

Dra. ANA CAROLINA MARTINEZ MENDES

**A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO NO ÂMBITO HOSPITALAR
ATRAVÉS DE RELATOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

São Paulo

2005

ANA CAROLINA MARTINEZ MENDES

A IMPORTÂNCIA DO PSICÓLOGO NO ÂMBITO HOSPITALAR ATRAVÉS DA VISÃO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Monografia apresentado à Universidade de Santo Amaro – UNISA, como um dos requisitos para conclusão do curso de Pós Graduação em Psicologia Hospitalar.

Orientador: Profº Ms Fábio Riemenschneider.

São Paulo

2005

Título: A importância do psicólogo no âmbito hospitalar através de relatos de pacientes hospitalizados.

ANA CAROLINA MARTINEZ MENDES

Monografia apresentada para a obtenção do título de Especialista Latu Sensu em Psicologia Hospitalar na Universidade de Santo Amaro.

Data da Apresentação: ____ / ____ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Profº Ms Fabio Riemenschneider
Mestre em Psicologia Clínica - PUC

Profª Ms Eliana Magdalena Nigro de Lerner
Mestre em Psicologia Clínica – Universidade São Marcos

Conceito final: _____

DEDICATÓRIA

Dedico minha monografia ao meu querido e estimado avô materno, falecido, Manoel Carlos Martinez Novaes que em sua experiência me motivou tanto para a minha profissão como principalmente a esta especialização.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e por mais esta realização pessoal e profissional.

Aos meus pais, sem os quais não teria a oportunidade do “saber”.

Ao Prof.º Fábio Riemenschneider, pela orientação, ensinamentos e ao acompanhamento na trajetória deste trabalho.

Ao Profº Luiz Gonzaga Leite pelo exemplo.

À Ana Paula Dias, pelos seus ensinamentos e amabilidade de sempre.

Aos meus colegas da pós-graduação, que me ajudaram indicando os pacientes em que estavam atuando, possibilitando uma amostra relevante e no tempo adequado para a finalização desta pesquisa.

Ao Hospital Santa Paula, onde realizei a pesquisa.

E a todos os pacientes do hospital em especial aos que contribuíram com seriedade e generosidade na pesquisa, respondendo os questionários, permitindo assim a conclusão deste trabalho.

EPÍGRAFE

“Amarás teu próximo como a ti mesmo.”

Jesus Cristo.

“Tratai todos os homens como da mesma maneira que gostaríeis que eles vos
tratassem.”

Jesus Cristo (Lucas, 6:31).

APRESENTAÇÃO

O interesse por psicologia hospitalar e em especial pesquisar o tema escolhido “a importância do psicólogo no âmbito hospitalar através da percepção de pacientes hospitalizados” surgiu em 1987, na época eu estava com 12 anos. Na ocasião meu avô materno, aos 72 anos, havia sofrido um ataque cardíaco e ficou internado no Hospital do Coração. Entre internação, cirurgia, UTI e complicações posteriores o processo levou oito meses até sua morte. Lembro que durante sua internação, senti grandes dificuldades em lidar com a equipe médica, com o âmbito hospitalar e chegou sozinho à conclusão que necessitava de uma psicóloga para ajudá-lo neste período tão difícil. Desde então percebi a importância de um psicólogo, em especial para pacientes internados.

Em 2000, ao realizar o curso de psicologia hospitalar no Hospital Paulistano, tive contato novamente com essa realidade, o ser humano em sua essência, fragilizado diante do sofrimento, da perda sob vários aspectos, perda da saúde, da liberdade, de seu espaço, de seu aconchego, talvez da própria vida.

Outro aspecto desse contato, também muito enriquecedor para um estudioso das emoções humanas, é acompanhar esse ser humano recuperando essas mesmas perdas, total ou parcialmente.

A relação do paciente com esse processo é um aprendizado infinito para a equipe de saúde e para o psicólogo, especialmente, por contribuir para esse reequilíbrio. É uma tarefa que complementa e realiza, como profissional e cidadão, qualquer ser humano.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Epígrafe	v
Apresentação	vi
Sumário	vii
Listas	viii
Resumo	ix
1. Introdução	
1,1 A psicologia no hospital e suas diversidades.....	10
1,2 Os pacientes hospitalizados	10
1,3 Objetivos.....	15
1,4 Método	
1,5 Sujeito	35
1,6 Material	39
1,7 Procedimento	39
1,8 Plano de análise de Dados	40
2. Discussão dos resultados	42
3. Conclusões	
4. Glossário	
5. Referências bibliográficas.....	
6. Bibliografia consultada	

ANEXOS

A) Formulário para entrevista dos pacientes	
B) Consentimento informado	

Listas

Tabela 10314064: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à idade em anos dos pacientes na amostra pesquisados

.....p.36

Tabela 10314065: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e Percentuais (f%) quanto ao sexo na amostra dos pacientes internados

.....p.37

Tabela 10314066: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao estado civil na amostra dos pacientes internados p 7

Tabela 10314067: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto a escolaridade na amostra dos pacientes internadosp.38

Tabela 10314068: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à profissão na amostra dos pacientes internadosp.39

Tabela 10314069: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao tempo de internação dos pacientes pesquisados.....p 00

Tabela 10314070: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao motivo de internação dos pacientes internados.

Tabela 10314071: Tabela 8: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao número de atendimentos realizados por um psicólogo (a) durante a internação.

Tabela 10314072: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à experiência anterior com psicólogos.

Tabela 10314073: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) na visão do paciente hospitalizado qual foi a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internaçãop 00

Tabela 10314074: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto o paciente hospitalizado considera necessária à atuação do psicólogo nos hospitais, conforme sua experiência durantea internação.....p.00

Mendes, A.C.M. A importância do psicólogo no âmbito hospitalar através de relato de pacientes hospitalizados. São Paulo, 2005. Monografia de Conclusão de Pós –Graduação de Lato Sensu em psicologia hospitalar. – Universidade de Santo Amaro.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi verificar através dos relatos de pacientes hospitalizados sua visão sobre a importância de um trabalho psicológico neste âmbito, visando como hipótese que pacientes confirmariam a importância e a necessidade da atuação do psicólogo hospitalar. A amostra foi composta por quarenta pacientes internos de um Hospital da Zona Sul de São Paulo. Utilizou-se como instrumento um questionário com onze questões, sendo sete de identificação; duas referentes ao contato do paciente com um psicólogo(a) antes da internação, numa questão fechada, e outra durante a internação sobre o número de atendimentos realizados, numa questão aberta; sendo as outras duas, uma aberta sobre a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante sua internação e outra fechada, verificando se a partir desta experiência, o paciente considera necessária a atuação do psicólogo nos hospitais. O procedimento realizou-se com a entrega dos questionários com a carta de apresentação, explicando seus objetivos. É importante destacar que todos os pacientes selecionados foram atendidos, antes da aplicação do questionário, pelos psicólogos do hospital. Pelos resultados observa-se que 45% dos pacientes hospitalizados afirmam que o psicólogo hospitalar contribui no enfrentamento da doença elevando a auto-estima, 40% ressaltam o aconselhamento e 15% o acolhimento. Verificou-se também que 100% dos pacientes entrevistados afirmam que é necessária a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar e nenhum dos pacientes relata o contrário, independente da patologia relatada ou do número de atendimentos realizados pelos psicólogos(as). Com base nos dados apresentados comprova-se minha hipótese inicial.

