



08

Manual de Psicologia Hospitalar

Coletânea ConexãoPsi - Série Técnica



Conselho
Regional de
Psicologia
do Paraná
CRP 08



Coletânea ConexãoPsi

Dados internacionais de catalogação na publicação
Bibliotecária responsável: Mara Rejane Vicente Teixeira

Manual de psicologia hospitalar / Claire Terezinha
Lazzaretti ... [et al.]. – Curitiba : Unificado,
2007.
68p. : il. ; 20 x 20cm.

1. Hospitais – Aspectos psicológicos.
I. Lazzaretti, Claire Terezinha.

CDD (21ª ed.)
362.11

Designer Responsável: Leandro Roth
Designer Gráfico: Cristiane Borges
Ilustrações: Vicente Sledz e Cristiane Borges
Impressão e acabamento: Artes Gráficas e Editora Unificado
grafica@unificado.com

Foto da Capa: Carlos Gutemberg

Todos os direitos desta edição reservados ao Conselho Regional de Psicologia -
8ª Região - Av. São José, 699 - Cristo Rei - Curitiba - PR - CEP 80050-350

Coletânea ConexãoPsi

O Conselho Regional de Psicologia, através da gestão ConexãoPsi, com sua finalidade precípua de promover a Psicologia, a Ética e a Cidadania na sociedade, vem através desta coletânea informar e orientar psicólogos e usuários dos serviços psicológicos sobre as questões administrativas, pertinentes à gestão financeira-política da categoria, e sobre as questões técnicas que atinam às práticas psicológicas.

O momento é ímpar para tal mister, uma vez que a Sociedade se debate com inúmeras questões relacionadas com o comportamento humano. A contribuição que esta coletânea pretende trazer é de ampliar o conhecimento, resgatar a história de 28 anos de lutas do CRP-08, que através do idealismo de muitos profissionais, que contribuíram e continuam contribuindo neste projeto, proporcionar subsídios e informações consistentes para a efetiva utilização da ciência e da técnica psicológica.

A entrega da Coletânea ConexãoPsi, com a série administrativa e a série técnica, é mais uma das ações concretas em direção aos objetivos com que nos comprometemos ao sermos eleitos.

A série técnica da Coletânea ConexãoPsi compõe-se, em seu lançamento, por doze títulos. E elaborada pelas Comissões do CRP-08, tem o intuito de esclarecer dúvidas e oferecer subsídios para o estudo e exercício das práticas psicológicas. Os cadernos são compostos pelo histórico, definição, utilização e objetivos dos diversos campos de atuação dos psicólogos. Desta forma, a Coletânea ConexãoPsi se propõe a ser um ponto de referência e apoio para os profissionais e estudantes de Psicologia, bem como para futuros colaboradores das Comissões. Além de serem uma importante fonte de esclarecimento para a sociedade que como usuária tem a necessidade e o direito de ter mais conhecimentos sobre a Psicologia.

A série administrativa das Coletâneas ConexãoPsi, formada por seis títulos, tem o objetivo de orientar conselheiros, colaboradores e psicólogos sobre as normas e procedimentos que norteiam a gestão do CRP-08, dentro dos princípios de transparência e democracia adotados.

Transmitir a experiência administrativa desenvolvida por nossa gestão é colaborar para que o Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região continue crescendo; é auxiliar na capacitação dos novos e futuros conselheiros, bem como firmar ainda mais a sua imagem de Instituição com Administração Ética e Competente, com responsabilidade social e fiscal.

Ao Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região cabe desenvolver políticas em prol do desenvolvimento da Profissão, da Cidadania, das Políticas Públicas, da Ética, com uma administração coerente com esses propósitos. Este foi sempre o compromisso do IX Plenário Gestão ConexãoPsi (2004-2007): muita seriedade, trabalho responsável e coerência no discurso e nas ações.

Raphael Henrique C. Di Lascio - CRP 08/00967
Conselheiro Presidente

Guilherme Azevedo do Valle - CRP 08/02932
Conselheiro Vice-Presidente

Alan Ricardo Sampaio Galleazzo - CRP 08/04768
Conselheiro Tesoureiro

Deisy Maria Rodrigues Joppert - CRP 08/1803
Conselheira Secretária

IX Plenário CRP-08
Gestão ConexãoPsi 2004-2007

IX Plenário CRP-08

Gestão ConexãoPsi - 2004/2007

Conselheiros Efetivos

Curitiba

- Raphael Henrique C. Di Lascio - CRP 08/00967
Conselheiro Presidente
- Guilherme Azevedo do Valle - CRP 08/02932
Conselheiro Vice-Presidente
- Alan Ricardo Sampaio Galleazzo - CRP 08/04768
Conselheiro Tesoureiro
- Deisy Maria Rodrigues Joppert - CRP 08/1803
Conselheira Secretária
- Aldo Silva Junior - CRP 08/00646 (*in memorian*)
- Tonio Dorrenbach Luna - CRP 08/07258
- Thereza Cristina de A. Salomé D'Espíndula CRP 08/04776

Londrina

- Sérgio Ricardo B. da Rocha Velho - CRP 08/07140

Maringá

- Rosemary Parras Menegatti - CRP 08/03524

Cascavel

- Fabiana da Costa Oliveira - CRP 08/07072

Foz do Iguaçu

- Flávio Dantas de Araújo - CRP 08/05993 (*in memorian*)

Conselheiros Suplentes

Umuarama

- Rosângela Maria Martins - CRP 08/01169

Campos Gerais

- Marcos Aurélio Laidane - CRP 08/00314

Londrina

- Denise Matoso - CRP 08/02416

Curitiba

- Eugênio Pereira de Paula Junior - CRP 08/06099
- Caçan Jurê Cordeiro Silvanio - CRP 08/07685

Série Técnica - Manual de Psicologia Hospitalar

Autores

Claire Terezinha Lazzaretti - CRP-08/02440
Wael de Oliveira - CRP-08/01323
Sunilda W. C. M. Guimarães - CRP-08/04416
Daniela Carla Prestes - CRP-08/04339
Ângela de Leão Bley - CRP-08/11360
Marilza Mestre - CRP-08/00777
Elizabeth de Fátima Szczygel - CRP-08/01039
Marta Cristina Bergamasco - CRP-08/08703
Vera Lucia Alves Barreto Silva - CRP-08/06503
Ana Paula Viera Pepe - CRP-08/06927
Camila Marcondes de Verneque - CRP-08/11121
Márcia Regina Santos - CRP-08/03336
Ana Carolina Belle e Silva - CRP-08/11375
Andressa Sales Engelmann - CRP-08/08398
Deborah Cristiane Lobo Rodrigues dos Santos - CRP-08/04148
Juarez Marques de Medeiros - CRP-08/02483
Maria Joana Mäder - CRP-08/01899
Maribel Pelaez Dóro - CRP-08/01281
Rachel Jurkiewisch - CRP-08/00209
Vânia de C. Henrique - CRP-08/08871

Prefácio

Do hospital psiquiátrico ao hospital e à saúde de um modo geral, este parece ter sido o percurso da Psicologia Clínica nas instituições de saúde.

Entende-se a Psicologia Hospitalar como um desdobramento da Psicologia Clínica na instituição hospitalar. A abordagem da subjetividade, característica específica do ser humano, pode-se dar em qualquer contexto da sua vida onde se encontre inserido.

No entanto, tratando-se especificamente da área da saúde, torna-se interessante pontuar o percurso que vai do isolamento institucional devido à loucura, doença mental - como é o local hospital psiquiátrico - à promoção da saúde em diversos contextos da vida do ser humano, onde o hospital geral ou de especialidades pode se situar como local intermediário. A colaboração da Psicologia na área da saúde, a partir da inserção do psicólogo clínico no hospital geral, deu-se historicamente na busca da relação da dicotomia mente-organismo. Mas diga-se organismo tendo-se em conta que o corpo, além de pura biologia, pode ser considerado também psíquico, marcado pela estimulação de outro humano no atendimento às necessidades básicas para a sobrevivência. Pode a doença e o adoecer situarem-se como uma destas necessidades? Ou, pode ser a doença uma resposta à situação conflitiva, de ordem psicológica? Especificamente, no que tange à instituição Hospital Geral, o paciente está ali para se submeter a um procedimento no corpo, procedimento clínico ou cirúrgico, de média ou alta complexidade. Cabe pontuar que o psicólogo hospitalar, com formação clínica, direciona sua abordagem para o doente e não para a doença e, a partir disto, sua prática pode ser generalizada como uma especialidade na área da saúde.

Considera-se que o adoecer e o período de internação marcam uma ruptura com o curso da vida, quanto às formas de relação com familiares, amigos, trabalho e vida produtiva, ruptura que pode ter tido início há muito tempo, principalmente nos casos de doenças crônicas.

Diante destas circunstâncias da vida, cabe ao psicólogo avaliar e intervir, através de acompanhamento sistemático, sobre os efeitos do adoecer e do tratamento na realidade psíquica, assim como destacar os aspectos psicológicos e a diversidade de vivências que podem estar implicadas no processo do adoecer. Conhecer quem é o doente vai além de saber o nome, filiação, estado civil, profissão, qual é a doença orgânica, tempo de internação e procedimento médico. Faz-se necessário disponibilidade e capacitação técnica para poder saber do sofrimento daquele que sofre também de uma outra ordem de dor, a de existir.

Sendo assim, ao lado do silêncio da doença orgânica, pode ser oferecida a possibilidade da escuta do sujeito, para que este ser que sofre possa falar, interpretar sua condição de doente a partir da instância psíquica, que é simbólica, pela via da possibilidade de representação que não se pode calar, uma vez que caracteriza a condição de ser humano.

Para a realização deste trabalho abre-se uma especialidade – hospitalar – como campo da Psicologia Clínica no contexto de instituições - hospitais e clínicas – onde, embora o trabalho de especialistas médicos responda pela assistência, a ciência e seus avanços reconhecem a insuficiência deste trabalho para abarcar todos os âmbitos da conduta humana, de tratamento e de melhoria da qualidade de vida.

O psicólogo hospitalar está inserido na área da saúde como um especialista, como facilitador da comunicação e da expressão humana através da linguagem, visando a representação e a elaboração das vivências dos pacientes, do seu relacionamento com os semelhantes, de sua capacidade de amar e de trabalhar.

No hospital, onde o risco de vida e a possibilidade da morte estão presentes, o psicólogo pode facilitar e/ou favorecer o curso da vida; a isto se pode denominar promoção de saúde e de qualidade de vida. Neste sentido, a Psicologia Hospitalar situa-se além do trabalho de humanização da instituição, oferecendo tratamento específico para as questões do ser humano no decorrer da sua história de vida.

Depois de seis anos de trabalho, a Comissão de Psicologia Hospitalar do CRP-08 coloca na rua algumas das reflexões realizadas neste tempo, ao mesmo tempo em que busca apresentar algumas informações sobre o contexto desta especialidade no Paraná, onde muitos hospitais contam com profissionais da Psicologia em seus quadros.

Espera-se que este manual tenha a função de nortear, de guiar a prática daqueles que queiram trabalhar em hospital com criatividade e responsabilidade, que acrescente conhecimento a partir da vivência e experiência clínica de cada um dos psicólogos que trabalham em hospital.

Sumário

1. Apresentação	15
2. Histórico da Comissão de Psicologia Hospitalar	17
3. Resolução do CFP que dispõe sobre a especialidade	19
4. Objetivos da Psicologia Hospitalar	21
4.1 Geral	21
4.2 Específicos	21
5. Considerações sobre a Psicologia Hospitalar como especialidade	23
5.1 Tempo de consulta	27
5.2 Crenças sobre a práxis	27
5.3 Psicólogo faz parte de uma equipe	27
5.4 Psicólogo vai até o paciente	27
5.5 Psicoterapia breve	28
5.6 Ação emergencial	28
5.7 Trabalho com o inconsciente	28
5.8 Especialista em família	28
5.9 Função de intercâmbio (equipe/paciente)	29
5.10 Trabalho com a equipe	29
5.11 Perfis de pacientes	29
6. Obtenção do Título de Psicólogo Hospitalar e Formação em Psicologia Hospitalar	33
7. Abordagens teórico/clínicas que fundamentam o trabalho em Psicologia Hospitalar apresentadas à comissão	35
7.1 Behaviorismo	35
7.2 Gestalt	36
7.3 Neuropsicologia	37
7.4 Psicanálise	39
7.5 Psicodrama	41
7.6 Psicologia Analítica	43
7.7 Terapia Sistêmica	45
8. O Psicólogo Hospitalar e a Saúde Pública	47

8.1 Locais de Trabalho:	47
8.2 Ações realizadas em geral em Hospitais Públicos e Privados:	47
8.3 Normas Legislativas do Ministério da Saúde	48
8.4 Pesquisa	48
9. Caracterização dos psicólogos que trabalham nas instituições hospitalares de Curitiba-PR	49
9.1 Hospitais de Curitiba que contam com o trabalho do psicólogo em seu corpo clínico.	54
9.2 Procedimentos da Tabela SIA/SUS e a Psicologia	55
9.3 Portarias Conhecidas que Estabelecem o Atendimento Psicológico em Hospitais e Clínicas para Algumas Patologias	58
Conclusão	61
Referências	63



1. Apresentação

*Viram uma linguagem muda
e eu a história que nela se calou*
(Laura Riding)

O presente manual foi elaborado pela Comissão de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Psicologia da 8ª Região (CRP-08), visando apresentar aos psicólogos, à comunidade científica e aos usuários da saúde a contribuição da Psicologia Hospitalar.

Documentou seu trabalho com informações sobre:

- ▶ O histórico da Comissão de PH/CRP-08
- ▶ A composição atual da Comissão de PH
- ▶ A resolução do CFP que dispõe sobre as especialidades
- ▶ Seus objetivos
- ▶ Considerações sobre a PH
- ▶ Algumas abordagens teórico-clínicas
- ▶ O psicólogo hospitalar em saúde pública
- ▶ Locais de trabalhos e algumas ações
- ▶ Caracterização dos psicólogos que trabalham em instituições hospitalares em Curitiba
- ▶ Hospitais de Curitiba que contam com o serviço de PH
- ▶ Referências bibliográficas.

Tal elaboração constitui-se, no entender da Comissão, de momento reflexivo interno e apresentação externa, para informação de todos os interessados em desenvolver sua prática profissional em ambiente hospitalar, bem como dos usuários que poderão se beneficiar desta prática.

