

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
PSICOLOGIA

ALICE MEDEIROS GAMA

PSICO-ONCOLOGIA E SUAS INTERFACES: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM
PSICOLOGIA HOSPITALAR

NATAL/RN

2017

ALICE MEDEIROS GAMA

**PSICO-ONCOLOGIA E SUAS INTERFACES: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM
PSICOLOGIA HOSPITALAR**

Relatório de Estágio apresentado como
requisito avaliativo parcial da disciplina de
Estágio Profissionalizante em Psicologia
do Curso de Psicologia da UNI-RN.

Supervisora Acadêmica e Orientadora:
Prof^o.Dra. Luciana Barbosa CRP 17/0742

Supervisora de Campo: Mônica Klemig
CRP 17/0859

NATAL/RN

2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por todos os dias me contemplar com sua graça e seu amor de forma individual e cuidadosa sobre mim. Em meio à graduação, pude experimentar momentos que me levaram para perto de Deus e me fizeram serena frente à profissão que escolhi.

À minha família, em especial, aos meus pais, que sempre me incentivaram e acolheram todas as dificuldades que poderiam surgir durante minha formação. Por todo o cuidado, confiança e dedicação sobre mim pessoal e profissionalmente.

Aos meus professores e coordenadores ao longo da formação, que expuseram suas experiências e conhecimentos com disponibilidade e dedicação para melhor construir os ensinamentos da graduação de Psicologia. Em especial, agradeço à minha supervisora acadêmica, Luciana Carla, que foi fundamental durante a construção de meus trabalhos e atendimentos. Ao meu grupo de supervisão, por compartilhar experiências e angústias e promover grande parte de aprendizado durante o curso.

Às minhas supervisoras de estágio extracurricular, Tâmara Araújo e Ana Élide Magalhães, por serem para mim, exemplo e inspiração na área da Psicologia da Saúde, sempre acolhedoras e excelentes profissionais.

À minha amiga e irmã do coração, Jailza Bessa, por estar ao meu lado durante todo o curso e ser presente em todas as minhas melhores vivências diante da formação, além de ser exemplo de dedicação e profissionalismo em tudo que realiza.

Aos meus amigos que me escutaram e ajudaram de alguma forma, em especial à Nayara Araújo e Elayne Christina. Vocês estão sempre comigo e fazem parte também.

Ademais, agradeço a mim mesma, pelo reconhecimento e dedicação à graduação, apesar das dificuldades encontradas no caminho. Para finalizar a primeira parte desse lindo encontro com a Psicologia e suas interfaces, trago um trecho de um dos sábios da escrita:

“Não havíamos marcado hora, não havíamos marcado lugar. E, na infinita possibilidade de lugares, na infinita possibilidade de tempos, nossos tempos e nossos lugares coincidiram. E deu-se o encontro.” Rubem Alves

RESUMO

O fenômeno de adoecimento constitui-se de diferentes formas e implicações para cada sujeito, visto que, cada indivíduo é permeado por sua subjetividade e suas características e vivências pessoais. Assim sendo, a situação de hospitalização pode gerar desconfortos que influenciarão no andamento do tratamento realizado. Diante dessa situação, o psicólogo hospitalar dispõe de ferramentas de trabalho para a promoção de melhora no bem estar físico e emocional do paciente e familiar frente à realidade atual. Dessa forma, o objetivo desse estudo é a partir de uma revisão bibliográfica e de períodos eletrônicos, relacionar as concepções teóricas aplicadas a um relato de experiência frente à realização de estágio curricular em uma instituição hospitalar de caráter privado. A partir de embasamento teórico na abordagem psicodinâmica, a prática se deu através de intervenções de psicoterapia breve de apoio, que proporcionaram como resultado a melhora do aspecto psicológico frente à situação de hospitalização do paciente atendido.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar. Hospitalização. Psicodinâmica. Psicoterapia breve.