Palavras chaves:

Psicólogo hospitalar, visão do paciente hospitalizado, atuação do psicólogo no âmbito hospitalar, enfrentamento da doença durante a internação, elevação da auto-estima, aconselhamento, acolhimento.

I. INTRODUÇÃO

A) A psicologia no hospital e suas diversidades

A etimologia palavra hospital vem do latim “hospes” que significa hóspede, dando origem à “hospitalis” e “hospitium”. Eram lugares em que se hospedavam enfermos, viajantes e peregrinos, porém, pode-se dizer que na antiguidade o hospital era uma espécie de depósito em que se amontoavam pessoas doentes, destituídas de recursos. Sua finalidade era mais social que terapêutica (GONÇALVES, 1983 e BORBA 1985 apud CAMPOS 1995).

Segundo FOUCAULT (1981) antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, perigoso. Por estas razões o hospital deve estar presente tanto para reconhecê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna.

O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta era a função essencial do hospital. Dizia-se corretamente, nesta época que o hospital era um morredouro um lugar onde morrer (id.).

Continuando com o mesmo autor, o hospital permanece com essa característica até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., e ainda em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. Portanto, as séries hospital e medicina permanecem independentes até meados do século XVIII.

De acordo com SOUZA (1992), os hospitais funcionavam como espaços de assistência, exclusão e acomodação, albergues para determinada classe social (pobres, miseráveis, velhos, órfãos) ou para portadores de determinadas doenças (leprosos, portadores de doenças venéreas, loucos, tuberculosos). O hospital era importante, tanto para recolher esses personagens, quanto para proteger as cidades

dos perigos que eles representavam. Para que o mal não se espalhasse, as condições sanitárias foram priorizadas e os médicos então, foram introduzidos tardiamente neste contexto. A presença do médico não tinha o objetivo de cura, esses doentes estavam lá aguardando a morte. Essas instituições eram mantidas por religiosos e algumas vezes por leigos com objetivos caridosos.

As instituições hospitalares eram utilizadas como local de ocultamento de questões que não eram médicas – sendo que no Brasil as instituições de saúde tiveram um grande crescimento a partir da década de 70, época do grande empobrecimento do povo brasileiro (id.).

FOUCAULT (1981) traz que a primeira grande organização hospitalar da Europa se situa no século XVIII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares. O ponto de partida da reforma hospitalar não foi no hospital civil mas no militar; a partir da introdução de mecanismos disciplinares com registros contínuos possibilitando ao mesmo tempo uma modificação no ar em que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Essa é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII.

Até meados do século XVIII quem detinha o poder eram os religiosos. A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço, torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.

O hospital surge historicamente no ano 360 d.C., recebendo influência da religião cristã. Nesta época, a “era dos hospitais”, os mesmos tinham como objetivo restaurar a saúde, prestar assistência e concluir diagnósticos. Os tratamentos eram limitados pelos padrões da época (CAMPOS, 1995).

Segundo FOUCAULT (1991), o hospital como espaço terapêutico é uma criação do século XVIII, em torno de 1780 deixou de ser apenas um albergue e passou a fazer parte de um acontecimento médico, investigam-se as causas das doenças, o contágio, etc. A vigilância e o controle sobre esses homens, a disciplina instaurada,

propiciam o desenvolvimento do espaço de cura, o terapêutico. O médico não é mais um visitante ocasional, mas o responsável por sua organização.

Continuando com o mesmo autor, o hospital tornou-se um local onde cada parte do corpo é analisada dando início à anatomia patológica. Nesse momento os interesses não estão apenas concentrados em classificar as doenças, mas instaurar a saúde; conhecer as técnicas de cura, tornar o homem saudável. Não se fala da doença e da saúde, mas do normal e do patológico.

Para CAMPOS (1995) após a revolução industrial século XIX, deu-se início a uma nova etapa evolutiva do hospital que, em primeiro momento, tinha como objetivo desenvolver atividades de natureza curativa. Os conhecimentos de natureza preventiva foram se desenvolvendo, identificando-se problemas relacionados à saúde da comunidade. Assim, num segundo momento, criou-se uma nova instituição voltada às práticas preventivas.

Ultrapassando-se a separação entre o atendimento curativo e preventivo, vislumbra-se uma terceira etapa da evolução dos hospitais, mobilizando uma atuação eficaz em todos os serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação, sendo que os cuidados médicos englobam a todos (id.).

No final do século XVIII e início do século XIX estabelece-se outro marco importante, o surgimento de estudos relacionados a doentes mentais como também criaram-se as ciências que tratam do psíquico, sem diferenças quanto à forma que abordam o seu objetivo de estudo. A loucura tornou-se objeto de estudo e não é mais uma coisa temida. O que se afasta da normalidade é descrito, catalogado e analisado (FOUCAULT, 1991).

Nesse novo espaço de cura ou terapêutico, cada indivíduo torna-se um objeto composto de diferentes características a serem bem avaliadas - enfatiza-se a individualidade (SOUZA 1992).

CHIATONE e SEBASTIANE (1991), relatam que os primeiros indicativos formais da psicologia hospitalar tiveram início com a inclusão do psicólogo no quadro funcional do Hospital Mc Lean, de Waverly, Massachusetts, fundado em 1818,

determinando-se desse modo à composição de equipes interprofissionais com Patologistas, Fisiologistas, Bioquímicos e Psicólogos.

Em 1883 alguns profissionais passam a se dedicar ao estudo das relações entre a Fisiologia e a Psicopatologia, estabelecendo-se a partir do resultado deste estudo um exame psicológico de rotina para pacientes no momento da internação, ou seja, as primeiras provas psicológicas foram utilizadas no St. Elizabeth Hospital (Washington). Desde esta época começam a existir trabalhos especializados na área (id.).