Há muitos e diversos modos implicados neste exercício. Buscamos contemplar tal diversidade no presente documento, característica do ser humano sempre que se aventura em novos caminhos. E os novos caminhos, com frequência, são áridos e plenos de espinhos, como o cactus, do qual desabrocham flores inesperadamente belas.

Esperamos que sirva de sinalização útil aos novos aventureiros.

2. Histórico da Comissão de Psicologia Hospitalar

A criação oficial da Comissão deu-se em outubro de 2001, composta apenas por três membros: Claire Terezinha Lazzaretti, como coordenadora; Maria Joana Mader e Wael de Oliveira como colaboradoras, em sintonia com o projeto de trabalho da Gestão ConexãoPsi 2001/2004. Posteriormente, teve o acréscimo participativo de Sunilda Wing C. M. Guimarães e Nádia Maria Pasa Fassbinder.

À Comissão de Psicologia Hospitalar compete assessorar o plenário do CRP-08 em relação a pronunciamentos, posicionamentos, ações, eventos, publicações de resoluções e pareceres relativos a solicitações referentes ao tema; agregar profissionais da Psicologia interessados no desenvolvimento dos conhecimentos teórico-práticos; promover o encontro de diferentes formações profissionais, possibilitando articulação, análise crítica e novas propostas de intervenção nos respectivos campos de trabalho; representar o Conselho junto a instituições, organizações, órgãos públicos e privados, centros educacionais, eventos científicos e outros conselhos, quando pertinentes ao desenvolvimento e bom atendimento; desenvolver pesquisas e projetos que ofereçam respostas mais efetivas quanto aos métodos, técnicas e intervenções na área de sua temática; refletir sobre a abrangência, os limites e as limitações ético-sociais da atuação do psicólogo e fornecer suporte bibliográfico, agenda de publicações e eventos da área aos profissionais de outras áreas.

A Comissão de Psicologia Hospitalar, iniciou-se timidamente, com poucos profissionais, mas com o auxílio do CRP-08 desenvolveu e desenvolve todos os anos espaços de intercâmbio que visam promover a atualização de conhecimentos no campo da Psicologia Hospitalar e discussão de novas perspectivas no trabalho da Psicologia em hospitais gerais e de especialidades. Dentre eles, destacamos a participação na agenda das Quartas-Feiras no CRP e a realização de seis Fóruns de Psicologia Hospitalar, além do encontro entre profissionais no Café da Manhã no CRP-08.

Em 2005, com a iniciativa do primeiro Café da Manhã envolvendo todos os psicólogos que trabalham em instituições hospitalares em Curitiba, a Comissão teve um expressivo acréscimo de participação, que se aproximou da concretização das expectativas acalentadas e trabalhadas ao longo destes anos. Hoje temos um grupo dinâmico e participativo, com vários projetos concretizados e outros tantos em andamento.

A Comissão espera que, no decorrer do próximo ano, os psicólogos que trabalham em hospitais no interior do Paraná venham a se integrar ao trabalho da Comissão, participando ativamente da interlocução e troca de experiências.

3. Resolução do CFP que dispõe sobre a especialidade

Resolução nº 02/2001

Altera e regulamenta a Resolução nº 014/2000, que institui o título de especialista em Psicologia e seu respectivo registro.

Definição das especialidades a serem concedidas pelo Conselho Federal de Psicologia, para efeito de concessão e registro do título profissional de especialista em Psicologia.

....

VII - Psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós-graduação lato e stricto sensu. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas, ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

4. Objetivos da Psicologia Hospitalar

4.1 Geral

Acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias, bem como suas famílias, em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos.

4.2 Específicos

Assistência

- ▶ Assistir o paciente, sua família e a equipe de saúde;
- ▶ Triar;
- ▶ Realizar avaliação diagnóstica em Psicologia;
- ▶ Realizar psicodiagnóstico;
- ▶ Formular e aplicar protocolos durante hospitalização e/ou em ambulatórios;
- ▶ Realizar interconsultas;
- ▶ Intervir de modo psicoterapêutico individualmente ou em grupo;
- ▶ Orientar psicologicamente a família e a equipe de saúde;
- ▶ Realizar grupos operativos com equipe de enfermagem;
- ▶ Registrar dados.

Ensino

- ▶ Realizar supervisão e leitura técnica com estagiários;
- ▶ Realizar cursos de formação;
- ▶ Oferecer cursos de pós-graduação;
- ▶ Realizar capacitação, orientação e supervisão de estágios para acadêmicos e profissionais.

Pesquisa

- ▶ Realizar pesquisas científicas na área de saúde;
- ▶ Realizar publicações científicas.

5. Considerações sobre a Psicologia Hospitalar como especialidade

A história mostra que usar a denominação de clínica para uma prática não médica levantou muitas discussões junto à comunidade científica da época. A justificativa era que a palavra Clínica vem de Klinos = leito, e o psicólogo não examinava pessoas no leito.

Se alguns médicos apoiavam a iniciativa, mais precisamente os psiquiatras, que na época detinham o campo do tratamento psíquico, a maioria apresentava resistência pois considerava os psicólogos como psicomotricistas, vendo a psicoterapia por eles realizada como “filha ilegítima da Medicina”.

De fato, o primeiro campo de experiência de muitos que se dedicaram posteriormente à Psicologia Clínica foi o de serviços, primordialmente voltados para a área escolar, tendo forte influência de Helena Antipoff. Ela foi uma educadora influenciada por Alfred Binet, que trouxe para o Brasil a tradição científica e a visão clínica. Dedicada ao trabalho com o excepcional, Helena exigia o máximo de atenção às atitudes, às condições emocionais pelo exame atento das condições familiares, sociais e culturais, marcando um contraste com a práxis vigente preocupada com a medida, a Psicometria. Entretanto, insistia ainda na importância da saúde física, buscando sempre a colaboração dos médicos e a contribuição deles na investigação científica. Criou, assim, uma das mais sólidas raízes da Psicologia Clínica no Brasil, a partir da educação.

É interessante observar que, na época da regulamentação da profissão de psicólogo pela Lei 4.119/1962, ninguém contestava o direito que têm os psicólogos de exercer suas atividades no setor educacional e industrial - a polêmica estava colocada na prática clínica.

Estes fatos históricos são importantes para situarmos que a Psicologia Clínica foi se desenvolvendo principalmente em instituições governamentais, universitárias ou ligadas a sistemas escolares. As universidades, por exigência de lei, deveriam oferecer campo de estágio para treinamento e os psicólogos tiveram acesso aos hospitais, mesmo que em atividades predominantemente psicodiagnósticas.

Se estes episódios referem-se à regulamentação da profissão de psicólogo em 1962, mesmo antes desta data alguns profissionais - ainda não psicólogos pois não existia a profissão - já estavam trilhando seu percurso de trabalho em hospitais e, sem dúvida, tiveram o mérito de criar e/ou contribuir para a prática da Psicologia Hospitalar atual.

Dentre estes profissionais, destacamos a psicóloga Matilde Neder que, em 1954, deu início a uma atividade na então Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP, hoje Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP. Sua atividade consistia no preparo psicológico pré e pós-cirúrgico dos pacientes submetidos a cirurgias de coluna. Seu trabalho favoreceu e atraiu outros profissionais para esta atividade, que estava além de realizar psicodiagnósticos.

Em 1974, também em São Paulo, a psicóloga Belkiss Romano Lamosa era convidada a organizar o Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital de Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP. A partir deste seu trabalho no hospital, foi a primeira psicóloga a levar o tema Psicologia no Hospital como produto de uma dissertação de mestrado e, posteriormente, doutorado e livre docência.

No Paraná, em 1977, Maria Mercedes Cerci inicia um trabalho de atendimento no então departamento de Tocoginecologia do Hospital de Clínicas da UFPR.

No Rio de Janeiro, já em 1978, mais de uma dezena de hospitais contavam com atividades de psicólogos, muitos por cumprimento da necessidade de campo de estágio.

Também em 1978, Marisa Decat de Moura, psicanalista, iniciou a construção de um trabalho no Hospital Mater Dei, de Belo Horizonte.

Assim, por Lei ou por iniciativa própria de alguns profissionais, a Psicologia estava no hospital e expandia-se em outros estados do Brasil e delimitava que não existia uma prática de Psicologia Hospitalar, mas sim uma especificidade da Psicologia Clínica em hospital.

Apesar da sensível diversificação na atividade do psicólogo, tais como: orientação de diabéticos e seus familiares; atendimentos a gestantes; preparação cirúrgica; acompanhamento psicológico de crianças internadas; preparação para alta hospitalar; Psicoterapia breve em ambulatório; orientação psicológica do staff; consultoria médica sobre problemas psicológicos; grupo Balint, etc., o trabalho do psicólogo nas instituições hospitalares era marcado por uma série de dificuldades. Além das exigências administrativas, que muitas vezes determinavam o número de sessões de atendimento psicológico sem qualquer critério de ordem científica ou profissional, ou a determinação de que fosse realizado um psicodiagnóstico em apenas uma única sessão com o cliente, havia a exigência de declarações específicas quanto ao psicodiagnóstico ou à evolução do tratamento para arquivos administrativos, manipulados por qualquer funcionário; o que iria, na época, constituir a mais grave infração da ética do psicólogo. Pois, ainda que utilizando artifícios hábeis, tais como a

utilização da CID (Classificação Internacional de Doenças), ou recorrendo a uma terminologia mais geral e indefinida para não comprometer o sigilo, o psicólogo sentia-se constrangido de expor dados particulares e confidenciais de seu paciente em prontuários. Muitas vezes, fugindo destas interferências estranhas à profissão, o psicólogo preferia uma clínica particular elitista, mesmo que incerta.

Entretanto, ao contrário do que se pensa, pode-se afirmar que a Psicologia Clínica não apenas cresceu, mas nasceu e se desenvolveu no campo institucional.

Se, de um lado, são apontadas as dificuldades, por outro, o trabalho do psicólogo em instituições hospitalares tinha e tem uma razão social abrangente, no sentido de que contribui para o favorecimento de serviços clínicos institucionais, gratuitos ou com preços reduzidos para a população carente. Destaca-se, ainda, que há o favorecimento para a própria formação do psicólogo, pois o respaldo de uma instituição e o convívio com profissionais da sua e de outras categorias constituem uma experiência que vai além da supervisão, trazendo segurança ao jovem psicólogo. Sem dúvida, é uma experiência de trabalho muito valiosa. A variedade de tipos de clientes e de situações, na população que procura uma instituição, proporciona um enriquecimento e uma aprendizagem que robustecem a formação do psicólogo e lhe dão uma visão realista do ser humano, indispensável na profissão.

Outro reflexo da Psicologia Clínica na instituição hospitalar atinge o campo da prevenção e da comunidade, além da possibilidade maior de realização de Pesquisa, estas restritas ao campo da Psicologia ou interdisciplinares.

Frente a estas considerações, denominar o psicólogo simplesmente como hospitalar, sem considerar que sua prática é fundamentada numa abordagem teórico-clínica, é criar uma diferenciação a partir de um âmbito de trabalho.

Sabe-se que a Psicologia Clínica fundou-se nas instituições e teve forte influência do modelo médico. Entretanto, esse modelo, em sua quase totalidade, sustenta-se em critérios científicos muito específicos - tais como: objeto e método definidos, previsão e controle, terminologia específica, alto grau de especialização -, além de extrema objetividade no procedimento.

Não se pode esperar que o trabalho da Psicologia possa ser sustentado ao extremo nessas bases, senão corre o risco de sua própria descaracterização. Este é um cuidado necessário para o psicólogo que trabalha em hospital, pois parece que uma alternativa melhor à de tentar adaptar seu trabalho a esses critérios é a da definição de método, objeto e pressupostos teóricos próprios, sem a citada descaracterização. Nesse ponto, a Psicologia talvez ocupe uma posição privilegiada para que se possa tecer algumas considerações sobre a práxis psicológica em hospital, a partir de alguns mitos atribuídos a esta prática.

A *falta de definição por parte do psicólogo* e por parte de outros profissionais, que não sabem claramente qual é a função do psicólogo, leva muitos a se definir profissionais de Psicologia disto ou daquilo, enquanto local ou especialidade de prática, ou seja, psicólogo da neurologia, psicólogo da ortopedia, psicólogo da nefrologia, etc. É importante que o psicólogo conheça as características básicas das doenças e dos efeitos da medicação, não como condição *sine qua non* para trabalhar em hospital, mas para que não trate tudo como “sintomas emocionais”.

Talvez, nessa falta de definição, encontre-se o ponto decisivo para a análise dessa necessidade de sobrenome à prática da Psicologia no hospital, seguindo uma divisão tal como o modelo da medicina.

É importante considerar que, em sua própria origem, a Psicologia repousa numa divisão entre o campo experimental (apoiada na fisiologia) e o campo sócio-cultural (sustentando-se da antropologia, sociologia e filosofia). Seu percurso histórico parece não ter resolvido essa dicotomia inaugural; talvez a tenha apenas deslocado para a questão da nomeação, definida pela área de atuação ou pelo saber ao qual recorre teoricamente. Daí, não é possível falar em Psicologia, mas em psicologismo.

A *Demanda Institucional* é um outro fator. Numa instituição hospitalar, o psicólogo entra como profissional de saúde mental e - diante das demandas que lhe são feitas e dos cuidados que lhe são pedidos com a justificativa de que a instituição requer profissionais ativos e dinâmicos, pois não tem tempo para esperar um ano ou o final de um processo psicoterápico: *"Psicologia demora muito para fazer efeito... leva a pessoa lá pra trás"* ou *"Este problema não se resolve com conversa"* -, às vezes, sucumbe a estas demandas e torna-se “psicólogo de protocolo”.

Não se pode negar que, em um hospital ou em qualquer outra instituição, o trabalho em Psicologia possui características próprias, que não comportam o modelo de atendimento em gabinete privado, pois tem sua especificidade. Muitas vezes, o espaço físico do hospital é tumultuado, as condições de privacidade são precárias e as interrupções são frequentes. Entretanto, o psicólogo, onde quer que esteja inserido, tem como principal função a promoção de saúde mental, em nível primário, secundário ou terciário.

É verdade que quem vai ao hospital procura o médico. No hospital encontramos, na maioria dos casos, sujeitos que, a princípio, têm transferências com a medicina e com a instituição. O aspecto orgânico é privilegiado, por isso vão a um hospital e não a um consultório de psicólogo. Mas, daí a considerar este aspecto como um problema - como “Não aceitação do paciente ao tratamento psíquico” ou como “Resistência dos médicos” - parece que é retirar-se antecipadamente, destituir-se de seu lugar de escuta.