ABSTRACT

The phenomenon of sickness consists of different forms and implications for each subject, since each individual is permeated by their subjectivity and their personal characteristics and experiences. Thus, the hospitalization situation can generate discomforts that will influence the progress of the treatment performed. Faced with this situation, the hospital psychologist has work tools to promote improvement in the physical and emotional well-being of the patient and family facing the current reality. Thus, the objective of this study is based on a bibliographical review and electronic periods, to relate the theoretical conceptions applied to an experience report before the accomplishment of curricular internship in a private hospital institution. Based on a theoretical basis in the psychodynamic approach, the practice occurred through brief support psychotherapy interventions, which resulted in an improvement in the psychological aspect of the hospitalization situation of the patient being treated.

Keywords: Hospital psychology. Hospitalization. Psychodynamics. Brief psychotherapy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1 A HOSPITALIZAÇÃO	8
2.2 O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	10
2.3 PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	12
2.4 PSICO-ONCOLOGIA	13
2.5 O PSICÓLOGO HOSPITALAR NA ONCOLOGIA.....	14
2.6 A ABORDAGEM PSICODINÂMICA	16
2.7 PSICOTERAPIA BREVE.....	18
2.8 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	20
2.9 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO	22
2.10 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA.	22
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Quando se trata de aspectos envolvidos junto à hospitalização, sabe-se que os pacientes internos e suas famílias, ao passar pela crise inesperada de adoecimento, podem vivenciar sofrimentos e angústias frente ao desconhecido, tais como a desorganização egóica, a criação de fantasias, o enfraquecimento dos recursos de enfrentamento, além das dificuldades acerca da condição física imposta pela realidade atual. Sendo assim, a psicologia hospitalar não tratará apenas das doenças com causas psíquicas, mas também englobará aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, considerando veementemente o fato de que todo adoecimento encontra-se repleto de subjetividade e poderá demandar da assistência de um psicólogo hospitalar. (SIMONETTI, 2004)

O presente trabalho, portanto, apresenta reflexões acerca da prática da Psicologia no contexto hospitalar, abrangendo aspectos históricos e estudo de teorias e técnicas que construíram o referido campo de atuação. Ademais, também pode ser visto o contexto do processo de saúde e doença e as implicações dos sintomas intrapsíquicos na presença de um desequilíbrio orgânico. Para isso, o estudo engloba aspectos do campo da Psicossomática através da discussão de conceitos e teorias.

Durante a trajetória acadêmica, o aprendizado teórico e técnico proporciona à prática curricular maior concretização diante da aplicação do conteúdo que se é aprendido em sala de aula. Através de a atividade no ambiente hospitalar dada aos pacientes e aos familiares, juntamente à supervisão de campo e acadêmica, proporcionaram melhores caminhos para a realização de condutas adequadas para, junto ao domínio técnico, promover assistência ao sujeito hospitalizado.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A HOSPITALIZAÇÃO

Hospital advém do termo *hospitalis*, do latim. Em seu surgimento, suas características consistiam em dispor de um ambiente que ofereceria abrigo àqueles que necessitavam. No início da era Cristã, passaram existir outras terminologias e vocábulos para o ambiente, assim como o termo *hospitium*, e em sequência, *hospital*, que seria o local caracterizado como ambiente acolhedor para tratamento temporário de pacientes acometidos por algum adoecimento (LISBOA, 2002). Posteriormente, surge, sob o domínio da época de ascensão do cristianismo, a “Era dos Hospitais”, onde atividades eram oferecidas com objetivo de prestar assistência ao tratamento de pacientes, a partir de padrões e condições impostos pela época. (CAMPOS, 1995)

Antes da chegada do século XVIII, o hospital não era visto como instituição que se caracterizava por prestar serviços de promoção de cura. Era, em sua essência, uma instituição de assistência a população pobre.

Em seus escritos, Foucault (2003, p.59) relata:

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna.

Nesta perspectiva, os objetivos de atendimento hospitalar estavam focados não no sujeito que necessita de auxílio para cura, mas sim no socialmente desfavorecido que poderia precisar de um local para morrer. Em uma época de cultura imposta através da religiosidade, a prestação de assistência seria também um intermédio de atividade espiritual.

Entretanto, ainda segundo o pensamento Foucaultiano, em meados do século XVIII, a instituição hospitalar passou a ter contribuições maiores de serviços e autoridades médicas, minimizando o atual poder das instituições religiosas que promoviam controle acerca do que tange à assistência à saúde. Com influência de

novos conceitos políticos, sociais e ideológicos, tendo início na França, o hospital passou por mudanças estruturais que o passaram a característica de instituição terapêutica de transmissão do saber médico.