No Brasil, segundo os mesmos autores citados acima, a Psicologia adentra na área da Medicina em Psiquiatria, Neuriatria e Medicina Legal. Em 1900 existiam 21 trabalhos sobre os temas de Psicologia Geral, realizados por médicos. Já em 1962, quando a Psicologia foi regulamentada como profissão, crescem as possibilidades de aplicação neste campo de trabalho (id.).

No início do século XX, a visão da individualidade deslocou-se para a subjetividade. Há uma nova abordagem da doença, vista que o doente não é só um corpo que apresentava sintomas, mas um sujeito que fala e, ao falar, dá novo sentido à sua doença. O que se passa entre o médico e o doente é algo que deve ser considerado e incluído no tratamento, para que a cura se processe. Não há normas entre normal / patológico, mas singularidades (SOUZA, 1992).

Para SOUZA (1992) inicialmente as instituições psiquiátricas são criticadas como lugares totalitários onde se cronificam as doenças. Essas críticas levam a avaliação do modo de funcionamento de outras instituições, e são rediscutidas as formas de poder.

Iniciou-se um movimento de reaproximação entre as disciplinas que tratam do psíquico e da medicina geral (id).

A psicologia institucional insere-se tanto na história das necessidades sociais como na história da psicologia e, dentro desta última, não se trata de um campo só de aplicação da psicologia, mas sim, fundamentalmente, de um campo de investigação; uma investigação do que está ocorrendo e do que se está fazendo (BLEGER, 1989).

SOUZA (1992) registra que a partir da Segunda Guerra Mundial nos EUA, deu-se início a tratamento de pacientes com neurose de guerra, dentro dos hospitais gerais. Foi observado que ao lado do sofrimento físico há um sofrimento psíquico e pelo qual a sociedade se sente responsabilizada.

O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, os novos medicamentos, tratamentos mais especializados, fazem com que no Hospital Geral fiquem evidenciados distúrbios emocionais e resistências à cura, que solicitam do médico, dos que acompanhavam os doentes e da organização institucional, uma nova abordagem terapêutica. Há o surgimento de novos conhecimentos que auxiliam os médicos na compreensão do que se passa, criando melhores condições para a cura. Outros profissionais são chamados para atuar no hospital para trabalho em equipe e há a necessidade de um espaço onde essas experiências possam ser elaboradas (id.).

O trabalho em equipe não significa que todos façam tudo ou que todos devem saber tudo; a idéia de equipe remete antes a um campo de acolhimento, de subjetivação, em que cada profissional tenha um lugar na realização do processo de cura, seja através da intervenção direta, seja pela continência do outro nas angústias e dificuldades de sua prática, seja, enfim, no empenho para que a instituição possa ser de fato um espaço terapêutico. Se, em alguns momentos, é o psicólogo quem dirige o processo de cura, ou quem coordena determinado projeto, em outras demandas, a especialidade da tarefa cabe a outros profissionais (SOUZA, 1992).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como sendo “o completo bem estar físico, psíquico e social, ocorrendo conjuntamente, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Analisando este conceito CHIATONE e SEBASTIANE (1991) caracterizam que a saúde é algo maior e mais complexo que apenas o bem estar do corpo físico mas, uma integração daqueles três aspectos. Estes três elementos não funcionam isoladamente, estando sempre em constante interação. Pode-se dizer que não existe doença “orgânica” que não tenha desdobramentos “psicológicos” e “sociais”, e vice-versa. Na verdade, fala-se de doença quando se deveria falar de doentes, ou melhor, de pessoas que estão doentes, porque ninguém pode ser reduzido aos seus aspectos patológicos.

A doença quer seja definida como orgânica ou psíquica, tem como princípio reflexo a desarmonização da pessoa. Ao considerar o Homem como um ser dinâmico, deve-se entendê-lo em suas relações consigo mesmo e com o mundo. A doença, portanto, implica em desequilíbrios e, a partir do momento que se deixa de ver o Homem como ser dicotomizado, esse desequilíbrio é compreendido como um abalo estrutural na condição do ser dentro de seu dinamismo somato-psíquico, em que a cultura detém o quinhão responsável pela elaboração simbólica do adoecer (id.).

LAMOSA (1997) esclarece que independentemente da etiologia, a doença está encravada na biografia do doente e, portanto, deve ser compreendido o significado biográfico do seu padecimento. A doença tem um ciclo vital que se modifica, não tem só uma causa, e, o mais importante, traz consigo um sentimento, um significado, que influi, altera, determina seu próprio curso.

FERRARI e LUCHINA (1971) criaram e desenvolveram a interconsulta médico-psicológica. O pedido de interconsulta é geralmente feito por médicos e vem justificado pelos mais variados motivos: tentativas de suicídio, surtos psicóticos, pacientes terminais, dificuldades em lidar com pacientes que se negam a se submeter às cirurgias, rejeição a medicação, etc.

Numa interconsulta busca-se um diagnóstico das relações que se estabelecem na situação entre o paciente e seu médico, enfermagem, outros pacientes, família e a instituição (id.).

Continuando com o autor supra citado a utilização de técnicas projetivas leva à elucidação de diagnósticos ou propõe outras hipóteses, contribuindo substancialmente no encaminhamento de cada caso.

O objetivo da interconsulta não é apenas atender o paciente e o médico, mas principalmente instrumentalizar este para lidar com as situações emocionais emergentes naquele (paciente), nele mesmo (médico), na relação de ambos e na instituição (FERNANDES, 1986).

O psicólogo precisa unir esforços na tentativa de melhor sistematizar os conhecimentos teóricos e práticos para atender ao objetivo último: colaborar no que estivesse ao alcance para melhorar o nível de integração da equipe, a fim de que

isso reverta em melhor qualidade de atendimento à população (FERRARI e LUCHINA, 1971).

Segundo FERNANDES (1986), existem diferenças e diferentes papéis para um psicólogo numa instituição hospitalar, fazendo parte da instituição, realizando sua tarefa junto aos pacientes e junto à equipe, ou como consultor, pertencendo ou não a instituição, neste caso, pode ser técnica e profissionalmente independente.

CAMPOS (1995) enfatiza que os objetivos do psicólogo, em sua atuação hospitalar, deve abranger a assistência psicológica que se deva prestar a pacientes e seus familiares, a produção de conhecimentos psicológicos através de sua experiência e, por essa mesma experiência, a contribuição de alguma forma para o aperfeiçoamento de outros psicólogos e de outros profissionais da saúde. Além disso, a saúde integral abrange vários momentos nos quais o psicólogo pode se inserir seja em relação à atenção primária visando prevenção; à secundária, buscando o tratamento ou ainda à terciária, priorizando a reabilitação.