Sem dúvida, diferentemente de um trabalho em gabinete privado, no hospital existem muitas características que justificam a especificidade da Psicologia Clínica Hospitalar. Em sua maioria, estas características apóiam-se no modelo médico e o psicólogo pode tomá-las como herança e como ideal de trabalho, como foi dito, correndo o risco de uma descaracterização, ou construir, a partir de uma prática diferenciada, seu lugar de trabalho.

Os pontos que se destacam a seguir são reflexões que podem ser representativas da especificidade do trabalho do psicólogo em um hospital.

5.1 Tempo de consulta

A dinâmica do atendimento hospitalar, principalmente em instituição pública, é marcada por grande demanda da clientela versus o valor pago pelos procedimentos. Isto posto, é comum a determinação de um tempo de consulta reduzido: 20 ou 30 minutos. Entretanto, pode-se afirmar que não é o tempo de consulta, muitas vezes determinado administrativamente, que determinará a escuta, a prática diferenciada do psicólogo. Tanto é assim que muitos psicólogos que seguem a abordagem lacaniana adotam o esquema de tempo curto no consultório. Sem contar os horários reduzidos para atendimento de convênios.

5.2 Crenças sobre a práxis

Alguns médicos priorizam os aspectos orgânicos, pois é o que eles conhecem. Talvez, no hospital, o psicólogo se atralhe justamente quando tenta convencê-los da importância do seu trabalho. Ou, ainda, pode, na ânsia de responder aos pedidos de protocolo que, muitas vezes, nem eles, os médicos, sabem exatamente o que querem, passar a idéia de algo mágico, explicativo, ou apenas para cumprir uma determinação legal. Os efeitos clínicos, naturalmente, vão aparecer na prática.

5.3 Psicólogo faz parte de uma equipe

Fazer parte de uma equipe multidisciplinar é uma vantagem, pois só assim se poderá apresentar a especificidade do trabalho psicológico, considerando-se os múltiplos enfoques.

5.4 Psicólogo vai até o paciente

Sem dúvida, esta é uma peculiaridade do trabalho do psicólogo no hospital, mas nenhum profissional de saúde

impõe seu trabalho. O paciente pode ou não aceitar determinado atendimento. É verdade que, na maioria das vezes, o pedido vem da equipe e não do paciente; considerar que uma pessoa possa ser atendida pelo psicólogo sem que o queira, parece impossível. O psicólogo oferece o trabalho, tem a função de ouvir e, a partir do diagnóstico e da fala do paciente, situa a demanda, se houver.

5.5 Psicoterapia breve

Não é uma prática exclusiva de hospital, muito embora seja preconizada como única forma de trabalhar devido à alta rotatividade da instituição. Nem mesmo na prática psicoterápica de consultório, na qual não existe a especificidade institucional, verifica-se que também não existe a garantia de que o paciente virá na próxima consulta, o que faz com que o trabalho a cada consulta tenha um início, meio e fim. Sem contar que, quando se preconiza que o paciente fique livre para falar sobre o que quiser, está se priorizando a queixa principal dele e não a do diagnóstico médico ou da equipe. Afinal, quem define a queixa: paciente ou psicólogo?

5.6 Ação emergencial

Com certeza é comum no âmbito hospitalar. Mas a experiência mostra que até nestas ações, quer se atenda o paciente, a família ou a equipe, não se deixa de ter escuta e observação clínica no atendimento ou no parecer do procedimento. A escuta clínica sempre deverá estar presente, seja em ação emergencial médica ou em ação emergencial psíquica. Se no âmbito hospitalar é maior, é porque muitas vezes a doença provoca questionamentos subjetivos, pela suspensão da vida cotidiana que rompe a forma metonímica de estar posto na vida pelas obrigações sociais, familiares e de trabalho.

5.7 Trabalho com o inconsciente

Pode ser de fato inviável, se é entendido que trabalhar com o inconsciente quer dizer fazer o paciente retornar às raízes do problema, regressão no sentido exato da palavra. Entretanto, nem a psicanálise, que fundamentalmente trabalha com este conceito, opera desta maneira, pois acredita na atualização do inconsciente. O entendimento da posição subjetiva do paciente, aliada à transferência estabelecida com o profissional psicólogo, dará a direção e dirá da possibilidade de eficácia do trabalho.

5.8 Especialista em família

Que o argumento de que o psicólogo, para trabalhar em hospital, precise ser especialista em família, sugere que

só pacientes com alguma doença orgânica têm demandas da família. É provável que o psicólogo, no hospital, seja mais freqüentemente demandado pela família, pois existe uma pessoa da estrutura familiar que está doente; conseqüentemente, existem efeitos sobre os demais familiares. Aparentemente são pedidos simples, cabe ao psicólogo orientá-los sobre como lidar com esta situação, mas parece que, nestes pedidos, estão também pedindo uma intervenção no sentido de se haver com a angústia despertada.

5.9 Função de intercâmbio (equipe/paciente)

Melhor seria que o psicólogo não assumisse este lugar de intercâmbio - tal como dar diagnóstico ao paciente - pois, se existem dificuldades de comunicação, existe indisponibilidade de algum dos lados. Ao assumir esta tarefa, estará passando por cima da possibilidade de trabalhar os verdadeiros motivos que impedem a equipe ou o paciente de falar sobre esta dificuldade, normalmente ligada à angústia de ambos.

5.10 Trabalho com a equipe

É comum ouvir que uma das maiores dificuldades é a de o psicólogo se inserir na equipe. Nem sim e nem não, pois se de um lado pode haver incredulidade dos demais profissionais, por outro lado pode haver insegurança e talvez falta de definição do próprio psicólogo, que fantasia que seu lugar está pronto, bastando ocupá-lo sem se dar ao trabalho de construí-lo. Sem dúvida não é um trabalho fácil, pois o psicólogo não tem o mesmo paciente que o médico. Onde a ciência médica fecha, o psicólogo abre. Não se trabalha com verdades científicas de um ponto de vista cartesiano.

5.11 Perfis de pacientes

Ligado ao item acima, foi-se a época em que se tratava de criar perfis de sujeitos predispostos a determinada doença. Todos sabem que não se trata a úlcera, a amputação, ou qualquer outro sintoma, trata-se do sujeito. Neste sentido, há de se escutar qual é a significação particular de cada um, para uma mesma sintomatologia.

Estes itens apresentam razões que caracterizam o trabalho do psicólogo em hospital como marcado por uma especificidade. Todavia, a fundamentação teórica do trabalho do psicólogo hospitalar é sempre essencial. E cabe a ele escolher se vai ou não se responsabilizar eticamente pelo seu trabalho ou vai esconder-se nas demandas políticas institucionais e responder com a denominação a partir de seu âmbito de atuação.

Se a práxis é clínica, então independe das atividades – Atendimento Ambulatorial, Atendimento em Enfermaria,

Grupo Psicoprofilático, Grupo Sala de Espera, Atendimentos Pré e Pós-Cirúrgicos, Atendimento em Pronto-Socorro, Atuação em Equipe Interdisciplinar, etc. –, e parece claro que em todas as intervenções do psicólogo sua escuta diz do sofrimento, da morte e da angústia. Escutar é criar condições para que o sujeito se manifeste, rompendo com o discurso de saber como imperativo.

O psicólogo pode se ater apenas a um trabalho de psicodiagnóstico, mas não lhe pode escapar que o que escuta diz respeito à particularidade de cada sujeito, seja ela acompanhada ou não por uma doença orgânica.

Cabe ressaltar que o modelo médico não foi, portanto, uma opção para o psicólogo clínico. Foi uma herança, um processo de identificação.

Para avaliar o impasse entre os processos de avaliação ao estilo cartesiano e a subjetividade do ser humano, José Bleger é lapidar. Caracteriza a Psicologia Clínica como o campo e o método mais direto e apropriado de acesso à conduta dos seres humanos e à sua personalidade. Acrescenta que, quando a Psicologia tenta se livrar da atitude e do método clínicos, corre o risco de deixar de estudar seres humanos para estudar a técnica empregada. Termina dizendo que não se pode chegar a uma ciência do homem sem o homem, tanto o homem estudado quanto o homem que estuda.

Assim, se por um lado a instituição presta-se a um campo de estágio e fornece respaldo ao jovem profissional, por outro, devido à sua própria caracterização e à clientela de alta rotatividade, a prática exige um alto grau de competência, de segurança e de experiência. O perigo está na utilização dessas técnicas pelos iniciantes, que ainda não dispõem de sólida experiência nos moldes clássicos da psicoterapia.

Para minimizar o risco de se perder nas armadilhas apontadas anteriormente, a interlocução com os pares de prática hospitalar e o estudo permanente são caminhos facilitadores para o exercício da Psicologia Clínica Hospitalar.

Ψ



6. Obtenção do Título de Psicólogo Hospitalar e Formação em Psicologia Hospitalar

Conforme Resolução do CFP nº 02/2001, o título de especialista em Psicologia Hospitalar será concedido pelos Conselhos Regionais de Psicologia, após aprovação em concurso de provas e títulos prestados junto ao CFP ou conclusão de curso de especialização credenciado pelo CFP.

Mas a Psicologia Hospitalar é um campo complexo de trabalho e, mesmo obtida a titulação, é necessária permanente atualização e estudo na clínica da Psicologia para que o psicólogo se sustente em seu trabalho frente às exigências colocadas pelas características desta prática. Como é tradição na Psicologia, são muitas as abordagens teórico-clínicas que fundamentam a Psicologia Hospitalar. A seguir, serão apresentadas aquelas que se fizeram presentes no cotidiano dos hospitais no Paraná.

7. Abordagens teórico/clínicas que fundamentam o trabalho em Psicologia Hospitalar apresentadas à comissão

7.1 Behaviorismo

Matos (1995, p. 27) afirma que “o behaviorismo surgiu (...) como uma proposta para a Psicologia para tomar como seu objeto de estudo o comportamento, ele próprio”. Esta abordagem da Psicologia vem crescendo em expressividade mundial e sua aplicação, denominada análise do comportamento, ocorre em inúmeros contextos, tais como: problemas psicológicos e psicopatológicos individuais, análise de organizações e no campo da saúde. Neste último, o hospital, o ambulatório e postos de saúde configuram alguns de seus possíveis locais de atuação e é sobre esta aplicação que será discutido a seguir.

A atuação do psicólogo na saúde diferencia-se do modelo tradicional de atuação clínica, em diversos fatores (Gorayeb, 2001). Ao inserir-se em ambientes de saúde, o analista do comportamento deve levar em consideração que o paciente não foi em busca de atendimento, tal como em uma clínica privada, e em grande parte das vezes este não apresenta quadros psicopatológicos graves, mas sim, uma doença orgânica, que gera uma demanda psicológica específica. Esta demanda pode ser compreendida como necessidade de comunicação adequada com a equipe de saúde, necessidade de suporte emocional e/ou social e surgimento de quadros psicológicos transitórios em função de características psicológicas anteriores. Estes fatores sugerem intervenções pontuais, focando o problema no contexto específico em que ocorrem, através da análise das contingências em atuação no momento e local em que ocorrem. Aqui, o foco da análise é a variável de controle imediato.

Um instrumento importante para o analista do comportamento é a análise funcional, que visa identificar as relações estabelecidas entre o comportamento do indivíduo, o ambiente em que se insere e suas conseqüências. Nos ambientes de saúde, este é também um importante instrumento de trabalho do analista do comportamento. Segundo Gorayeb (2001), o psicólogo deve realizar uma análise funcional no ambiente de saúde na qual possa realizar um levantamento das características do ambiente e das demandas da equipe e dos pacientes que são colocadas sobre o psicólogo. Ainda nesta análise, deve identificar as condições relacionais presentes naquele ambiente específico onde o psicólogo está atuando, bem como buscar identificar as características do paciente e da doença em questão.

Outro ponto importante da atuação do analista do comportamento na saúde é a preocupação não só com o tratamento de quadros já instalados, mas também a busca de estratégias para prevenção destes. Nos quadros já instalados, faz-

se importante analisar as mudanças impostas ao indivíduo por doenças e tratamentos de saúde, visando a adaptação deste e a melhoria da qualidade de vida (Miyazaki e Amaral, 1995).

Todas essas intervenções devem embasar-se nos princípios de comportamento largamente descritos pelo behaviorismo, bem como buscar modelos de intervenção científicos – o analista do comportamento deve sempre embasar sua atuação em pesquisas atualizadas e buscar realizar produção de conhecimento científico (Miyazaki e Amaral, 1995).

Sobre este tema, Gorayeb (2001) afirma que a postura do analista do comportamento no ambiente de saúde deve ser concreta: baseada em literatura científica atualizada, buscando conhecimentos sobre características epidemiológicas da doença com que vai lidar, utilizando formas efetivas de comunicação e agindo de forma eficiente.

7.2 Gestalt

A Gestalt, abordagem desenvolvida por Frederick Salomon Perls, faz parte da concepção Humanista/Existencial e acredita que a relação terapêutica é a principal fonte de mudanças para o cliente e o terapeuta. Seu foco é colocado no momento presente, ou seja, no aqui-e-agora. A palavra Gestalt tem origem alemã e não tem tradução igual para outros idiomas.

O principal objetivo é o terapeuta levar o cliente a tomar consciência de sua situação atual de vida, bloqueios, assim como ansiedade pela vida futura e dificuldades que afetam consideravelmente a vida presente, acarretando dificuldades de ajustamento e de relacionamento. Ao entrar em contato com suas dificuldades, a pessoa se depara com frustrações e isto favorece o crescimento, pois é através delas que o indivíduo dirige sua energia, a fim de mudar. Sendo assim, na maioria das vezes as mudanças vão ocorrer, depois de um grande sofrimento e dedicação.

A gestalt-terapia tem como objetivo levar o indivíduo ao desenvolvimento, à facilitação do crescimento pessoal e a ser responsável por seus atos, por suas escolhas, por sua vida, sem ser dependente de outras pessoas, pois nesta abordagem, como em outras, acredita-se que o homem é dotado de um potencial para mudança.

A terapia é o caminho constante entre a consciência do que a pessoa é e a responsabilidade por sua mudança ou atualização.