Segundo Lima Gonçalves (1983 *apud* CAMPOS, 1995), os avanços tecnológicos e o destaque dado à medicina científica nos fins do século XIX e início do século XX ocasionaram revoluções quanto ao papel e a função do hospital, transformando-o então em uma instituição para o tratamento de enfermidades. Dessa forma, durante o século XX a instituição se amplia, passando a servir toda a comunidade em um caráter restaurativo, educativo, preventivo e de pesquisas. Com o passar do tempo, essa nova maneira de assistência foi sendo prestada nos demais continentes. Nas Américas, o primeiro hospital a ser construído foi no México, em 1524. No Brasil, com influência da colonização portuguesa, surge a Santa Casa de Santos, em 1538, com o objetivo de promover assistência dos próprios exploradores e colonizadores.

Em perspectivas mais atualizadas, sob a influência de um contexto cultural imerso em novas variáveis que freqüentemente tende a ser aprimorado, o hospital é definido, segundo o Ministério da Saúde (1977, p.9), como:

“[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.”

Assim sendo, em dias atuais, de acordo com Catão (2011, p112), ao se pensar na caracterização sociológica das instituições hospitalares,

“[...] na presente época, a estrutura hospitalar moderna constitui o campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina contemporânea, sendo uma instituição que, nos sistemas de saúde atuais, simboliza o poder social da profissão médica, representando também a institucionalização dos conhecimentos especializados.”

Entretanto, segundo Mac Eachern (1985 *apud* CAMPOS, 1995), o hospital deve ser caracterizado como local de restauração da saúde perdida, juntamente com o oferecimento da possibilidade de o paciente ser reconhecido como ser que provém do direito de gozar do restabelecimento de sua saúde. Compostos por equipes que

auxiliam junto à prática médica, os hospitais são divididos em termos de funcionamento a partir de sua especialidade estrutural. De acordo com o Ministério da Saúde – MS (1977), algumas das classificações dos hospitais são Hospital geral e Hospital especializado, cada qual com público alvo a ser prestada assistência.

Para a construção do presente trabalho, é importante ressaltar e referenciar a caracterização do hospital geral. Ainda segundo o MS, esta especialidade de instituição de assistência à saúde caracteriza-se por ser o hospital destinado a atender pacientes portadores de várias especialidades médicas, podendo definir uma faixa etária a ser atendida e os serviços oferecidos. Dessa forma, os hospitais gerais constituem um novo campo de trabalho para o profissional da Psicologia, explanando possibilidades de atuação na atenção integral à saúde. (ALMEIDA, 2000).

2.2 O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Ao se pensar nas implicações psicológicas que um adoecimento pode proporcionar à subjetividade e integridade dos sujeitos, é necessária a discussão acerca do que tange o processo saúde-doença.

Os conceitos que se aplicam às condições de estar saudável ou doente variam de acordo com todo o contexto sócio-histórico e cultural que se pretende investigar. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), aplica como conceito de saúde, não só a ausência de enfermidades físicas, assim como um completo bem-estar que inclua demais aspectos, tais qual a saúde mental e social. Quando esse ciclo é interrompido por alguma intercorrência, a doença tende a se instalar. (FERRAZ, 1997)

Diante disso, Campos (1995, p.41) afirma que: “A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido e, para tanto, existe uma série de medicamentos e profissionais de saúde para combater a doença.”

Ainda sob essa perspectiva, Lustosa (2010, p.2), traz em seus escritos a seguinte colocação acerca do adoecimento:

O adoecer constitui-se em um fenômeno subjetivo, vivido de maneiras variadas, com significativa influência cultural e ambiental, atribuindo formatações distintas, para cada pessoa. Cada cultura influencia na maneira de perceber, reagir e comunicar a doença, que se constitui em um fenômeno complexo, multideterminado, multifatorial e raramente previsto. Além destes importantes aspectos, a doença representa um ataque à estrutura da personalidade e à estrutura familiar, além de determinar uma crise acidental na existência do ser humano.