Dentre as funções do psicólogo hospitalar é citada a coordenação de grupos operativos e de familiares, os atendimentos psicoterápicos ambulatoriais individuais ou em grupo, as atividades de ensino e pesquisa e ainda, as atenções ao nível preventivo nas funções de liderança e formação de grupos junto à comunidade, como atualmente vêm requerendo os centros de saúde (FERNANDES, 1986).

BLEGER (1989) chama a atenção e recomenda que o psicólogo esclareça sua posição para a equipe, no início do trabalho. As resistências inconscientes a uma intervenção, sob os aspectos psicológicos das relações, já são grandes, concordando a equipe com esse tipo de trabalho, mas formam barreiras intransponíveis quando não esclarecidas devidamente desde o início.

O psicólogo precisa ter muito claro que sua atuação no contexto hospitalar não é psicoterápico dentro dos moldes do chamado setting terapêutico. E, como minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, também é necessário abranger-se não apenas a hospitalização em si – em termos específicos da patologia que eventualmente tenha originado a hospitalização – mas principalmente as seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização (id.).

A psicologia hospitalar por outra parte, contrariamente ao processo psicoterápico não possui setting terapêutico tão definido e tão preciso (BLEGER, 1989).

São inúmeras as dificuldades que o psicólogo enfrenta no ambiente hospitalar, regras e situações estranhas à sua formação acadêmica, o contato com a doença, a morte, o sofrimento físico, o medo de contrair infecções. Vivências assustadoras e dolorosas compartilhadas com outros profissionais de referências teóricas e práticas distintas, como também status e poder na instituição (BLEGER, 1989).

Ainda segundo BLEGER (1989), o psicólogo atua como facilitador entre médico e paciente, paciente e família e os membros da equipe. Como um elemento que pode conversar com o médico sobre a dificuldade de comunicação com o paciente, sobre as suas ansiedades frente a ele e a situação a ser abordada.

CAMON e cols. (1997) lembram que o psicólogo tem a função de diminuir o sofrimento do paciente e perceber os danos causados pela internação, levando em conta que os problemas aparecem antes, durante e depois da internação.

BLEGER (1989) destacou que o psicólogo como profissional deve passar da atividade psicoterápica (doente e cura) à da psico-higiene (população sadia e promoção de saúde). Para conseguir tudo isso é necessário o desenvolvimento de novos instrumentos de trabalho. Deve ser imposta uma passagem dos enfoques individuais aos sociais, no duplo sentido de reforma dos modelos conceituais e ampliação do âmbito de trabalho. A psicologia institucional requer e implica em ambas as coisas.

A psicologia institucional caracteriza-se pelo âmbito (as instituições) e por seus modelos conceituais; dentro de sua estratégia inclui-se, como parte fundamental, o enquadramento da tarefa através da investigação e a administração dos recursos (id.).

B) Os pacientes hospitalizados

FAZZI e cols. (1991) descrevem que a internação hospitalar causa uma grande apreensão, o paciente fica sem respaldo afetivo e sem referências conhecidas. Está afastado da família, do conhecido, sente-se isolado, abandonado. A rotina hospitalar e os procedimentos terapêuticos adquirem um caráter ameaçador. O paciente sente-se vulnerável, frágil, sem iniciativa e autonomia. Ele não se reconhece nessa etapa.

CAMON e cols. (1997) destacam que o estigma de doente-paciente até mesmo no sentido de sua própria passividade frente aos novos fatos e perspectivas existenciais – faz com que exista a necessidade premente de uma total reformulação, até mesmo de seus valores e conceitos de homem, mundo e relação interpessoal em suas formas conhecidas. Deixa de ter significado próprio para significar a partir de diagnósticos realizados sobre sua patologia.

KOVÁCS (1992) ressalta a necessidade da presença do psicólogo nos hospitais, considerando a sua atuação indispensável para uma abordagem total do indivíduo, que enquanto está doente vivencia, nesta situação de debilidade física, uma nova e traumatizante experiência que é a internação hospitalar. Sem considerar o sofrimento físico provocado pela disfunção orgânica, a internação hospitalar, já significa, em si, uma quebra na rotina do paciente e na acomodação ao estilo de vida que escolheu para si. Há uma mudança de hábitos, uma série de intervenções e exames que o magoam, machucam e invadem sua privacidade e nem sempre respeitam sua dignidade. Isto pode gerar uma sensação de dependência, limitação e impotência, levando a conflitos psicológicos intensos que somente um profissional especializado pode prever, diagnosticar, indicar terapia adequada com reais possibilidades de transformar o trauma hospitalar numa experiência positiva, de reflexão sobre a vida e de equilíbrio íntimo em relação às agressões externas, permitindo ao indivíduo a assimilação de seu estado em sua atual circunstância de doente.

CAMON e cols. (1997) apontam determinadas práticas que são consideradas ainda mais agressivas pela maneira como são conduzidas dentro do âmbito hospitalar. Assim, os procedimentos da equipe de enfermagem, como acordar o paciente,

aplicar injeção ou ainda interromper uma determinada atividade para servir-lhe as refeições. Tudo passa a ser invasivo. Tudo passa a ser algo abusivo diante de sua necessidade de aceitação desse processo. E até mesmo a presença do psicólogo, que quando não cercada de alguns cuidados e respeito à própria deliberação do doente, implica em ser mais um dos estímulos aversivos e invasivos existentes no contexto hospitalar. E ao invés de propiciar alívio ao momento da hospitalização, contribui também para o aumento de vetores que tornam o processo de hospitalização algo extremamente penoso e difícil de ser vivido.

O hospital, o processo de hospitalização e o tratamento inerente que visa ao restabelecimento salvo aqueles casos de doenças crônicas e degenerativas, não faz parte dos projetos existenciais da maioria das pessoas. Nesse sentido toda e qualquer invasão no espaço vital é algo aversivo, que além do caráter abusivo, apresenta ainda componentes de dor e desalento. E até mesmo evidencia que em processos de hospitalização têm o reequilíbrio orgânico prejudicado devido ao processo de despersonalização do doente que ao sentir sua desqualificação existencial, pode concomitantemente, muitas vezes, abandonar seu processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional. Ao trabalhar, no sentido de estancar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o psicólogo, ajuda na humanização do hospital, pois seguramente, este processo é um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada (id.).