No processo psicoterapêutico, existem duas polaridades: a realidade e a irrealidade. Assim, o sintoma pode parecer real, pela sua manifestação, mas muitas vezes é mantido de forma irreal. O organismo tenta manter seu equilíbrio e

se sentir saudável, emitindo um sintoma. Assim, o conflito ou sintoma surge, como uma forma de compensar uma perda, um sofrimento, mas muitas vezes é uma tentativa errada que o organismo encontrou, porque em vez de superar o sofrimento, causa dor maior. A intensidade do conflito que é estabelecido é proporcional à sua necessidade de mantê-lo. O sintoma se solidifica quando o indivíduo não consegue descobrir novas soluções para seus problemas ou um efeito que lhe dê satisfação. Atitudes compensatórias do organismo podem ser tanto físicas quanto mentais e, em geral, ocorrem de maneira inconsciente.

Muitas vezes as pessoas têm condições de lutar, vencer barreiras e chegar ao sucesso, mas, por medo de perder, sofrer, de não dar conta, ou por medo de não ter alívio, permanecem na dor e no sofrimento. Desistem de lutar, por terem que fazer grande esforço e porque acham que a exigência de ação é maior que suas possibilidades reais.

Quando a relação é estabelecida, o psicólogo consegue ajudar o paciente a se ver e rever no mundo, como um ser que possui potencialidades, para mudar ou aceitar como realmente é. Procura ver o ser humano como um todo e não utilizar a teoria para explicá-lo. Prioriza também a conscientização ampla da pessoa sobre sua própria forma de agir e não apenas explicar o porquê da apresentação de determinadas atitudes.

O psicólogo hospitalar deve trabalhar o sintoma, que significa trabalhar o real e o irreal da pessoa. O sintoma como resistência múltipla (físico-mental) se coloca entre o desejo e a proibição, porque ele surge como solução provisória de uma ansiedade maior.

O psicólogo deve saber respeitar a resistência, pois ela pode indicar que o paciente ainda não tem suporte suficiente para entrar em determinados conteúdos. Não é necessariamente uma patologia, mas uma forma de relacionar-se com o mundo.

O ser humano deve ser considerado como um todo, um ser que é biológico, com corpo e mente e que vive em sociedade. A psicoterapia procura levar o cliente em direção à mudança, seja na forma de agir, pensar, sentir ou a aceitar a realidade como realmente é.

7.3 Neuropsicologia

A Neuropsicologia é um ramo das neurociências que vem sendo cada vez mais divulgado entre os psicólogos brasileiros. Como ciência em desenvolvimento, recebe contribuições de pesquisadores das áreas da Biologia, Neurologia, Psiquiatria, Fonoaudiologia e Psicologia. A Neuropsicologia Clínica envolve o “*estudo do comportamento humano, das*

emoções, pensamentos e suas relações com o cérebro”, segundo Ogden (1996). Esta disciplina, na interface entre a Neurologia e a Neuropsicologia Cognitiva, analisa mais profundamente as alterações das funções cognitivas superiores relacionadas às doenças que envolvem o sistema nervoso central. A Psicologia Cognitiva analisa as funções cognitivas superiores enfocando, primordialmente, componentes e subcomponentes dos vários aspectos da cognição através da construção de paradigmas experimentais. Em grande parte, as pesquisas voltam-se para o estudo do comportamento de pessoas normais (Ogden, 1996). A Neuropsicologia Cognitiva investiga as alterações das funções cognitivas de pacientes com lesões cerebrais através de modificações dos paradigmas da Psicologia Cognitiva. Segundo McCarthy e Warrington (1990), é um campo de estudo interdisciplinar, entre a Neurologia e a Psicologia Cognitiva, que considera as Funções Cognitivas como habilidades para integrar as funções de “*percepção, linguagem, ações, memória e pensamento*”.

Embora a correlação das funções cerebrais com o comportamento não seja propriamente uma preocupação recente na ciência, foi na primeira metade do século XX que a Neuropsicologia avançou consideravelmente. No século XIX, as observações de Broca e Wernicke deram impulso para a localização da linguagem. Em seguida, as Grandes Guerras deixaram um enorme contingente de soldados com seqüelas neurológicas, que permitiram o estudo detalhado das consequências cognitivas e comportamentais das lesões cerebrais na Europa (Alemanha, França, Rússia) e nos EUA.

A Década do Cérebro, anos 90, incentivou o desenvolvimento dos métodos de imagem e da neurofisiologia, permitindo pela primeira vez o estudo do funcionamento do cérebro normal relacionado com a imagem. Até então, os estudos versavam sobre a observação de comportamentos alterados em pacientes lesionados. No início, a Neuropsicologia enfocava principalmente a avaliação neuropsicológica, um dos métodos de investigação do funcionamento cerebral através de seu produto comportamental (Lezak, 1983). O principal enfoque era o diagnóstico. Com o desenvolvimento dos métodos de imagem e o avanço das pesquisas em Neuropsicologia Clínica, a Avaliação Neuropsicológica hoje abrange não apenas a contribuição para o diagnóstico, como o planejamento para reabilitação, avaliação forense, pesquisa clínica em várias áreas da Neurologia, Psiquiatria, Neuropediatria e Geriatria (Lezak, Howieson e Loring, 2004). Na segunda metade do século XX, a Reabilitação Neuropsicológica fortaleceu-se como método de intervenção, enquanto a Avaliação Neuropsicológica desenvolvia os métodos de investigação, quantitativos e qualitativos.

A Neuropsicologia Clínica se inseriu definitivamente nos centros de pesquisa e clínica neurológica/neuropediátrica, atuando na investigação das funções cognitivas superiores de pacientes com doenças que envolvem o sistema nervoso central e seus dados são correlacionados com os exames neurológicos, neurofisiológicos e de imagem. O mesmo ocorreu nos campos da psiquiatria e da geriatria. Ao psicólogo hospitalar cabe conhecer os fundamentos da Neuropsicologia, princípios básicos de avaliação neuropsicológica e métodos breves de exame para corretamente indicar

avaliações mais aprofundadas. Ao neuropsicólogo que atua em ambiente hospitalar cabe conhecer Psicologia Clínica e Hospitalar, para melhor integrar a equipe multidisciplinar.

No Brasil, a profissão de neuropsicólogo não está regulamentada como uma profissão independente. O Conselho Federal de Psicologia regulamentou, em 2004, a especialização em Neuropsicologia para os psicólogos. A Sociedade Brasileira da Neuropsicologia já reúne em congressos bianuais, desde 1991, profissionais das áreas da Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Neurologia e Psiquiatria.

Os profissionais interessados em desenvolver pesquisas em Neuropsicologia podem complementar sua formação, seguindo a proposta de M. D. Lezak (1983):

“O profissional competente deve ter as habilidades de entrevista e aconselhamento, apreciação do contexto social e cultural, e as habilidades para psicodiagnóstico de um psicólogo clínico, a sofisticação estatística e familiaridade com procedimentos de testagem de um psicometrista, uma compreensão abrangente do sistema nervoso humano e suas patologias, pelo menos no nível comparável de um clínico geral.”

7.4 Psicanálise

A Psicanálise, como tantas outras criações do ser humano, também é passível de questionamentos dentro e fora do consultório, estando plenamente colocada dentro das exigências de cada momento histórico.

Nasceu das interrogações não respondidas pela medicina da época, interrogações que ainda são relançadas a cada vez que o chão simbólico de cada um oscila e produz fendas onde, ao invés de desaparecer, surge... quem? O que entendemos como sujeito. Aquele com quem não adianta argumentar, orientar ou ameaçar. Aquele que, sem desaparecer no abismo da loucura, apresenta comportamentos cujo sentido não é imediatamente apreendido nem se presta ao controle. É nos momentos de surpresa, muitas vezes de estupor, que se instala o trabalho do psicanalista em hospital.

Desde o seu surgimento, os psicanalistas trabalham em hospitais. No Brasil, essa entrada deu-se um tanto tardiamente enquanto lugar de trabalho; mais especificamente, surgiu com a grande difusão da Psicanálise no país a partir da década de 70. Com erros e acertos, abriram portas e janelas, construíram caminhos e, algumas vezes, pontes.

Faltam dados estatísticos sobre a quantidade de psicanalistas em instituições hospitalares mas, pela quantidade de publicações e eventos sobre o tema, tem-se alguma idéia de que são numerosos e produtivos.

Neste panorama, já é possível saber que há várias dificuldades para o exercício da psicanálise no ambiente hospitalar, mas também há muitas possibilidades que o concretizam.

Talvez a maior dificuldade esteja ligada à realização de pesquisas, pelas diferenças conceituais e metodológicas entre a psicanálise e a medicina. Jacques Lacan, em texto inédito escrito a partir de reuniões organizadas por Ginete Raimbault – médica e psicanalista francesa que já esteve em Curitiba para falar de seu trabalho realizado em hospital por mais de 40 anos –, Lacan aponta algumas consequências da grande diferença de saberes entre os dois campos.

O saber da medicina e o saber do psicanalista são de ordens heterogêneas, trafegam na contramão um do outro e seus objetos são completamente distintos. Por esta razão – e sobretudo por esta – o médico e o psicanalista podem trabalhar juntos se não tiverem – um ou outro – a ilusão da reciprocidade, da linguagem comum e da complementaridade. Podem se auxiliar mutuamente, mas a manutenção da diferença entre as duas ordens de saber é que pode derivar em eficácia de trabalho.

Tem-se, então, que o sujeito da psicanálise, mesmo cartesiano, não é absolutamente o mesmo da pesquisa positivista padrão. A maior parte dos trabalhos feitos por psicanalistas adota a estratégia de realizar a pesquisa nos moldes exigidos pela Organização Mundial de Saúde, fazendo emergir o sujeito das águas da interpretação dos dados numa espécie de batismo contemporâneo. Como não são águas corrosivas, segue sendo a mesma ordem de sujeito. E é tal constante que permite um trabalho com o inconsciente em vários lugares diferentes do consultório – hospitais incluídos – porque se trata de uma constante lógica. Portanto, os termos que norteiam o trabalho continuam presentes e não estão sujeitos às variações ambientais que tanto afetam o sujeito da medicina ou de outras modalidades do conhecimento.

Há, no sujeito da psicanálise, uma particular relação com o tempo, dependente de certa operação simbólica que, uma vez presente, o faz surgir, testemunhando o funcionamento do inconsciente. Tal operação simbólica é o que permite intervenções eficazes em um único encontro com o paciente. A isto, a psicanálise denomina tempo lógico, e é com ele que se conta – inúmeras vezes – no trabalho em ambiente hospitalar.

O método psicanalítico – associação livre – exige, em ambiente de trabalho hospitalar, o mesmo rigor que no consultório. Contudo, o hospital apresenta uma gama de variáveis – sobretudo institucionais – que não se apresentam de modo tão concreto e imediato na clínica privada. Este é, talvez, o grande desafio para o exercício da psicanálise em ambiente hospitalar, pois a maior parte de tais variáveis é regida pelo discurso da ciência positivista, que impõe a necessidade de relações diretas entre causa e efeito, previsibilidade, controle, repetição e generalização de resultados. Nesse contex-

to, a expectativa de resultados concretos e de fácil assimilação por parte das equipes é onipresente e exerce grande pressão no trabalho cotidiano.

Não há outro modo de lidar com tudo isto, a não ser pelo mesmo recurso que orienta a clínica de consultório – o recurso transferencial. É a intervenção do psicanalista junto à equipe que confere a margem necessária à prevalência da verdade do paciente, que tantas vezes caminha na contramão do saber médico e que precisa ser respaldada pela intervenção do psicanalista junto à equipe.

Um manual técnico não é o lugar de se estender sobre a prática psicanalítica em hospitais. Para isto, a formação própria do psicanalista deve fornecer o instrumental necessário. Contudo, as reflexões listadas têm uma função sinalizadora tanto de atenção quanto de autorização a um campo extremamente interessante.

7.5 Psicodrama

Através da Teoria Socionômica, Jacoby Levi Moreno se preocupa em "estudar as formações e tensões sociais". Ela ramifica-se em:

- ▶ Sociometria - Teste Sociométrico;
Socionomia
- ▶ Sociatria - Psicoterapia de grupo, Psicodrama e Sociodrama;
- ▶ Sociodinâmica - Role-playing, Teatro espontâneo.

Segundo Arthur Kaufman, o homem Moreniano é um homem em movimento, "um ser em relação"; recriando e retransformando sempre suas relações com o mundo. Traz dentro de si o saber, a capacidade de ir além, de romper as situações prontas e acabadas (Conservas Culturais).

O psicodrama, ainda segundo Kaufman, "é a sociometria aplicada à intervenção psicossocial". Para Moreno, o Psicodrama "trata das relações interpessoais". Trabalha com conceitos, tais como: criatividade, espontaneidade, teoria de papéis, sociometria, entre outros. É composto por técnicas básicas, desenvolvidas segundo seu referencial teórico e pode ser realizado individualmente, em grupo ou no psicodrama bipessoal.

O psicólogo em uma instituição hospitalar pode desempenhar tarefas assistenciais, docentes e organizacionais, entre outras.

Para sua inserção e reconhecimento na instituição, ele se valerá de ferramentas terapêuticas, métodos e instrumentos de diagnóstico que o farão, basicamente, atender o paciente em seu processo com a enfermidade, além de humanizar a atenção hospitalar atuando também em ações de promoção de saúde (prevenção).

Neste sentido, a Teoria Psicodramática pode fundamentar e facilitar as tarefas de diagnóstico, acompanhamento e planejamento do psicólogo, bem como a sensibilização e transformação dos profissionais e a incorporação em seu trabalho do "entendimento das dinâmicas institucionais".

O Psicodrama permite desenvolver, nas instituições e equipes de saúde, relações criativas e transformadoras, ajudando na possibilidade da visão integral do paciente.

Na Clínica Hospitalar, encontramos o indivíduo vivenciando uma experiência antagônica, muitas vezes ao seu cotidiano. O momento pode se constituir de expectativa, dor, medo, abandono, trauma psicológico e físico, entre outros. Esse momento pode ser utilizado como campo de trabalho para o Psicodrama.

Um acidente de trânsito, uma patologia incapacitante ou de longo tratamento pode desencadear ou mobilizar vivências internas anteriores, mal adaptadas, influenciando negativamente na relação do paciente com a equipe hospitalar e com o processo do adoecer.

O Psicodrama procura explorar as respostas e o que se desenvolve a partir delas. Quando citamos que o método psicodramático utiliza a representação dramática como centro dos conflitos humanos, unindo ação e palavra, confirmamos a possibilidade de trabalhar o aqui e agora; o passado, o presente e o futuro, remontando cenas que podem ser mentais ou através da ação corporal. Buscamos aquelas condutas empobrecedoras, resgatando a espontaneidade e a criatividade. O paciente passa a perceber melhor a si mesmo e ao outro.