A experiência de adoecimento é uma das mais desorganizadoras e assustadoras que o sujeito pode vir a ter. Nessas situações, o sentido dado à vida é repensado, a identidade pessoal é revista, onde os significados sociais passam a ser reavaliados. Isso acontece pelo motivo de que, ao se perceber como ser frágil e suscetível a adoecer, o ser humano percebe sua condição de ser mortal, podendo gerar processos fantasiosos que influenciaram em seu quadro de adoecimento. (CHIATTONE, 2012)

Em ameaça à homeostase já estabelecida, a situação de adoecimento pode provocar alterações psicológicas que influenciarão diretamente na evolução da enfermidade. Como seres únicos e subjetivos, diz que cada reação irá ser ditada pelo mundo interno do paciente, a partir de fatores relacionados à sua história psicossocial e seu contexto familiar. (FREITAS, 1980)

De acordo com Simonetti (2004, p.13),

“[...] o adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais.”

Frente ao adoecimento, a rotina de um sujeito passa por uma mudança imposta pela situação de uma hospitalização. Nesse momento, o paciente tende a ter sua autonomia diminuída, passando pela necessidade de ter suas ações direcionadas a partir de recomendações médicas e da equipe do hospital. (GOIDANICH e GUZZO, 2012)

2.3 PSICOLOGIA HOSPITALAR

Segundo Campos (1995), após o período de crise vivenciado em decorrência da segunda guerra mundial, em razão de os hospitais se caracterizarem por focar apenas no processo diagnóstico, a inserção da Psicologia no âmbito hospitalar atravessava dificuldades, visto que o controle do saber perpassava apenas entre especialidades médicas. A partir de demandas advindas das instituições e da população, o processo de atuação da psicologia hospitalar surge 1818, em Massachusetts, junto ao hospital McLean que explanou a possibilidade de inserção da atuação da psicologia em seu ambiente hospitalar multidisciplinar, juntamente com a participação de fisiologistas, bioquímicos e patologistas. (SALTO, 2007)

No Brasil, a Psicologia Hospitalar teve início na cidade de São Paulo, com a precursora Matilde Neder, formada em Pedagogia e estudiosa das áreas de Psicossomática, psicologia hospitalar, psicoterapia breve e psicoterapia de família. Em 1954, teve destaque em sua atuação realizando seu trabalho na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde prestava assistência a crianças submetidas a cirurgias de colunas e seus familiares. Posteriormente, trabalhou no Instituto Nacional de Reabilitação na mesma Universidade. (SILVA, 2009).

Um dos diversos fatores que propiciaram o início da ascensão do psicólogo no contexto hospitalar foi a instabilidade econômica vivida no país, surgindo a necessidade de procura de novos campos de trabalho, tal qual a instituição hospitalar. (FOSSI E GUARESHI, 2004). Ademais, o crescimento no campo da psicologia hospitalar se deve à demanda evidente de uma maior compreensão e intervenção no processo saúde-doença, a partir de uma visão que tenha pressupostos não apenas médicos, como também psicossociais, buscando entender e intervir com sujeitos subjetivos e inseridos em diferentes campos sociais. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2004)

Segundo Chiattonne (2000), a psicologia hospitalar é parte das subáreas encontradas na Psicologia da Saúde. Assim sendo, a utilização do termo “psicologia hospitalar” se dá por consagração dada através de anos de prática no campo de trabalho. Entretanto, para um maior rigor epistemológico, pode ser usado o termo “psicologia no contexto hospitalar”. Nesta perspectiva, Simonetti (2004) define psicologia hospitalar como o campo de entendimento e tratamento dos aspectos

psicológicos em torno do adoecimento. Ainda complementando, Castro e Bornholdt (2004) descrevem a psicologia hospitalar como conjunto de atribuições científicas, profissionais e de educação que buscam promover melhor assistência ao paciente necessitado.

A assistência psicológica prestada dentro de o ambiente hospitalar busca a promoção de alívio emocional do paciente e de sua família, porém, em diversas vezes, a escuta prestada implica em uma mobilização de forças em que se tornam presentes angústias e ansiedades. (CAMPOS, 1995) Embora o foco da psicologia hospitalar seja o aspecto psicológico em torno do adoecimento, os demais componentes psicológicos não se podem ser considerados separadamente (SIMONETTI, 2004). Assim sendo, a discussão da significação da doença a partir da construção de um vínculo entre o profissional e o paciente, influenciará no curso de seu processo de hospitalização.