Segundo CAMON e cols. (1997), um trabalho de reflexão que envolva toda equipe de saúde é uma das necessidades prioritárias para fazer com que o hospital perdesse seu caráter meramente curativo e se transformasse numa instituição que trabalhe não apenas com a reabilitação orgânica, mas também, com o restabelecimento da dignidade humana.

KOVÁCS (1992) salienta ainda a insensibilidade de algumas instituições, quanto a estas questões ligadas à influência da psique sobre a gênese e desenvolvimento de quadros orgânicos.

FAZZI e cols. (1991), reforçando esse quadro, descrevem que algumas vezes a equipe de saúde elege a passividade do paciente como uma colaboração ao tratamento. Algumas normas hospitalares levam a essa mesma conduta.

Sua despersonalização é completada ao ser indicado como “o caso x” e uma relação anônima pode se iniciar, causando obstáculos ao tratamento, aumentando as fantasias de abandono e morte, criando resistência à melhora e à recuperação (id.).

CAMON e cols. (1997, apud GOFFMAN, 1978), colocam que o estigma é um sinal, um signo, utilizado pela sociedade para discriminar os indivíduos portadores de determinadas características e, pelo simples fato de se tornar “hospitalizado”, faz com que as pessoas adquiram os signos que irão enquadrá-los numa nova performance existencial e, até mesmo seus vínculos interpessoais passam a existir a partir desse novo signo.

Além dos signos, estigmas e preconceitos, toda uma carga de abordagem e confrontos teórico-práticos, que fazem das pessoas portadoras de determinadas patologias, alguém que, além da própria patologia, irá necessitar de cuidados complementares, para livrar-se de tais estigmas e signos. A especialização clínica, na maioria das vezes, ao aprofundar-se e segmentar o diagnóstico, deixa de levar em conta até mesmo às implicações dessa patologia em outros órgãos e membros desse doente, que, embora possam não apresentar sinais evidentes de deteriorização e comprometimento orgânico, estão sujeitos a um sem-número de alterações (CAMON e cols. 1997).

Na maioria dos hospitais brasileiros, segundo FAZZI e cols. (1991), o paciente é tratado por uma equipe de profissionais médicos visando apenas à restauração física, desconhecendo que por trás de todos esses problemas médicos existem outros, de natureza psicológica, que são, muitas vezes, mais graves.

Neste aspecto, se percebe a importância de um trabalho de integração multiprofissional para a abordagem do paciente, devolvendo à equipe e àqueles que dela necessita, a segurança, a confiança e a continência indispensáveis ao tratamento (id.).

Se a doença for algo que envolva o paciente apenas temporariamente, haverá a possibilidade de uma nova reestruturação existencial, quando do restabelecimento orgânico, fato que, ao contrário das doenças crônicas, implica necessariamente numa total reestruturação vital (CAMON e col. 1997).

A integração de uma equipe multidisciplinar deve ser especialmente indicada nos casos de pacientes politraumatizados. Sendo este acometimento ortopédico transitório ou permanente, de cunho progressivo ou degenerativo havendo necessidade de sucessivas e radicais adaptações. O cuidado e o critério de uma equipe multiprofissional ao esclarecer e acolher as dúvidas e temores do paciente e seus familiares podem colaborar para dissipar maiores tensões e reorganizar o paciente para a vida além das fronteiras do hospital (FAZZI e cols. 1991).

Algumas vezes, segundo FAZZI e cols. (1991), essas seqüelas físicas e psicológicas são tão profundas, com limitações irreparáveis que requerem do indivíduo e familiares um tempo maior de adaptação. É um renascimento, que se bem acompanhado pode impulsionar, transformar e reintegrar o indivíduo, com riqueza de recursos.

Nos atos cirúrgicos existem também momentos de muita ansiedade e conflito. Temor da dor e da perda da vida. O alívio no pós-operatório. Entretanto, o pós-operatório é um período de enorme fragilidade, após “fugir” à morte e muito debilitado, se defronta com as seqüelas e limitações, que quanto maior, maior será sua luta para adaptar-se à nova vida cotidiana (id.).

A reformulação desse estágio e a reformulação de novos valores para a vida irão depender da estrutura e da dinâmica psicológica do paciente, sua história de vida, do respaldo familiar e social, do acompanhamento clínico e uma série de outras circunstâncias (id.).

Nos casos de acidentes, quando envolve morte, o nível de participação do paciente, - seja responsável, co-responsável ou isento à morte de pessoas próximas envolvidas, as etapas de choque, descrédito, revolta, depressão e reflexão, tanto do paciente como de seus familiares, podem trazer perspectivas realistas e positivas, através de um processo de revisão da vida (id.).

O retorno aos projetos de vida, ao trabalho e ao lar, pode ser criativo e produtivo, mas em alguns casos, infelizmente, levam o paciente a uma profunda apatia, depressão, inadaptação e desmotivação. A cirurgia, ou o acidente seja qualquer outro o motivo que o levou a hospitalização, se torna um marco de supressão à vida,

e isto só pode ser minimizado ou impedido, com um intenso trabalho com o paciente e sua família, direcionando todos os esforços à redefinição dessa vida (id.).

Promover a participação do paciente, a família e demais envolvidos no tratamento pode minimizar o sofrimento, a dor e a angústia, contribuindo para melhores resultados (id.).

O psicólogo no contexto hospitalar, depara-se de forma aviltante com um dos direitos básicos que está sendo negado à maioria da população, a saúde. A saúde, em princípio, um direito de todos, passou a ser um privilégio em detrimento de muitos. A precariedade da saúde da população, sem dúvida alguma, um agravante que irá provocar posicionamentos contraditórios, e, na quase totalidade das vezes, irá exigir do psicólogo uma revisão de seus valores acadêmicos, pessoais e até mesmo sócio-políticos. E o que era mais agravante, tudo passa a ser considerado normal. Os doentes são obrigados aceitar todas as formas de agressão com as quais se deparam em busca de saúde (CAMON e cols. 1997).

Para CAMON e cols (1997), o psicólogo percebe no contexto hospitalar que, os ensinamentos e leituras teóricas de sua prática não são, por maiores que foram as horas de estudo e reflexão teórica sobre a temática, suficientes para embasar sua atuação. E verifica que tem de aprender, aprendendo, como os pacientes, sua dor, angústia e realidade. E o paciente, de modo peculiar, ensina ao psicólogo sobre a doença e como lidar com a própria dor diante do sofrimento (id.).

C) OBJETIVOS

Objetivo geral

Verificar através dos relatos de pacientes internados a sua visão sobre a importância de um trabalho psicológico neste âmbito.

Objetivos específicos

- Verificar na visão do paciente hospitalizado qual foi a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internação.
- Verificar se o paciente hospitalizado considera necessária a atuação do psicólogo nos hospitais conforme sua experiência durante a internação.