Através da utilização de algumas das técnicas do psicodrama, podemos observar o aumento da auto-estima, diminuição da ansiedade, elaboração do sentido de perda, elaboração da imagem e esquema corporal, esclarecimento de concepções errôneas, liberação e conscientização dos sentimentos e sensações.

Algumas das técnicas utilizadas são:

- Inversão de Papéis: possibilita uma nova visão do outro e de suas relações, favorecendo um relacionamento mais salutar;

- ▶ A técnica de projeção no futuro permite a exploração de novas possibilidades, testando desejos e conferindo-os com a realidade;
- ▶ A concretização dos sintomas permite ao paciente que entre em contato com o próprio sintoma, representando-o fora de si;
- ▶ O Psicodrama interno procura investigar, vivenciar e buscar a catarse de conflitos vividos internamente;
- ▶ A técnica de auto-apresentação usada, principalmente, entre crianças e adolescentes, nos traz a apresentação do padrão de funcionamento familiar, características individuais de cada um e as reações frente à doença ou ao adoecer de um membro da família.

7.6 Psicologia Analítica

Psicologia Analítica é o nome que Carl Gustav Jung deu à escola de pensamento fundada com base no seu trabalho. Ele nasceu em 1875 em Kesswill (cantão da Turgóvia), na Suíça, e faleceu em 1961. O seu nome foi herdado do seu avô paterno, sendo que o mesmo foi um médico de sucesso. Enquanto que o seu avô materno foi um teólogo, mas também tinha uma posição de destaque. O pai de Jung e vários tios foram pastores protestantes. Apesar de Jung ter uma base religiosa forte, fazia críticas em relação ao cristianismo e ao protestantismo.

Foi um menino muito solitário e que cedo descobriu os conflitos da psique. Na adolescência também manifestou crises, principalmente, em relação à religião. Ele viveu em Basiléia, num período em que aquela cidade já era um lugar de importância cultural. Esse local possibilitou a Jung conhecer um historiador, Jacob Burckhardt, o qual teve uma influência muito grande e foi dele que Jung, a princípio, tomou emprestado o termo imagem primordial para se referir ao arquétipo.

Desde muito jovem, fazia parte do seu interesse de leitura filosofia, história, arqueologia, psicologia e parapsicologia. Gostava de ler Kant, Goethe, Schopenhauer, Charles Darwin, Nietzsche, entre outros.

Se tivesse condições propícias, teria cursado arqueologia. Como não foi possível, cursou medicina (1895 e 1900). Como estudante, fazia parte de uma associação estudantil, a Sociedade de Zofingia. Neste período destacou-se como palestrante de temáticas da teologia e psicologia. Formou-se em psiquiatria e fez esta escolha porque através desta especialidade era possível incluir seus maiores interesses, o biológico e o espiritual.

Depois de formado, foi para Zurique, trabalhar como segundo assistente no Hospital de Burgholzli, isto em 1901.

No ano seguinte, passou a primeiro assistente e defendeu sua tese de doutorado intitulada “*Psicologia e Patologia dos Fenômenos Ditos Ocultos*”. Através deste estudo e do seu trabalho com pacientes psicóticos, coletou a matéria-prima para a elaboração do processo de individuação e da teoria sobre inconsciente coletivo. Mas, sua primeira contribuição significativa à Psicologia moderna foi a conceituação de complexo. Desvendou esta manifestação por intermédio do teste de associação de palavras. Este método viabiliza a investigação das perturbações psíquicas.

Em 1903 casou com Emma e em 1906 começou a se corresponder com Freud. Neste mesmo ano escreveu “*Psicologia da Demência Precoce*”, demarcando algumas divergências em relação à teoria de Freud sobre o trauma sexual infantil e a etiologia das neuroses. Mas, somente em 1912 houve a separação, determinada pela publicação do livro “*Símbolos da Transformação*”, porque Jung compreendia libido como uma energia psíquica ampla e não só energia sexual, como era defendido por Freud.

Jung foi um investigador inquieto, sendo que esta inquietação também contribuiu para a elaboração da sua obra sobre a psique. Pois o confronto com o inconsciente demarcou a linguagem simbólica como peça central de sua teoria. Concebe a psique como sendo uma totalidade, um sistema energético constituído por pólos opostos com relativa independência, cuja finalidade é o crescimento através da individuação. Mas, para isso, é necessário um contato com o mundo exterior, interior e seus símbolos. No entanto, a psique jamais será completamente compreendida e o processo de individuação é infindável.

Na psique global existem duas categorias topográficas principais: consciente e inconsciente (pessoal e coletivo). Dentro destas dimensões básicas convivem o ego, a persona, a sombra, a anima, o *animus*, os complexos, os conteúdos arquetípicos e o self.

O método de compreensão da psique para a Psicologia Analítica é o construtivo. Deste modo, as funções racionais, intuitivas e emocionais são fundamentais para a vida psíquica. Pois, através deste método, o que se busca é instituir um sentido da produção consciente e inconsciente, que se expressa simbolicamente, objetivando a atitude e a postura futura do indivíduo. Através da amplificação do símbolo, sem torná-lo sinal, o que se quer é chegar a um sentido. E isto se faz por intermédio de símbolos iniciais que vão sendo compreendidos, explorados e amplificados pelas associações e analogias dos conteúdos do consciente e do inconsciente pessoal e coletivo.

Os pilares da Psicoterapia são a transferência e a linguagem simbólica. Sendo assim, é um procedimento dialético, que implica um envolvimento mútuo entre analista e analisando. Além disso, o inconsciente e o consciente daquele

interage com o inconsciente e consciente deste. O objetivo da análise é compreender o indivíduo como uma unidade dinâmica e não abordá-lo como partes isoladas da psique, para que ele próprio tenha autonomia para responsabilizar-se pelas escolhas e posturas pessoais perante a vida.

No processo terapêutico, segundo esta teoria, evita-se o uso de técnicas, porque se pretende elucidar as circunstâncias conscientes e inconscientes que tornam a doença possível e que a sustentam no presente.

O processo analítico percorre quatro fases da análise. A primeira é a fase da “confissão”, que se refere à catarse. Assim, o analista escuta e possibilita que o analisando se escute também. A segunda é a fase do “esclarecimento ou elucidação”, quando ambos constroem uma compreensão dos sentidos e significados das vivências. Para tal, ocorre uma exploração maior e conjunta das possíveis causas dos sintomas, ou seja, a análise propriamente dita. A terceira é a fase da “educação”. Aqui se trabalha com o entendimento simbólico, no qual a pergunta é para que e não o porquê. O que se quer saber é a finalidade daquilo que o analisando está vivendo. Além disso, o mesmo pode se beneficiar do conhecimento obtido no insight e introduzir este novo saber nas experiências reais posteriores. A quarta é a fase da “transformação”. É a metamorfose que acontece pelo reconhecimento do self e o reposicionamento do ego. Esta fase é a mais tardia, porque é o resultado de todo o processo anterior e o indivíduo encontra-se capacitado para assumir a responsabilidade pelo próprio desenvolvimento.

No hospital, é indispensável compreender a subjetividade, isto é, como a enfermidade incide e o sentido que tem para aquele que adoece. Lembrando que existe uma justaposição de conteúdos peculiares, universais do ser humano e valores do coletivo social. A doença tem para a Psicologia Analítica uma função: possibilitar uma revisão do que se fez na própria existência.

Sendo assim, experimentar o adoecimento e o processo do tratamento é uma oportunidade para tornar-se o que de fato é e o que sempre foi, quiçá, sem saber. Para tal, por vezes, faz-se necessário o sacrifício da mutação e algumas renúncias, até mesmo, da própria vida para que ocorra a “cura”, compreendendo cura como transformação, a qual ocorre no percurso sucessivo do caminho da individuação.

7.7 Terapia Sistêmica

Para Minuchin (1982), a vida psíquica do indivíduo não é apenas um fenômeno interno, mas também um processo que se modifica na interação com o mundo que o circunda. A teoria da terapia familiar está fundamentada no fato de

que o homem não é um ser isolado. Ele é um membro ativo e reativo de grupos sociais. O que experencia como real depende de componentes tanto internos como externos.

Para Rosset (2000), o referencial da Terapia Sistêmica, em sua origem, era direcionado exclusivamente ao atendimento de famílias. Com o desenvolvimento teórico, técnico e clínico, a abordagem sistêmica foi se reestruturando para também compreender e atender clinicamente o sistema individual.

De acordo com Ismael (2005), o início da terapia familiar se dá na década de 1950, nos Estados Unidos, com influências dos mais diferentes pontos do país e com linhas de pensamentos também diversas.

Uma questão, posicionada na década de 1990, foi a importância das diferenças contextuais, as quais precisariam ser consideradas pelos terapeutas para evitar que soluções terapêuticas se transformassem em problemas terapêuticos. Os terapeutas sistêmicos passam a levar em conta os efeitos que suas intervenções podem ter sobre seus clientes, sobre os outros sistemas significantes relacionados com a família e sobre eles próprios.

À medida que o terapeuta sistêmico vai sendo capaz ou mais habilidoso para compartilhar os padrões de comunicação das redes nas quais está envolvido, ele se torna capaz de evitar alguns problemas que originalmente o frustravam e desapontavam; começando a detectar os efeitos de suas ações sobre os outros e avaliando com maior eficácia a retroalimentação vinda dos sistemas aos quais está ligado.

Shazer (1986) conclui que a idéia é que a mudança, em geral, pode ser efetuada com a máxima facilidade se o objetivo da mesma for razoavelmente pequeno e nitidamente apresentado. Quando o paciente houver experimentado o sabor de uma mudança pequena, mas definida na natureza aparentemente monolítica do seu mais aparente problema, essa experiência conduzirá a outras mudanças, auto-induzidas. Frequentemente, isto ocorrerá em outras áreas além da original.

8. O Psicólogo Hospitalar e a Saúde Pública

A Comissão de Psicologia Hospitalar entende, como Políticas Públicas, a orientação política do Estado que regula as atividades governamentais relacionadas ao interesse público, em vários âmbitos como: educação, segurança, trabalho, habitação e saúde. Destaca-se Políticas Públicas em Saúde como fazendo parte do campo de ação social do Estado para melhorar as condições de saúde da população, no âmbito social e no trabalho. Tais Políticas Públicas de ação social e do trabalho já ocorrem nos programas desenvolvidas pelas instituições nas quais a Psicologia integra a equipe multidisciplinar e interdisciplinar. O psicólogo que trabalha com a saúde, inclusive de uma forma extensiva no SUS (maioria dos nossos profissionais), atua tanto nas atividades de cunho clínico e educacional para a população em geral, como na formação e aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde, social, educação e jurídica.

8.1 Locais de Trabalho:

- Hospitais Públicos Clínicos e Psiquiátricos
- Hospitais Privados Clínicos e Psiquiátricos
- Clínicas e Postos de Saúde Municipais e Estaduais
- Programas de Saúde Mental
- ONGS
- Clínicas Privadas de Especialidades Médicas

8.2 Ações realizadas em geral em Hospitais Públicos e Privados:

- Atendimento psicológico individual e em grupo nas especialidades, tanto em internações como em ambulatórios;
- Atendimento em Saúde Mental Comunitária, em grupo e familiar;
- Atendimento de acompanhamento no processo de luto pós-óbito e ou outras perdas na família;
- Atendimento às famílias de pacientes em UTIs;
- Atendimento aos pacientes e seus familiares em pronto-atendimento;
- Atendimento pré e pós operatório;
- Participação em reuniões clínicas multidisciplinares e interdisciplinares;
- Capacitação de cuidadores de pacientes crônicos;
- Idealização, planejamento e operacionalização do “Programa Família Participante”, que está ocorrendo desde 1992 ;
- Participação da “Rede de proteção à criança e aos adolescentes em situação de risco para a violência” da cidade de Curitiba;

- ▶ Participação na capacitação de profissionais das áreas da saúde, educação, social e jurídica para que outras regiões do estado formem as suas redes de proteção;
- ▶ Participação, em parceria com a Prefeitura Municipal e do Estado, do ambulatório de “Bebê de Risco” que ocorre na Unidade de Saúde “Mãe Curitibana” e no Estado;
- ▶ Participação, em parceria com a Prefeitura Municipal, na pesquisa em busca do fator genético no TDAH, realizada com crianças egressas da rede pública estadual nos COMAES, supervisionando os acadêmicos universitários;
- ▶ Participação de equipe multiprofissional na capacitação de profissionais do Estado do Paraná para o atendimento de crianças com Fibrose Cística e seus familiares;
- ▶ Participação no programa de atendimento profilático para “Gestantes Adolescentes”;
- ▶ Participação, em parceria com a Delegacia das Mulheres, no programa de atendimento de Mulheres Vítimas de Violência Sexual”;
- ▶ Atendimento a familiares de crianças com lesão cerebral para adequação das necessidades sociais da criança e da família.
- ▶ Trabalho de preparação para o exercício da sexualidade com prevenção à AIDS e à gestação precoce;
- ▶ Participação no programa “Parto humanizado”;
- ▶ Participação no programa “Aleitamento Materno”;
- ▶ Participação em parceria com o Município e com a UFPR no programa “Vítimas de Violência”;
- ▶ Acompanhamento no programa de captação de órgãos;
- ▶ Acompanhamento da Política Nacional de Humanização;
- ▶ Participação na Comissão de Ética do Hospital;
- ▶ Participação em reuniões interdisciplinares com os residentes de medicina;

8.3 Normas Legislativas do Ministério da Saúde

As normas legislativas, através das portarias e das resoluções, determinam o atendimento clínico ao paciente de nível primário, secundário e terciário, pelo psicólogo. Essas normas vêm desempenhando importante papel na superação de resistências ao reconhecimento dos fatores emocionais no curso das enfermidades em geral.

8.4 Pesquisa

Realização de trabalhos científicos, acompanhando o avanço científico na área da saúde.

9. Caracterização dos psicólogos que trabalham nas instituições hospitalares de Curitiba-PR

A Psicologia, dentro do que vem se propondo desde o seu surgimento, seja a partir dos postulados freudianos seja a partir dos laboratórios de análise experimental do comportamento, passou a ter uma atuação mais efetiva dentro de ambientes que poderiam parecer não ter espaço para essa prática. Dentre as tantas “Psicologias” do mercado de trabalho, a Psicologia Hospitalar é um nicho entendido como algo novo. Entretanto, desde o final da década de 50 esse campo vem assumindo sua identidade, aprofundando estudos e expandindo suas possibilidades, bem como conquistando seu espaço dentro do reduto dito do saber médico.