2.4 PSICO-ONCOLOGIA

O câncer é uma doença caracterizada pela presença de neoplasias malignas que apresentam crescimento anormal e divisão excessiva em relação às demais células do corpo. Dessa forma, seu prognóstico nem sempre é favorável. Ademais, suas relevâncias e características implicam-se em, dentre outros fatores, aspectos físicos, genéticos e psicológicos, ocasionando consideráveis mudanças naqueles que passam pelo adoecimento. (CARVALHO, 2009).

Diante do estabelecimento de uma doença crônica, consequências como dor, angústia, desconforto, baixa autoestima, dificuldade no relacionamento intrafamiliar e pessoal, entre outros, podem ser comumente observados durante o período de adoecimento (SCANNAVINO, 2013). A partir da busca de maior prestação de assistência aos indivíduos acometidos pela enfermidade oncológica, a Psico-oncologia surge como campo interdisciplinar à área de saúde, com objetivo de promover estudos acerca da influência de fatores psicológicos sobre o processo de adoecimento. (CARDOSO, 2009).

Ainda sobre a conceituação da área da Psico-oncologia, de acordo com Costa Junior (2009, p.39),

“[...] É possível descrever a psico-oncologia como um campo interdisciplinar da saúde que estuda a influência de fatores psicológicos sobre o desenvolvimento, o tratamento e a reabilitação de pacientes com câncer. Entre os principais objetivos da psico-oncologia está a identificação de variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa auxiliar o processo de enfrentamento da doença, incluindo quaisquer situações potencialmente estressantes a que pacientes e familiares são submetidos.”

Assim sendo, em presença do adoecimento, cada sujeito lida de forma individual e subjetiva, entretanto, diante da ausência de recursos de enfrentamento suficientes e saudáveis, o contexto poderá contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade e depressão, prejudicando o tratamento da enfermidade. Ademais, podem ocorrer implicações psicológicas danosas frente ao diagnóstico de câncer, promovendo na díade paciente e família anseios tais como a incerteza em relação ao futuro, a perda de autonomia, e a busca de novos significados. (CARDOSO, 2009).

Para Scannavino (2013, p.37):

No atendimento de indivíduos com alguma enfermidade crônica, tal como câncer, as funções do psicólogo devem: favorecer a adaptação dos limites, das mudanças impostas pela doença e da adesão ao tratamento; auxiliar no manejo da dor e do estresse associados à doença e aos procedimentos necessários; auxiliar na tomada de decisões; preparar o paciente para a realização de procedimentos invasivos e dolorosos, e, enfrentamento de possíveis consequências dos mesmos; promover melhoria da qualidade de vida; auxiliar a aquisição de novas habilidades ou retomada de habilidades preexistentes, e revisão de valores para o retorno à vida profissional, familiar e social ou para o final da vida.

Dessa forma, a partir da investigação de fatores socioculturais e psicossociais que compõe a díade paciente-família, são realizadas intervenções psicológicas que visam auxiliar o processo de enfrentamento da doença a partir da utilização de técnicas psicoterápicas aliadas ao conhecimento técnico acerca da patologia. (COSTA JUNIOR, 2011).

2.5 O PSICÓLOGO HOSPITALAR NA ONCOLOGIA

Uma trajetória teórica e de atuação fez com que a Psicologia, em seu campo de atuação, fosse além do consultório e do laboratório, onde teve início. Com o passar das épocas, notadamente as práticas psicológicas passaram a alcançar

novas instituições. Dessa forma, na medida em que a Psicologia foi sendo inserida na prática do ambiente hospitalar, metodologias e intervenções passaram a ser aplicadas para constituir essa especialidade como parte integrante da assistência hospitalar. (SILVA, 2009)

Em uma situação de adoecimento, muitos aspectos subjetivos podem emergir e causar mal estar nos pacientes, dificultando seu processo de tratamento frente à realidade atual. Na perspectiva de atuação no campo, o psicólogo hospitalar deverá escutar sujeito que se encontra por trás do adoecimento, visto que sua subjetividade não será diminuída através dos sintomas. Sendo assim, o psicólogo hospitalar apresenta-se com objetivo de ser objeto facilitador na travessia do indivíduo em sua hospitalização. Dessa forma, o que se torna interesse primordial da área é o destino do sintoma e o significado de seu adoecimento. Para isso, o psicólogo trabalhará através da palavra. (SIMONETTI, 2004).

De acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia – CFP (2006), o psicólogo especialista em psicologia hospitalar participa na prestação de serviços às atenções secundárias e terciárias da saúde, visando o bem estar físico e emocional frente à realidade atual e promovendo intervenções direcionadas ao adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que tendem a emergir nesse processo. Ademais, o psicólogo, como integrante da equipe de saúde, tem importante papel na instituição hospitalar, buscando a promoção da humanização do trabalho. (CAMPOS, 1995)

Dessa forma, o psicólogo hospitalar é aquele que reúne conhecimentos e técnicas para aplicá-los de maneira sistemática e organizada, objetivando assistência integral do paciente hospitalizado, não se limitando a um tempo específico de internação. Assim sendo, seu trabalho baseia-se, dentro das possibilidades oferecidas, no restabelecimento ou controle dos sintomas que prejudicam seu bem-estar a partir de afetações emocionais. (CASTRO E BORNHOLDT, 2004)

Adentrando ao contexto de atuação da psicologia hospitalar, sendo considerada uma interface entre a psicologia da saúde e a oncologia, a psico-oncologia concretizará sua atuação ao paciente oncológico hospitalizado através da assistência ao paciente, família e profissionais da área de saúde, por meio de todas as fases do adoecimento, tais qual a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença. Ademais, o psicólogo hospitalar que lidará com essa

especificidade deverá trabalhar através da promoção de organizações de serviços voltados ao paciente oncológico que busquem atendimento integral ao paciente, enfatizando a importância de uma formação especializada frente à todas as etapas do tratamento. (OLIVEIRA E FONTENELLE, 2009).

Para Chiattonne (2000), o trabalho do psicólogo hospitalar está diretamente relacionado às normas e a rotina da instituição trabalhada. Os limites, regras, condutas específicas e dinâmicas de funcionamento necessitam ser respeitadas e seguidas. Dessa forma, a atuação será explanada a partir do contexto estrutural que lhe é oferecido. Ainda segundo a autora, o psicólogo deve ter segurança e inserir-se nas equipes de saúde, afirmando o valor de sua contribuição ao tratamento dos pacientes.

Em sua atividade, o psicólogo deverá abranger a tríade paciente-família e profissionais de saúde, a partir da segurança obtida através de teoria e técnica de abordagem eleita para a prática de seu trabalho. Durante a hospitalização, os sujeitos também podem demandar da atenção psicológica e deverá ser envolvida nos atendimentos, visto que, podem ser um elo encontrado como recurso de enfrentamento para o paciente hospitalizado. (ALMEIDA e MALAGRIS, 2011).

Com objetivo de embasar as técnicas utilizadas para promoção das intervenções psicoterápicas junto aos pacientes, destaca-se entre as teorias a psicoterapia Psicodinâmica, que através da aliança terapêutica e vinculação, vem demonstrando bons resultados na modalidade de atendimento hospitalar. (BUENO, 2009).

2.6 A ABORDAGEM PSICODINÂMICA

Para Gabbard (2006), a teoria psicodinâmica moderna tende a ser considerada como modelo de abordagem que explica o fenômeno mental a partir do resultado do desenvolvimento de um conflito. Esse conflito, por sua vez, tem origens a partir de poderosas forças inconscientes que buscam expressar-se e buscam monitoramento constante por parte de outras forças que impeçam essa emergência.