Hipótese

- Os pacientes hospitalizados confirmam a importância e a necessidade da atuação do psicólogo no âmbito hospitalar.

Método

A) SUJEITO

A amostra foi composta por 40 pacientes internos do Hospital da Zona Sul de São Paulo, na faixa etária de 10 a 85 anos. O percentual de 30% corresponde a pacientes do sexo masculino e 70% do sexo feminino.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das frequências absolutas(*f*) e percentuais (*f*%) quanto à idade em anos dos pacientes internados pesquisados.

Tabela 1: Distribuição em termos de frequências absolutas (*f*) e percentuais (*f*%) quanto à idade em anos dos pacientes na amostra pesquisados.

	<i>f</i>	<i>f</i> %
10 – 25	4	10
26 – 40	6	15
41 – 55	6	15
56 – 70	8	20
71 – 85	16	40
Total	40	100

Verificou-se que 40% da amostra encontra-se na faixa etária de 71 a 85 anos; 20% na faixa etária de 56 a 70 anos; 15% na faixa etária de 26 a 40 anos; 15% na faixa etária de 41 a 55 anos e 10% na faixa etária de 10 a 25 anos.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das frequências absolutas (*f*) e percentuais (*f*%) quanto ao sexo dos pacientes internados pesquisados.

Tabela 2: Distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao sexo na amostra dos pacientes internados.

	f	f %
Masculino	12	30
Feminino	28	70
Total	40	100

Constatou-se que 70% da amostra são do sexo feminino enquanto que 30% pertence ao sexo masculino.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao estado civil dos pacientes internados pesquisados.

Tabela 3: Distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao estado civil na amostra dos pacientes internados.

	f	f %
Separado (a) / Divorciado (a)	4	10
Solteiro (a)	6	15
Viúvo (a)	10	25
Casado (a)	20	50
Total	40	100

Demonstrou-se que 50% da amostra dos pacientes internados são casados; 25% são viúvos; 15% são solteiros; e 10% são separados / divorciados.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à escolaridade dos pacientes internados pesquisados

Tabela 4: Distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à escolaridade na amostra dos pacientes internados.

	f	f %
--	---	-----

1º grau incompleto	4	10
1º grau completo	0	0
2º grau incompleto	4	10
2º grau completo	12	30
Nível superior incompleto	2	5
Nível superior completo	18	45
Total	40	100

Identificou-se que 45% são do nível superior completo; 30% da amostra dos pacientes internados são do 2º grau completo; 10% são do 1º grau incompleto; 10% são do 2º grau incompleto; 5% são do nível superior incompleto.

A Tabela 5 apresenta a distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à profissão dos pacientes internados pesquisados.

Tabela 5: Distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à profissão na amostra dos pacientes internados.

	f	f %
Área acadêmica	2	5
Administrador	2	5
Metalúrgico	2	5
Motorista	2	5
Estudante	4	10
Do lar	4	10
Área da saúde	8	20
Aposentados	16	40
Total	40	100

Legenda:

Área da saúde: médico, nutricionista, psicólogo e auxiliar de enfermagem.

Verificou-se que os pacientes pesquisados têm como profissão: 40% são aposentados; 20% são da área da saúde; 10% são do lar; 10% são estudantes, 5% são motoristas, 5% são metalúrgicos, 5% são administradores e 5% são da área acadêmica.

A Tabela 6 apresenta a distribuição das frequências absolutas(f) e percentuais (f%) quanto ao tempo de internação dos pacientes.

Tabela 6: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao tempo de internação dos pacientes pesquisados.

	f	f %
1 – 5	12	30
6 – 10	12	30
> 10	16	40
Total	40	100

A Tabela 6 demonstra que 30% dos pacientes hospitalizados permaneceram até 5 dias internados, 30% de 6 a 10 dias e 40% por mais 10 dias internados.

A Tabela 7 apresenta a distribuição das frequências absolutas(f) e percentuais (f%) quanto ao motivo de internação dos pacientes internados.

Tabela 7: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao motivo da internação dos pacientes pesquisados.

	f	f %
Acidente de carro	2	5
Cefaléia	2	5
Dor abdominal	2	5
Diverticulite	2	5
Cálculo renal	2	5
Anemia	2	5

Abscesso hepático	2	5
Dor lombar	2	5
Enfisema pulmonar	6	15
Problema cardíaco	8	20
Câncer	10	25
Total	40	100

A Tabela 7 demonstra que 5% dos pacientes hospitalizados foram internados por acidente de carro, cefaléia, dor abdominal, diverticulite, cálculo renal, anemia, abscesso hepático, dor lombar, 6% com enfisema pulmonar, 8% com problema cardíaco e 10% relacionados ao câncer.

B) MATERIAL

Utilizou-se como instrumento um questionário com onze questões, sendo sete de identificação; duas questões referentes ao contato do paciente com um psicólogo (a) antes da internação, numa questão fechada, e outra durante a internação sobre o número de atendimentos realizados, numa questão aberta; sendo as outras duas questões, uma aberta sobre a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante sua internação e outra fechada, verificando se a partir desta experiência, o paciente considera necessária a atuação do psicólogo nos hospitais. Este questionário foi precedido por uma carta de consentimento informativo, que explicava os objetivos da pesquisa.

A carta está apresentada no **Anexo A** e o questionário no **Anexo B**.

C) PROCEDIMENTO

A pesquisadora solicitava o consentimento dos mesmos para efetuar a pesquisa, orientando-os que as informações cedidas seriam totalmente sigilosas e que não teriam sua identificação revelada e nem teriam seu atendimento de forma

alguma prejudicado nesta instituição. Sobretudo, não seriam obrigados a participar caso, de algum modo, se sentissem incomodados por isso. Os questionários foram entregues individualmente com a carta de apresentação, na qual a pesquisadora solicitava o consentimento dos mesmos para efetuar a pesquisa.

Após esse procedimento, com o consentimento obtido do paciente, o questionário foi aplicado pela própria pesquisadora que anotava cada resposta. E entre os 40 entrevistados, apenas 4 (0,05%) pacientes preferiram preencher de próprio punho. A colaboração foi de 100% do universo de pacientes abordados, compondo uma amostra de 40 indivíduos.

É importante destacar que todos os pacientes selecionados para a pesquisa haviam sido atendidos, antes da aplicação do questionário, pelos psicólogos do hospital.

C) PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram apresentados com tratamento estatístico em frequências absolutas (f) e percentuais (f%).

II. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As tabelas 8 e 9 apresentam distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) sobre duas questões referentes ao contato do paciente com um psicólogo(a), antes da internação, tabela 9, e outra durante a internação sobre o número de atendimentos realizados, tabela 8.

As tabelas 10 e 11 apresentam a distribuição das freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) sobre a importância do psicólogo hospitalar através de relatos de pacientes hospitalizados, sendo a tabela 10 sobre qual foi a contribuição do psicólogo hospitalar no enfrentamento da doença durante a internação, na visão do paciente e a tabela 11 a necessidade da atuação dos psicólogos nos hospitais a partir desta experiência.

A Tabela 8 apresenta a distribuição das freqüências absolutas(f) e percentuais (f%) quanto ao número de atendimentos realizados por um psicólogo (a) durante a internação.

Tabela 8: Distribuição em termos de freqüências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto ao número de atendimentos realizados por um psicólogo (a) durante a internação.

	f	f(%)
Dois atendimentos	26	65,0
Três atendimentos	8	20,0
Quatro atendimentos	3	7,5
Cinco atendimentos	1	2,5
Oito atendimentos	1	2,5
Dez atendimentos	1	2,5
Total	40	100

A Tabela 8 demonstra que 65% dos pacientes hospitalizados foram atendidos duas vezes, 20% foram três vezes, 7,5% foram quatro vezes e os pacientes que foram atendidos 5, 8 e 10 vezes, tiveram o percentual de 2,5%.

A Tabela 9 apresenta a distribuição das frequências absolutas(f) e percentuais (f%) quanto à experiência anterior com psicólogos.

Tabela 9: Distribuição em termos de frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto à experiência anterior com psicólogos.

	f	f(%)
Não	36	90
Sim	4	10
Total	40	100

Obs. os quatros pacientes que responderam sim são psicólogos.

A Tabela 9 demonstra que 90% dos pacientes hospitalizados nunca haviam tido nenhuma experiência anterior com psicólogos e os 10% que relataram experiência anterior eram psicólogos (as).

A Tabela 10 apresenta os resultados em frequências absolutas (f) e percentuais (f%), na visão do paciente hospitalizado, qual foi a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internação.

TABELA 10: Distribuição das frequências absolutas (f) e percentuais (f%), na visão do paciente hospitalizado, qual foi a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internação.

	F	f %
Elevação da auto-estima	18	45
Aconselhamento	16	40
Acolhimento	6	15
Total	40	100

Legenda:	Elevação da auto-estima	Levanta o astral, melhora a auto-estima, levanta a auto-estima, melhora o astral, anima, encoraja, força interior.
----------	-------------------------	--

	Aconselhamento	Aconselha, orienta, recomenda tornando o tratamento mais fácil, melhora a aceitação do tratamento.
	Acolhimento	No aspecto da solidão, atenção, consideração.

Desta forma demonstra que 45% dos pacientes hospitalizados afirmam que o psicólogo hospitalar contribui no enfrentamento da doença elevando a auto-estima, já 25% declaram apoio, 15% ressaltam o aconselhamento e 15% o acolhimento.

A Tabela 11 apresenta os resultados em frequências absolutas (f) e percentuais (f%) quanto o paciente hospitalizado considera necessária a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar.

TABELA 11: Distribuição das frequências absolutas (f) e percentuais (f%), quanto o paciente hospitalizado considera necessária a atuação do psicólogo nos hospitais, conforme sua experiência durante a internação.

	F	f %
Sim	40	100
Não	0	0
Total	40	100

Os dados acima demonstram que 100% dos pacientes hospitalizados entrevistados afirmam que é necessária a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar e nenhum dos pacientes relata o contrário.

IV. CONCLUSÃO

Nos resultados obtidos comprovou-se a hipótese inicial de que os pacientes hospitalizados confirmam a **importância** e a necessidade **da atuação** do psicólogo no âmbito hospitalar.

A confirmação da **importância** do psicólogo (a) neste âmbito baseou-se **em uma questão aberta** através da verificação na visão do paciente hospitalizado: **qual foi à contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internação**.

Constatou-se a necessidade da atuação do psicólogo (a) hospitalar, numa questão fechada **conforme sua experiência durante a internação**.

Através dos resultados levantados pela amostra, verifica-se que os pacientes hospitalizados qualificam unicamente aspectos positivos na contribuição do psicólogo hospitalar no enfrentamento da doença, sendo que 45% dos pacientes afirmam a contribuição elevando a auto-estima, já 40% declaram aconselhamento e 15% ressaltam o acolhimento.

CAMON e cols. (1997) evidenciam que o psicólogo ao trabalhar no sentido de estancar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, ajuda na humanização do hospital, pois seguramente, este processo é um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada. Na hospitalização o reequilíbrio orgânico é prejudicado devido ao processo de despersonalização do doente que ao sentir sua desqualificação existencial, pode concomitantemente, muitas vezes, abandonar seu processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional.

Sobre a necessidade da atuação do psicólogo no âmbito hospitalar, obteve-se unanimidade na resposta positiva, 100%.

Este resultado comprova KOVÁCS (1992), que ressalta a necessidade da presença do psicólogo nos hospitais, considerando a sua atuação indispensável

para uma abordagem total do indivíduo, que enquanto está doente vivencia, nesta situação de debilidade física, uma nova e traumatizante experiência que é a internação hospitalar. Sem considerar o sofrimento físico provocado pela disfunção orgânica, a internação hospitalar, já significa, em si, uma quebra na rotina do paciente e na acomodação ao estilo de vida que escolheu para si. Há uma mudança de hábitos, uma série de intervenções e exames que o magoam, machucam e invadem sua privacidade e nem sempre respeitam sua dignidade. Isto pode gerar uma sensação de dependência, limitação e impotência, levando a conflitos psicológicos intensos que somente um profissional especializado pode prever, diagnosticar, indicar terapia adequada com reais possibilidades de transformar o trauma hospitalar numa experiência positiva, de reflexão sobre a vida e de equilíbrio íntimo em relação às agressões externas, permitindo ao indivíduo a assimilação de seu estado em sua atual circunstância de doente.

É importante ressaltar que 90% dos pacientes pesquisados não tinham tido nenhuma experiência anterior com psicólogos e os 10% que relataram experiência anterior, eram psicólogos de formação.

Portanto, 90% destes pacientes que tiveram contato com psicólogos pela primeira vez durante essa internação, consideram com base nessa experiência a atuação do psicólogo necessária e importante no enfrentamento de sua doença, classificando unicamente aspectos positivos: auto-estima, aconselhamento e acolhimento.