Utilizando-se este referencial, é possível avaliar e enaltecer essa prática que ainda enfrenta dificuldades de diversas ordens. Um exemplo prático e legal é a obrigatoriedade do profissional da Psicologia dentro do ambiente hospitalar pelas diversas normas legais do Ministério de Saúde. Mesmo assim, ainda é preciso ter um olhar mais minucioso para a reflexão sobre esse nicho de trabalho. Devido à sua especificidade, a Psicologia Hospitalar precisou assumir um modelo próprio, adaptado à realidade institucional hospitalar para atender as necessidades de pacientes, familiares e equipe.

Engajados em consolidar cada vez mais este campo, que não é novo, os profissionais da Psicologia trabalham nas instituições hospitalares.

A Comissão de Psicologia Hospitalar do CRP-08, atendendo a um de seus objetivos, buscou conhecer algumas características dos psicólogos que trabalham na área hospitalar na cidade de Curitiba. Tal caracterização teve como objetivo verificar questões de cunho burocrático e legal, além de aspectos relacionados à formação dos profissionais e áreas de atuação dentro dos hospitais.

A realização da pesquisa deu-se no evento denominado “Café da Manhã com o Presidente”, em que psicólogos da área hospitalar estiveram presentes e responderam de forma anônima a um questionário contendo onze perguntas, além da idade e sexo.

Para análise dos dados foi feito um levantamento quantitativo das respostas referentes às condições de trabalho, no que diz respeito a salário, benefícios, carga horária e sindicalização e das respostas a questões de formação e nível de pós-graduação destes profissionais. Os dados possibilitaram verificar em quais áreas há psicólogos atuando, bem como o cruzamento de dados entre as diversas perguntas a fim de ter um panorama mais amplo da prática.

Aceitaram participar da pesquisa todos os 53 psicólogos presentes no evento. Destes, 91% (48) eram mulheres e 9% (5) homens, com idades variando de 23 anos a 60 anos, tendo uma maior concentração e o mesmo índice de 21% (11) na faixa etária de 23 a 28 anos e 47 a 52 anos.

A atuação dos psicólogos dividiu-se de maneira muito particular, pois apenas 8% (7) se diz atuante em hospital psiquiátrico; os demais, 92% (46), subdividiram-se em nichos menores. Dentre eles, o que mais se destacou foi aquele relacionado ao trabalho em ambulatorios, com uma porcentagem de 12% (13) do total. Nesse caso, é importante citar a especificidade dos atendimentos ambulatoriais que estão sendo realizados em Curitiba por estes profissionais.

Foram citadas sete especialidades: bebê de risco, fibrose cística, adolescência, mielomeningocele, crianças e adolescentes vitimizados, epilepsia e dor crônica, além do ambulatório de Saúde Mental, que atende pacientes de diversas sintomatologias. Das unidades de hospital geral, é possível ter uma visão ampla do trabalho na Figura 1, que demonstra as especialidades nas quais se desenvolve a Psicologia Hospitalar, tendo como destaques a atuação na clínica médica, geral e cirúrgica, nas UTIs neonatal e adulto, além da Cardiologia.

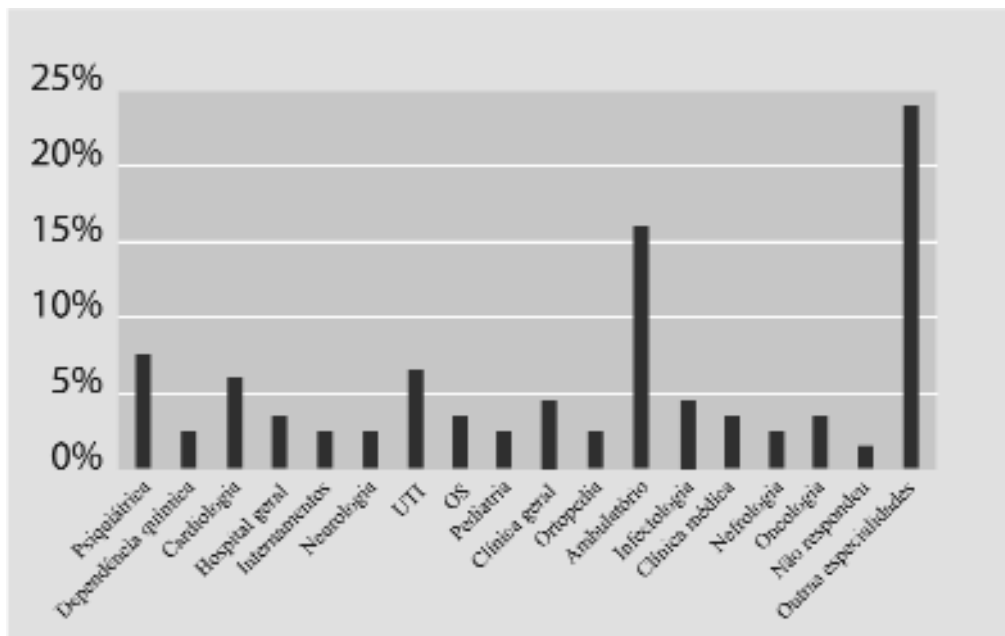
Também foi importante verificar em que tipo de instituição os profissionais que participaram da pesquisa estão alocados. A maioria, 49% (26), trabalha em hospitais públicos, 13% (7) em ONGs, 36% (19) em hospital particular e os demais, atualmente, não estão em atividade dentro dessas instituições. Esse dado cabe até como uma reflexão: esses profissionais estão fora dos hospitais por falta de oportunidade? Os hospitais estão acolhendo os psicólogos conforme determinação ou continuam com suas políticas rígidas de não se abrir para a cura em conjunto? Ou, ainda, está havendo a preparação adequada para capacitação de profissionais para a atuação em hospitais?

É importante lembrar que, na academia, a Psicologia quase não engloba questões relacionadas ao debate sobre a saúde em seus aspectos políticos, sociais e econômicos. A psicóloga Eliane Carnot Almeida (2000) afirma:

“O sujeito psicológico é tomado à margem desses processos sem uma discussão mais abrangente sobre a saúde, que permita uma apreensão do processo de adoecimento como parte de um contexto mais amplo, complexo e multideterminado, fundamental para o embasamento da prática do psicólogo no hospital geral”.

A partir dessa linha de pensamento, verifica-se e se afirma a necessidade da educação continuada dentro da área escolhida para atuar.

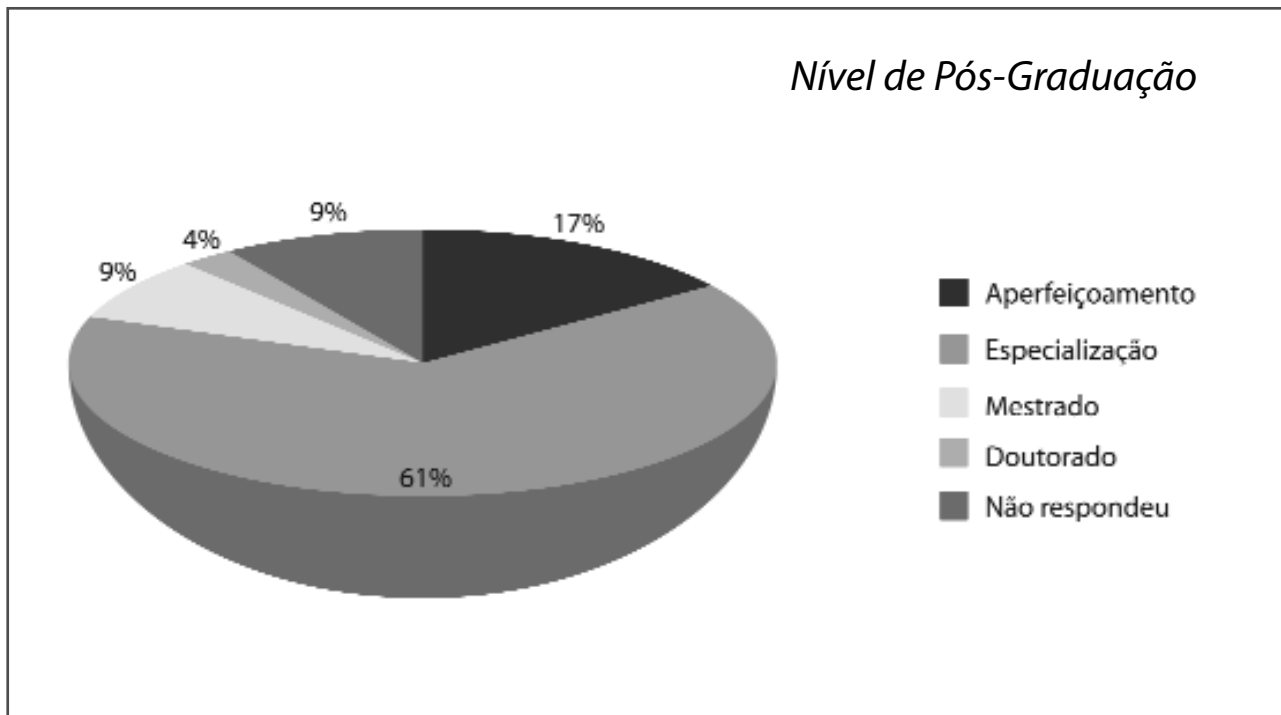
Em que especialidade hospitalar desenvolve seu trabalho?



Fonte: Pesquisa realizada em 6 de abril de 2006 no CRP-08.

Figura 1: Apresenta as diversas especialidades em que o psicólogo hospitalar vem atuando.

Dentre os psicólogos que participaram da pesquisa em questão, o tempo de graduação mostrou posição extrema, 34% (18) dos entrevistados tinham até 5 anos de formados, enquanto 38% (20) terminaram o curso de graduação há mais de 15 anos. Constatou-se também que a maioria dos psicólogos, 91% (48), responderam terem continuado seus estudos. A Figura 2 apresenta o nível de formação dos profissionais.

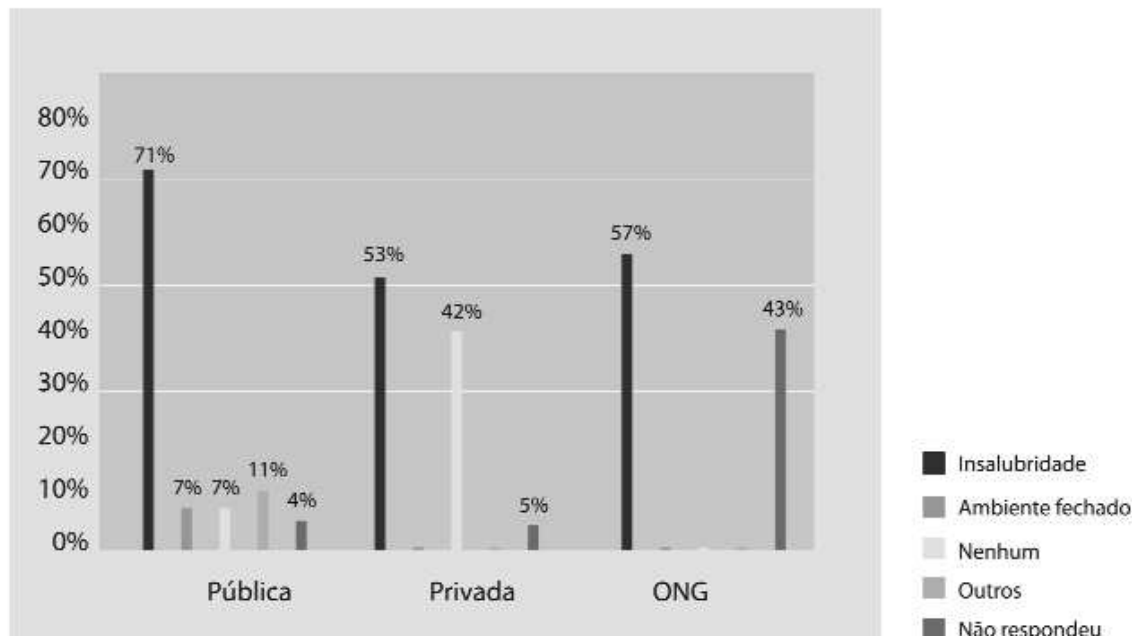


Fonte: Pesquisa realizada em 6 de abril de 2006 no CRP-08.

Figura 2: Grau de formação dos psicólogos que atuam em Psicologia Hospitalar. Percebe-se que a maioria tem nível de pós-graduação.

Outros aspectos relevantes dizem respeito a outra instância que não aquela da atuação, mas aquela da forma como a prática está sendo desenvolvida. Os dados são referentes à carga horária semanal e faixa salarial, bem como o recebimento de adicionais. O resultado obtido dá os seguintes parâmetros: 75% (40) trabalham de 20 a 40 horas semanais, sendo que, destes, 65% (32) recebem mais de R\$1.500,00 mensais. Nesse aspecto ainda há a questão dos adicionais os quais, de acordo com a Figura 3, o sistema público de saúde ainda é o que paga melhor no que se refere aos adicionais de insalubridade e ambiente fechado.

Tipo de Instituição x Adicionais



Fonte: Pesquisa realizada em 6 de abril de 2006 no CRP-08.

Figura 3: Comparativo entre tipo de instituição em que os profissionais trabalham e os adicionais que lhe são pagos.

Tal resultado remete a um questionamento que deve ser direcionado aos sindicatos que acolhem os psicólogos. Dos 53 profissionais que participaram do levantamento, apenas 4% (2) não contribui para sindicato. Ou seja, tem-se a grande maioria contribuindo, mas o que está sendo feito por esses profissionais? O que ainda é necessário para que a categoria sinta-se segura no que diz respeito aos seus direitos?

Sabemos que estes dados tratam apenas de uma amostra - a dos psicólogos que trabalham em hospitais em Curitiba - mas sem dúvida são ilustrativos para considerar que, pelo menos no que concerne ao nosso Estado, muito ainda tem para ser feito, desde a ordem acadêmica até a trabalhista. Muito devido à falta de informação aos alunos dentro da universidade até o que diz respeito às políticas hospitalares.

E para concluir - não o mais importante, mas algo de grande valor no contexto geral - vem a dificuldade prática, que soma os fatores anteriores com a falta de preparo dos próprios profissionais. O hospital, como um campo “novo” para o trabalho do psicólogo, não pode ser confundido com autorização para inovações pouco fundamentadas ou experimentações nada consistentes, aquelas muitas vezes denominadas de ecléticas. O espaço para o psicólogo no hospital pode até ser exigido por lei, mas cada profissional constrói o lugar de trabalho.

