 2006. Cap. 4, p. 3 – 169.

CHIATTONE, H. B. C., SEBASTIANI, R. W. **Introdução em Psicologia Hospitalar**. Nêmeton: Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde, 1991. Série: (Cadernos e Psicologia hospitalar).

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DI BIAGGI, T. M. **A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva**, 2005. Disponível em:
<<http://nemeton.com.br/nemeton/artigos/TenxtoUTITete.doc>> (Acesso em: 21jul.2009).

ERICKSON, E. **Infância e maternagem**. Rio de Janeiro: Zaar, 1976.

FREUD, S. O mal-estar na civilização: (1930 [1929]). In: _____ . **Obras psicológicas completas**: o futuro de uma ilusão...Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 65 – 148. (Edição Standard Brasileira)

LIPP, M. E. N. ; MALAGRIS, L.E. N. Manejo do estresse. In: Range B. **Psicoterapia comportamental e cognitiva**: pesquisa, aplicações e problemas. São Paulo: Psy, 1995.

KAPLAN, H. I. e SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KNOBEL, E. Aspectos psicológicos no paciente grave. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 158, p. 2009 – 2021.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LEITE, S. A. S. O psicólogo e algumas práticas no serviço público estadual de saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 1997, v. 17, n.1, p. 35 – 40.

LIMA GONÇALVES, E. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

LUCCHESI, F. e et. al.. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH**, v. 11, n. 1, p. 19 – 30, jun.2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso>. (Acesso em: 03jun.2009).

MARTINS, M.C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.**, v. 22, n. 2, p. 30 -41, jun.2002. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005&lng=pt&nrm=iso>. (Acesso em: 10jul.2009).

PENNA, T. L. M. Psicoterapias breves em hospitais gerais. In; MELLO FILHO, J. et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1992. Cap. 37, p. 362 – 385.

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

SALLES, P. **História da medicina no Brasil**. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.

SEBASTIANI, R.W. Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: ANGERAMI, V.A. **Urgências Psicológicas no hospital geral**. São Paulo: Pioneira, 1998. Cap. 1, p. 9 -30.

SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva: Novos Fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.