Para CAMPOS (1995) o psicólogo, como profissional da saúde, poderá facilitar ao paciente a identificação e o reconhecimento do que está acontecendo com ele, esclarecendo, aclarando o que existe, o que está vivendo e o significado disso para ele. Com isso, estaria tratando o paciente como um ser em sua totalidade e através de melhor compreensão da doença, haverá possibilidade de restabelecimento mais rápido.

Na amostra dos pacientes pesquisados foram constatados, como motivo de internação, onze patologias diferentes e, independentemente de qual patologia foi

relatada, todos consideram necessária e importante a atuação do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internação.

É importante destacar que todos os pacientes selecionados para a pesquisa haviam sido atendidos, antes da aplicação do questionário, pelos psicólogos do hospital.

Foram relacionados de dois a dez atendimentos por paciente pesquisado nesta amostra e, independente do número de atendimentos relatados, todos ressaltaram a importância e a necessidade da atuação do psicólogo hospitalar.

Até o presente momento não há pesquisa na literatura especializada sobre o tema desenvolvido, focando a importância do psicólogo hospitalar através da visão do paciente hospitalizado, assim como não há também pesquisas sobre os objetivos específicos propostos, verificando a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante a internação, assim como não há pesquisa com pacientes internados sobre a necessidade da atuação do psicólogo neste âmbito.

Desta forma, sugiro pesquisas futuras relacionadas ao tema proposto, pois se trata do embasamento da atuação dos psicólogos junto às instituições de saúde.

KOVÁCS (1992) salienta a insensibilidade de algumas instituições, quanto a estas questões ligadas à influência da psique sobre a gênese e desenvolvimento de quadros orgânicos.

Portanto, a presença de psicólogos na equipe multidisciplinar de um hospital é o procedimento mais adequado, tanto para uma melhor e mais completa recuperação do paciente, como na prestação de uma assistência mais eficiente por parte da instituição hospitalar, conforme comprovado pela amostragem desta pesquisa, através da visão dos pacientes hospitalizados.

Referências Bibliográficas:

- BLEGER, J.: *Psico-Higiene e Psicologia Institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.
- CAMON, V.A.A. ; TRUCHARTE, F.A.R.; Knijnik, Rosa Berger; Sebastiani, Ricardo Werber.: *Psicologia hospitalar – Teoria e Prática*, 1997.
- CAMPOS, T.C.P. *Psicologia hospitalar: atuação dos psicólogos em hospitais*. São Paulo, E.P.U. 1998.
- CARVALHO, D.V. et. al. *Assistência de enfermagem a pacientes com distúrbio emocional, internados em unidade médica-cirúrgica*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.5, n.1, p.32-37,1985.
- CHAVES, E.C.; IDE, C.A.C. Singularidades dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização. *Revista Escola de Enfermagem. USP*. V.29, n.2, p.173 - 179, agosto.1995
- CHIATONE, H.B.: SEBASTIANE, R.W.: *Introdução a Psicologia Hospitalar*. São Paulo, Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Saúde, 1991. (Série Cadernos de Psicologia Hospitalar).
- CAMPOS, T.C.P.: *Psicologia Hospitalar – Atuação do Psicólogo em Hospitais*. São Paulo, EPU, 1995.
- FAZZI, A. e COUTINHO, M.I.S.T.: *Atendimento psicológico ao paciente politraumatizado*.
- FERNANDES, M.H.S.: *A função e inserção do psicólogo nas equipes multiprofissionais*.

- *FERRAZ, E.R.: O paciente cirúrgico: suas expectativas e opiniões quanto ao cuidado de enfermagem no período transoperatório. Revista Brasileira de Enfermagem; DF, 35 : 48 – 59, 1982.*
- *FERREIRA, N.M.L.A.; HISAMITSU, C. O enfermeiro frente às manifestações emocionais do paciente hospitalizado. Acta Paul. Enfermagem., São Paulo, v.6, n.1/4, p. 16 – 23, jan/ dez. 1993.*
- *FREITAS, M. Envolvimento emocional no relacionamento enfermeiro-paciente. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.18, n.1, p.85-89, 1984.*
- *FOUCALT, M. O nascimento do hospital. Graal, Rio de Janeiro, cap. VI p. 4. 1981.*
- *KOVÁCS, M. J. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo, Editora Casa do Psicólogo, 1992, cap. 13. – Profissionais de Saúde diante da Morte*
- *LAMOSA, B.W.R. O Psicólogo Clínico em Hospitais: Contribuição para o Desenvolvimento da Profissão no Brasil. São Paulo, tese de livre Docência, 1994.*
- *LOLA, M. J. F. Hospitalização do idoso: um estudo dos fatores adaptativos. Revista O mundo da saúde, v. 21, n. 4, p. 234, 1997.*
- *RIVIÉRE, E.P. O processo grupal. São Paulo, Martins Fontes, 1988.*
- *SOUZA, M.L.R.: O Hospital: Um espaço Terapêutico?, 1992.*
- *TAKITO, C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. Revista escola de Enfermagem. USP. São Paulo, 19(3): 263-280, 1985.*

Referências Bibliográficas:

- CHIATONE, H.B.: SEBASTIANE, R.W.: *Introdução a Psicologia Hospitalar*. São Paulo, Centro de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Saúde, 1991. (Série Cadernos de Psicologia Hospitalar).
- CAMPOS, T.C.P.: *Psicologia Hospitalar – Atuação do Psicólogo em Hospitais*. São Paulo, EPU, 1995.
- FOUCAULT, M. *O nascimento do hospital*. Graal, Rio de Janeiro, cap. VI p. 4. 1981.
- SOUZA, M.L.R.: *O Hospital: Um espaço Terapêutico?*, 1992.

ANEXO A

Formulário

I – Identificação

Entrevista nº :

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Tempo de internação: _____ Motivo da internação: _____

II– Questionário

Quantas vezes foi atendido por um (a) psicólogo (a) durante a internação:

Você já teve alguma experiência anterior com psicólogo(a) ?

_____ Sim

_____ Não

Qual foi a contribuição do psicólogo no enfrentamento da doença durante sua internação?

A partir desta experiência, você considera necessária a atuação do psicólogo nos hospitais?

_____ Sim

_____ Não

ANEXO B

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pós graduação em Psicologia hospitalar

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____,
estou ciente de que estou participando de uma pesquisa e de que todos os dados e informações por mim cedidos serão totalmente sigilosos, não revelada de forma alguma, a minha identificação.

Estou ciente também que não sou obrigado a participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento sem que isto prejudique meu atendimento nesta Instituição.

Sem mais, obrigada.

Assinatura