9.1 Hospitais de Curitiba que contam com o trabalho do psicólogo em seu corpo clínico.

Hospital	Responsável	Email
Clinica Cardiológica Costantini	Ana Claudia Giaux	anagiaxa@hospitalconstantini.com.br
Clinica Heidelberg	Clarice Machado Ratzke	heidelberg@onda.com.br
Hospital Adualto Botelho	Elza M. Fukushima	mayumi@sesa.pr.gov.br
Hospital Angelina Caron	Sunilda Wing C. M. Guimarães	sunilda@brturbo.com.br
Hospital Bom Retiro	Mario Sergio Silveira	neyde@hospitalbomretiro.com.br
Hospital Cajuru	Keila Fernanda Lafratta	keila-fl@hotmail.com
Hospital da Polícia Militar	Nadilane Mazza Reis	nadilane@brturbo.com.br
Hospital das Nações	Raquel Pusch de Souza Oliveira	pusch11@terra.com.br
Hospital de Clínicas da UFPR	José Roberto W. Gioppo	gioppo@ufpr.br
Hospital do Coração	Luana Giachini	luana.giachini@bol.com.br
Hospital do Trabalhador	Márcia Regina Santos	psi.santos@ig.com.br
Hospital Erasto Gaertner	Rejane Arzua Pereira	rpereira@lpcc.org.br
Hospital Evangélico	Vera Lúcia Alves Barretos Silva	marta.bergamasco@hotmail.com
Hospital Milton Muricy	Ana Paula Vieira Pepe	anapepe@pop.com.br
Hospital Nossa Senhora da Luz	Ismael Fabrício Junior	gerencia.hnsl@pucpr.br
Hospital Nossa Senhora das Graças	Casuco Nishimura	psicologia@hnsng.com.br
Hospital Pequeno Príncipe	Daniela Carla Prestes	Psicologia@hnp.org.br
Hospital Pinel	Jussana Possidente	ju_cpp@hotmail.com
Hospital San Julian	Célia Dequech	cbdequech@globo.com
Hospital Santa Casa	Jaqueline Andréa da Luz	jaqueline.luz@pucpr.br
Hospital Santa Cruz	Fernanda Trombini Perez	fernandatperez@hotmail.com
Hospital São Vicente	Claudia Nasser Fonseca	claudia.nasser@uol.com.br
Hospital Vita	Raquel Pusch de Souza Oliveira	pusch11@terra.com.br

Quadro 1: lista de hospitais que contam com psicólogos em seu corpo clínico

9.2 Procedimentos da Tabela SIA/SUS e a Psicologia

O modelo preconizado para o Sistema Único de Saúde (SUS) representa um considerável avanço quando apresenta, como uma de suas principais diretrizes, a atenção integral, impondo a participação de diferentes categorias ocupacionais, dentre elas o psicólogo. Os serviços de saúde pública, em sua nova conformação, adotam o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA), criado para ser uma fonte de registro, controle e fiscalização de todos os serviços prestados pela rede de assistência. Tais procedimentos são passíveis de adaptação de acordo com as necessidades e especificidades dos diferentes municípios e de suas respectivas legislações em saúde.

No caso da Psicologia, esse banco de dados possibilita a execução de 53 diferentes tipos de procedimentos. Entretanto, é importante ressaltar que apenas quatro são específicos da categoria: Aplicação de Testes para Psicodiagnóstico (Subgrupo 01 e único com valor estabelecido para pagamento); Acompanhamento Psicológico em Reabilitação; Acompanhamento do Neurodesenvolvimento; Acompanhamento Neuropsicológico (os três últimos, no subgrupo 11). Os demais procedimentos podem ser executados por várias categorias profissionais, como se vê nas tabelas:

Grupo 04 - Ações executadas por outros profissionais de nível (superior subgrupo 01)		
Código	Descrição	Valor
0401102-3	Ativ. coletiva educ. em saúde prof. n.superior - comunidade	0,00
0401103-1	Ativ. coletiva ed. em saúde prof. n. superior - estab.saúde	0,00
0401105-8	Consulta/atendimento em atenção básica de outros profissionais	0,00
0401107-4	Visita domiciliar consulta/atendimento em atenção básica de	0,00

Grupo 07 - Procedimentos especializados realizados por profissionais de nível superior (subgrupo 01 - atendimentos especializados)		
Código	Descrição	Valor
0702103-8	Consulta/atendimento em assistência especializada e de alta	2,55
0702104-6	Aplicação de teste para psicodiagnóstico	2,74
0702105-4	Terapias em grupo	5,59
0702106-2	Terapias individuais	2,55
0702107-0	Visita domiciliar para consulta/atendimento em assistência	2,85

Subgrupo 04 - Assistência Domiciliar

Código	Descrição	Valor
0704101-2	Atendimento domiciliar terapeutico multiprofissional (adtm)	16,63
0704102-0	Atendimento domiciliar terapeutico multiprofissional (adtm)	16,63

Subgrupo 15 - Atendimento em Nucleos/Centros Atencao Psicossocial

Código	Descrição	Valor
1915107-1	Atend.em oficina terapeutica i - p/transt.mental por oficina	6,11
1915108-0	Atend.em oficina terapeutica ii - p/transt.mental por oficina	23,16

Subgrupo 16 - Terapia do Tabagismo

Código	Descrição	Valor
1916101-8	Abordagem cognitivo - comport. do fumante p/ atend/paciente	0,00
1916201-4	Trat. medicamentoso fumante c/ goma mascar 2 mg nicotina	0,51
1916202-2	Trat. medicamentoso fumante c/ adesivo de nicotina 7mg	3,40
1916203-0	Trat. medicamentoso fumante c/ adesivo de nicotina 14mg	3,56
1916204-9	Trat. medicamentoso fumante c/ adesivo de nicotina 21mg	3,72
1916205-7	Trat. medicamentoso fumante c/ bupropina comprimidos 150mg	1,61

Subgrupo 04 - Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos

Código	Descrição	Valor
3804101-4	Acomp pac residência terap em saude mental - ate 31 ac/pac/mes	23,00
3804201-0	Acomp. pac. demandem cuidados intensivos max 25 proc	18,10
3804202-9	Acomp. pac. demandem cuidados semi-intens max 12	15,90
3804203-7	Acomp. pac. demandem cuidados nao intens max 03 proc	14,85
3804204-5	Acomp crianças e adolesc c transt mentais intens max 22	25,40
3804205-3	Acomp crianças e adolesc c transt mentais semi-int max 12	16,30
3804206-1	Acomp crianças e adolesc c transt mentais nao -int max 03	14,85
3804207-0	Acomp pac dep alcool/drogas dem cuidados intensivos max 22	18,10
3804208-8	Acomp pac dep alcool/drogas dem cuidados semi-intens max 12	15,90
3804209-6	Acomp pac dep alcool/drogas dem cuidados nao intens max 03	14,85
3804210-0	Acomp. pac. deman. cuidados saude mental max 08 proc	16,30

Subgrupo 05 - Acompanhamento de Pacientes com Queimaduras

Código	Descrição	Valor
3805101-0	Acomp pac medio e grande queimado - atend alta complexidade	25,00
3805102-8	Acomp pac medio e grande queimado - atend intermediario	25,00
3805103-6	Acomp pac medio e grande queimado - ambul hospital geral	15,00
3805104-4	Acomp do paciente pequeno queimado - atend alta complexidade	10,00
3805105-2	Acomp do paciente pequeno queimado - atend intermediario	10,00
3805106-0	Acomp do paciente pequeno queimado - atend basico	10,00

Subgrupo 07 - Acompanhamento

Código	Descrição	Valor
3807101-0	Acomp.srtn de paciente diag. fenilcetonuria trimestralmente	25,00
3807102-9	Acomp.srtn de pac.diag. hipotireoidismo congenito trimestral	25,00
3807103-7	Acomp.srtn de pac.diag. doencas hemonoglobinopatias - anual	25,00
3807104-5	Acomp.srtn de pac.diag. fibrose cistica 1 vez ao ano	25,00

Subgrupo 10 – Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo

Código	Descrição	Valor
3810101-7	Acomp.de pac. que necessitam de estimulacao neuro-sensorial	14,00

Subgrupo 11 - Acompanhamento de Paciente em SRST

Código	Descrição	Valor
3811101-2	Acomp. pacientes em srst portador agravado relac ao trabalho	0,00
3811102-0	Acomp. de pac. em srst portador sequelas rel. trabalho	0,00
4001101-1	Acompanhamento psicologico em reabilitacao	0,00
4001102-0	Acompanhamento do neurodesenvolvimento	0,00
4001103-8	Acompanhamento neuropsicologico	0,00
4001104-6	Acompanhamento psicopedagogico em reabilitacao	0,00
4001105-4	Acompanhamento proc medicos hospitalares	0,00
4001108-9	Acompanhamento de comunicacao alternativa	0,00
4001112-7	Acompanhamento multidisciplinar em reabilitacao	0,00
4001201-8	Reeducacao/reinsercao social em reabilitacao	0,00
4001401-0	Visita domiciliar/institucional em reabilitacao	0,00
4001501-7	Orientacao em reabilitacao	0,00

9.3 Portarias Conhecidas que Estabelecem o Atendimento Psicológico em Hospitais e Clínicas para Algumas Patologias

O Ministério da Saúde estabelece a obrigatoriedade do atendimento em Psicologia nos procedimentos especializados, de alta e média complexidade. Apresentamos algumas de que temos conhecimento:

<p>Portaria 3477, de 20 de agosto de 1998. Ministério da Saúde. Regulamenta o atendimento hospitalar na assistência à Gestante de Alto Risco.</p>	<p><i>Estabelece que para um hospital possa ser vinculado nos sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à gravidez de alto risco, deverá ter equipe interdisciplinar contando com o profissional psicólogo.</i></p>
<p>Portaria 2042, de 11 de outubro de 1996. DOU 199, de 14/10/96. Ministério da Saúde. Estabelece o regulamento técnico dos serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao SUS.</p>	<p><i>Estabelece que a Unidade de Diálise deve oferecer aos pacientes a assistência profissional de nutricionista, assistência social, e Psicólogo, sempre que necessário. E define nos parâmetros operacionais da unidade de Transplante Renal que o hospital deve contar com equipe multiprofissional de apoio ao paciente transplantado constando de, no mínimo, enfermeiro, assistente social, Psicólogo e nutricionista.</i></p>
<p>Portaria 3.535, de 2 de setembro de 1998. Ministério da Saúde. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em Oncologia.</p>	<p><i>Estabelece atendimento psicológico na modalidade “Medidas de Suporte” e “Reabilitação”, podendo ser prestado o procedimento de Psicologia clínica de forma terceirizada.</i></p>
<p>Portaria 3.018, de 19 de junho de 1998. Ministério da Saúde. Estabelece critérios para atendimento hospitalar na assistência à Gestante de Alto Risco</p>	<p><i>Estabelece que a unidade de atendimento à gestante de alto risco deve dispor de uma equipe interdisciplinar constituída de diversos profissionais, entre eles o psicólogo.</i></p>
<p>Portaria 3.432, de 12 de agosto de 1998. Ministério da Saúde. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo - UTI.</p>	<p><i>Estabelece que, para as unidades de tratamento intensivo Tipo II ou III, o hospital deve contar com um Serviço de Psicologia.</i></p>
<p>Portaria 2.414, de 23 de março de 1998. Ministério da Saúde. Estabelece requisitos para credenciamento de Unidades Hospitalares e critérios para realização de internação em regime de Hospital Geriátrico.</p>	<p><i>Estabelece que, para as unidades de atendimento em hospital-dia geriátrico Um turno ou Dois turnos, deve oferecer psicomotricidade, acompanhamento psicológico com psicoterapia, estimulação cognitiva e comportamental individual ou grupal e orientação familiar. Entretanto, estabelece também que alguns profissionais da equipe multiprofissional, dentre eles o psicólogo, pode ser contratado de forma terceirizada.</i></p>

Portaria 2.413, de 23 de março de 1998.

Ministério da Saúde. Estabelece requisitos para o atendimento hospitalar de Pacientes Crônicos, portadores de múltiplos agravos à saúde, convalescentes e/ou de cuidados permanentes.

Portaria 211, de 15 de junho de 2004.

Determina a criação dos Serviços e Centros de Referência em Nefrologia que deverão prestar atenção integral ao doente renal em todas as fases, desde o atendimento ambulatorial em fases precoces de IRC até o tratamento dialítico nas suas diferentes modalidades. Prevê a articulação dos Centros de Nefrologia com todos os níveis de atenção básica, média complexidade, hospitalares e emergência.

GM/MS 1.075, de 04 de julho de 2005.

Institui diretrizes para atenção ao Paciente Portador de Obesidade.

Resolução-RDC 154, de 15 de junho de 2004.

Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de Diálise

Portaria 210, de 15 de junho de 2004.

Apresenta as normas de classificação e credenciamento de unidades de assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

Estabelece que o Hospital de Apoio para cada 40 leitos deve contar com uma equipe técnica multiprofissional, fazendo parte desta o psicólogo, com 3 horas/dia.

Estabelece a integração com o sistema local e regional do SUS que permita exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, aos gestores na Política de Atenção ao Portador de Doença Renal nos diversos níveis de atenção à saúde, em sua área de abrangência, com vistas a colaborar e capacitar nas seguintes ações: diagnóstico de portadores de doença renal, caracterização da doença renal, caracterização da disfunção renal, medidas terapêuticas específicas, medidas terapêuticas complementares, educação e suporte social e psicológico, ações educativas, visando o controle das condições de risco, orientação nutricional e criação de hábitos saudáveis de vida para pacientes e familiares.

Estabelece que o serviço deverá contar, em caráter permanente e além da equipe médica, com uma equipe de saúde complementar formada por Nutricionista, Psiquiatra/Psicólogo, Fisioterapeuta e Cirurgião Plástico.

Estabelece que cada serviço de diálise deve ter a ele vinculado, no mínimo, um psicólogo.

Estabelece equipe de Saúde Complementar para apoio multidisciplinar. Define que a equipe devere contar com a participação de um profissional de Saúde Mental ou Psicologia Clínica.

Conclusão

A Comissão de Psicologia Hospitalar do CRP-08 espera, com este manual técnico, ter contribuído para o interesse, esclarecimento e reflexão sobre a modalidade de exercício profissional que é o trabalho do psicólogo em ambiente hospitalar.

Entende-se este momento como de extrema importância, pois se consolida o trabalho de seis anos com a convicção e o desejo de que os frutos sejam mais discussão e muito mais trabalho.

Comissão de Psicologia Hospitalar

Coordenação

Claire Terezinha Lazzaretti - CRP-08/02440
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Colaboradoras

Wael de Oliveira - CRP-08/01323
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPR

Elizabeth de Fátima Szczygel - CRP-08/01039
Marta Cristina Bergamasco - CRP-08/08703
Vera Lúcia Alves Barreto Silva - CRP-08/06503
Marilza Mestre - CRP-08/00777
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO
DE CURITIBA

Vânia De C. Henrique - CRP-08/08871
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA LUZ

Sunilda W. C. M. Guimarães - CRP-08/04416
HOSPITAL ANGELINA CARON

Ana Paula Vieira Pepe - CRP-08/06927
Camila Marcondes de Verneque - CRP-08/11121
HOSPITAL MILTON MURICY

Daniela Carla Prestes - CRP-08/04339
Ângela de Leão de Bley - CRP-08/11360
HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

Márcia Regina Santos - CRP-08/03336
HOSPITAL DO TRABALHADOR

Referências

- Angerami, V. A. C. (2000). **Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica**. São Paulo: **Pioneira**.
- _____.(org) (1988) **A Psicologia no Hospital da Saúde**. São Paulo: Traço.
- _____.(1998). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira.
- _____;Chiattonne, H.B.C.; e Nicoletti, E. A (1992). **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. São Paulo: Pioneira.
- _____;Sebastiani, R.W.; Fongaro, M.L.H. e Santos, C.T dos. (2001) **E a Psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Beck, A T. ; Rush, J. A e Emery, G. (1997). **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto alegre: Artes médicas.
- Benevides-Pereira A. M. (2002) O adoecer dos que se dedicam á cura das doenças. Em Ana Maria Benevides-Pereira (2002). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Benoit, P. (1989) **Psicanálise e Medicina**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Bernardes, A.P. e Meyer, E. (1982). Terapia Comportamental. Introdução: breve histórico da teoria comportamental. **Enfoques profissionais em Psicologia**. Curitiba/PR: Departamento de Psicologia da UFPR.
- Bianchi, E.R.F. (2001) Conceito de Stress – Evolução Histórica. Revista Técnica de Enfermagem – **Nursing**, v.4, n.39, Ago., pp. 16-19.
- Borges, L.O.; Argolo, J.C.T.; Pereira, A.L..S. et al (2002). A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. **Psicol. Reflex. Crit. [online]**. vol.15, nº. 1 [citado 09 Abril 2006], p.189-200
- Braga, T.M.S. e Kerbauy, R.R. (1997). Uma proposta de orientação familiar em casos de hipertensão arterial. Cap. 27. Em Zagminani, Denis Roberto. Sobre comportamento e cognição, vol. 3. Santo André/SP: ARBytes.
- Brasil, (1997). Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à saúde da comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, T. C. P. (1995). **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU.
- Carnot, A. E. (2000). **O Psicólogo no Hospital Geral**, Revista Psicologia, Ciência e Profissão, nº 3, Ano 20.
- Cavalcante, S. N. (1997) Notas sobre o fenômeno depressão a partir de uma perspectiva analítico-comportamental. **Revista Ciência e Profissão**. CRF, nº2.
- Del Prette, A. e Del Prette, Z. (2001) **Psicologia das relações interpessoais: vivência para o trabalho de grupo**. Petrópolis: Vozes
- Del Volgo, M.J. (1998). **O instante de dizer/ o mito individual do doente sobre a medicina moderna**. São Paulo, Escuta/Ed. da UCG
- Enumo, S.R.F. Orientação familiar de deficientes mentais. Cap. 26. Em Zagminani, Denis Roberto. **Sobre comportamento e cognição**, vol. 3. Santo André/SP: ARBytes.
- _____.Kerbauy, R.R. (1994). Importância e concepções da prevenção de Deficiência Mental. **Boletim de Psicologia**, vol. XIV, 100-101, 31-40.
- Figueiredo, A.C. (1997). **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Foucault, M. (1994). **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freud, S. (1976) **Pulsões e seus destinos**. Rio de Janeiro, Imago.

_____.(1976) **Sobre o Início do Tratamento: Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I.** Em Freud, S. Obras Completas. v. 12. Rio de Janeiro, Imago.

_____.(1976) **Recomendações aos Médicos que Exercem a Psicanálise.** Em Freud, S. Obras Completas. v. 12. Rio de Janeiro: Imago.

_____.(1976) **O inconsciente.** Em Freud, S. Obras Completas. v. XIV. Rio de Janeiro, Imago.

Freudenberg, H. J. (1974). Staff burn-out. **Journal of Social Issues**, 30(1), 159-165.

Gil, A.C. (2002). **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas.

Gorayeb, R. (2001) A Prática da Psicologia Hospitalar. In Marinho, M.L., Caballo, V.E. (org) **Psicologia Clínica e da Saúde** (pp. 263-278), Londrina:UEL.

Gomes, A.M. (1998). **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.** Editora Pedagógica Universitária - EPU, São Paulo p.25.

Gomide, P.I.C. (2003) Estilos parentais e comportamento anti-social. Em A. Del Prette & Z.A.P. Del Prette (Orgs.) **Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem:** questões conceituais, avaliação e intervenção Campinas: Alínea Editora.

Guido, L.A. (2003) **Stress e Coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica.** [Tese], Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.

Guimarães, L.A.M. & Cardoso, W.L.C.D.(2004) Atualizações sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde Mental e Trabalho.** Organizado por Guimarães, L.A.M. e Grubits, S. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guimarães, F.F. (1996). **Adesão ao tratamento em doenças crônicas:** verbalizações em diabéticos, hipertensos e cardíacos Tese de doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia da USP.

Haase, V. G., Freitas, P. M., Natale, L. L. & Pinheiro, M. I. S. (2002) Treinamento comportamental de pais: uma modalidade de intervenção em Neuropsicologia do desenvolvimento. Em A. M. S. Teixeira, M. R. B. Assunção, R. R. Starling & S. S. Castanheira (Orgs.) **Ciência do comportamento:** conhecer e avançar. Vol.1. Santo André: ESETec.

Helman, C.C. (2003) **Cultura, Saúde e Doença.** 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed.

Holt, R.R. Occupational Stress (1993). In: Goldberger, L.; Breznitz, S. (Eds). **Handbook of stress:** theoretical and clinical aspects (pp 342,367). 2a. ed. New York: Free Press.

Ismael, S. M. C. (org) (2005) **A Prática Psicológica e sua Interface com as Doenças.** Vol. I. e Vol. II. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____.(org.) (2005). **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

Jacoby, Mario. **O Encontro Analítico.** Transferência e Relacionamento Humano. São Paulo. Ed. Cultrix. 1992.

Jung, Carl Gustav. (1988). **A Prática da Psicoterapia.** Obras Completas. Vol. XVI. Petrópolis: Ed. Vozes.

_____.(1963) **Memórias, Sonhos e Reflexões.** São Paulo: Ed. Nova Fronteira. 16 edição.

_____.(2000). **Os Arquétipos e o Inconsciente Coletivo.** Obras Completas. Vol. IX/I. Petrópolis: Ed. Vozes.

_____.(1991). **Estudos sobre Psicologia Analítica.** Obras Completas. Vol. VII. Petrópolis: Ed. Vozes.

_____.(1991). **A Dinâmica do Inconsciente.** Obras Completas. Vol. VIII. Petrópolis: Ed. Vozes. 2 Edição.

Lacan, J. **Psicanálise e Medicina.** Inédito.

Laloni, D. T. (1999). O papel do psicólogo na instituição hospitalar diante das políticas institucionais. In: Zagminani, D.R. **Sobre comportamento e cognição,** vol. 3. Santo André/SP: ARBytes.

- Lettner, H. e Rangé, B. (1989) Depressão. **Manual de Psicoterapia Comportamental**. Rio de Janeiro: Manole.
- Lezak, M.D.(1983). **Neuropsychological Assessment** Oxford University Press, 2nd. Edition
- Lezak, M.D; Howieson, D.; Loring, D. (2004) **Neuropsychological Assessment** Oxford University Press, 4nd. Edition
- Lipp, M. E. N. (1996). **Pesquisas Sobre Stress no Brasil: Saúde, Ocupações e Grupos de Risco**. Papirus.
- _____.(1998) Estresse Emocional: a Contribuição de Estressores Internos e Externos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 28, vol. 6, p. 347 – 349.
- _____.(1998) **Como enfrentar o Estress** São Paulo: Ícone.
- _____.(2000) **O Estresse Está Dentro de Você**. 2ª. ed. São Paulo: Artmed.
- _____.(2000) **Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____.(2000) **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Machado, S.S. (1996). **Fatores relacionados ao estresse ocupacional em ambientes de risco** Brasília, 98p. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Maslach, C. (1994). Stress, burnout, and workaholism. In: Kilburg, P.E.R.; Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.). **Professionals indistress: Issues, syndromes, and solutions in psychology** (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association.
- Matos, M.A.(1995) Behaviorismo Metodológico e Behaviorismo Radical. In: Range, B. (org) **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas** (pp. 27-35), Campinas: Psy.
- Mestre, M.(1991) Comportamental - novos caminhos. **Psicologia Argumento**. Curitiba: ano IV, no X, agosto.
- _____.(1996). **O desamparo aprendido, em ratos adultos, como função de experiências aversivas incontroláveis na infância**. São Paulo: Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da USP.
- _____, Moser, A e Amorim, C. (1998). Observação e registro de comportamento. **Psicologia Argumento**. Curitiba: outubro.
- Minuchin, S. (1982). **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas. Minuchin, S. e Nichols, M. P. (1995). **A cura da família : histórias de esperança e renovação contadas pela terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miyazaki, M.C.O.S. e Amaral, V.L.R.(1995) Instituições de saúde. In Range, B. (org) **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas** (pp. 235-244), Campinas: Psy.
- Moser, A.M. (2005) **Melhoria da qualidade de vida em idosos residentes em um asilo por meio de atividades vivenciais programadas**. São Paulo: Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da USP.
- Moura, M. D. (org) (1996). **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter.
- _____. (org) (1999). **Psicanálise e Hospital: a criança e a sua dor** Rio de Janeiro: Revinter.
- _____.(org) (2003). **Psicanálise e Hospital: tempo e morte**. Rio de Janeiro: Revinter.
- _____.(org) (2005). **Psicanálise e Hospital: novas versões do pai**. Belo Horizonte: Autentica/FCH-FUMEC.
- Murofuse, T.; Abranches, S.S.; Napoleão, A.A. (2005) Reflexão sobre o Estresse e o Burnout e a Relação com a Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 13 n. 2, Mar- Abr.
- Ogden, J.A. (1996) **Fractured Minds – A case study approach to clinical neuropsychology**. New York: Oxford University Press.
- Pacheco Filho, R. A.; Coelho, Junior, N.; Debieux Rosa, M. et al. (2000). **Ciência, Pesquisa, Representação e Realidade em Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo / EDUC.

Pafaro, C.R., Martino, M.M.F. (2004) Estudo do Estresse do Enfermeiro com Dupla Jornada de Trabalho em um Hospital de Oncologia Pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 38 (2): 152-60.

Pereira, A. M. T. B. (2002) Burnout: O Processo de Adoecer pelo Trabalho. Burnout: **Quando o Trabalho ameaça o bem estar do Trabalhador**. Organizado por Ana Maria T. Benevides Pereira. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pereira, M.E.R., Bueno, S.M.V., (1997) Lazer-Um Caminho para Aliviar as Tensões no Ambiente de Trabalho em UTI, **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 5 n. 4, Out. -, p. 75-83.

Rangé, B. (1992). **Psicoterapia Comportamental-Cognitiva , pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Rio de Janeiro: Psy.

Reinhold, H.H. (2002) O Burnout. Em Lipp, M. **O stress do professor**. Campinas/SP: Papirus.

Robayo-Tamayo, M. (1997). **Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Romano, B. W. (1999). **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (org) (1995). **A Prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo: Pioneira.

Scala, C. T. (2000). Penso ou faço? A prática encoberta no esporte. Cap. 16. Em Wielenska, Regina Christina, **Sobre comportamento e cognição**, vol. 6. Santo André/SP: ARBytes.

Scortegagna, S.A. e Benincá, C. R. (org) (2004). **Interfaces da Psicologia com a Saúde**. Passo Fundo: UPF, 2004.

Shazer, S. (1986). **Terapia familiar breve**. São Paulo: Summus, 1986.

Silvares, E. F. M. & Baraldi, D. M. (2003) Treino de habilidades sociais em grupo com crianças agressivas, associado à orientação dos pais: análise empírica de uma proposta de atendimento. In:A. Del Prette & Z.A.P. Del Prette (Orgs.) **Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas/SP: Alínea Editora.

Seligman, M. (1997) **Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte**. São Paulo: Hucitec.

Souza, R. P de. (2004). **Curso de Psicologia hospitalar – ênfase em UTI**. Psicosaude. Site: www.psicosaude.com.br .

Stein, C. et al. (1992). **A Supervisão na Psicanálise**. São Paulo: Escuta.

Stoudemire, A. et al. (2000). **Fatores Psicológicos Afetando Condições Médicas**. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tamayo, A.; Lima, D.; Silva, A.V (2004) Clima Organizacional e Estresse no Trabalho. **Cultura e Saúde nas Organizações**. Organizado por Álvaro Tamayo. Porto Alegre: Artmed. Tyler, P.A.; Ellison, R.N (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. J.Adv. Nurs., v.19, pp.469-476.

Ulson, Glauco. **O Método Junguiano**. São Paulo. Ed. Ática.

Von Franz, M.L. **Psicoterapia**. Ed. Paulus. São Paulo. 349 páginas. 1999.

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES

CRP-08

Sede Curitiba

Fone: (41) 3013-5766

Fax: (41) 3013-4119

e-mail: crp08@crppr.org.br

Subsede Londrina

Fone: (43) 3026-5766

e-mail: crplondrina@crppr.org.br

Subsede Maringá

Fone: (44) 3031-5766

e-mail: crpmaringa@crppr.org.br

Subsede Umuarama

Fone: (44) 3624-0319

e-mail: crpumarama@uol.com.br

Subsede Cascavel

Fone: (45) 3038-5766

e-mail: crpcascavel@crppr.org.br

www.crppr.org.br



Conselho
Regional de
Psicologia
do Paraná

CRP 08