Segundo o autor, “tais forças interativas podem ser definidas como: 1) um desejo e uma defesa contra esse mesmo desejo, 2) diferentes instâncias intrapsíquicas, ou “partes”, com diferentes objetivos e prioridades, ou 3) um impulso

em oposição a uma consciência internalizada das exigências da realidade externa.”
(p. 23)

Complementando essa teoria, Yoshida et. al (2009), refere que um dos principais modelos de atuação a partir da abordagem psicodinâmica está na pressuposição de que os indivíduos possuem motivações, expectativas e reações características que irão surgir em seus padrões de relacionamento. Esses padrões, adquiridos durante a infância, influenciarão o processo de desenvolvimento do sujeito de maneira flexível ou rígida, a partir de suas estruturas de defesa intrapsíquicas.

De acordo com Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002), a abordagem psicodinâmica advém através de princípios psicanalíticos, onde o sintoma consiste em uma forma de comunicação simbólica sobre a natureza e extensão do conflito subjacente que permeiam relações infantis. Por sua vez, esses conflitos irão se expressar no decorrer da relação psicoterapêutica, tornando-se fundamental o estabelecimento da relação de transferência. Ademais, o modo de atuação seguido através dessa perspectiva, busca a compreensão e promoção da orientação em direção ao insight, contribuindo na elaboração de conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação e da reorganização da personalidade.

Adentrando na perspectiva, as psicoterapias aplicadas à abordagem psicodinâmica estabelecem a necessidade de o estabelecimento da transferência, onde o sujeito irá relacionar-se com o terapeuta baseado em experiências passadas de vínculos significativos, a fim de construir uma aliança terapêutica. Nesse processo, o terapeuta tentará proporcionar um ambiente consistente e acolhedor, onde os pacientes tendem a ser encorajados a descobrirem seus próprios comportamentos não anteriormente percebidos. (ROSENTHAL, 2008).

Para a realização do processo terapêutico, a abordagem psicodinâmica dispõe de concepções teóricas e técnicas. Desta forma, Gabbard (2006) relata e enfatiza que, em uma perspectiva psicanalítica originária, a psicoterapia psicodinâmica foi nomeada com diferentes termos, sendo estes: expressiva, dinâmica, psicanaliticamente orientada, de insight, exploratória, descobridora e intensiva. Essas nomenclaturas, portanto, foram utilizadas para descrever a forma de tratamento utilizada para análise dos mecanismos de defesa e o processo de transferência.

Entretanto, em uma diferente ótica, surge outra entidade nomeada como Psicoterapia de Apoio, que possui, entre outros objetivos, o propósito de fortalecimento das defesas e supressão de conflitos inconscientes através da utilização de técnicas. Embora a existência de dicotomia quanto ao modo de atuação, estudiosos adéquam a possibilidade de nomenclatura da abordagem psicodinâmica como psicoterapia expressiva de apoio, onde, a partir das necessidades do paciente, diferentes mecanismos seriam tratados a partir da modalidade de tratamento. Refere o autor acerca do funcionamento da psicoterapia de apoio:

O terapeuta espera fortalecer as defesas para facilitar a capacidade adaptativa do paciente para lidar com o estresse da vida diária. Tal objetivo com freqüência envolve reorganizar o paciente em seu nível prévio de funcionamento, que foi comprometido por uma crise. (GABBARD, 2006, p.78)

Adentrando na temática da Psicoterapia de apoio, são apresentadas duas modalidades principais, classificadas em psicoterapias de apoio de longa duração e psicoterapias de apoio de curta duração, sendo a primeira destinada à pacientes com incapacitações de ego, tais como: pacientes psicóticos, portadores de distúrbios psiquiátricos crônicos ou retardos evolutivos acentuados. Na outra especificidade, no serviço psicoterapêutico de curta duração, a prática é destinada a controlar crises agudas que podem vir a ocorrer isoladamente em sujeitos previamente saudáveis. (CORDIOLLI, 1998).

Para o presente trabalho, a partir das abordagens psicodinâmicas, maior enfoque será dado à psicoterapia de apoio de curta duração através da prática da psicoterapia breve, assim como referida a discussão no próximo tópico.

2.7 PSICOTERAPIA BREVE

A partir do entendimento psicodinâmico das abordagens psicanalíticas, a psicoterapia breve constitui-se como uma técnica interventiva que surge a partir das discussões conceituais acerca da terapia expressiva de apoio. Assim sendo, o objetivo se dá na melhora da qualidade das relações do sujeito atendido, em que, no processo de tratamento, na medida em que o indivíduo obtém resolução de seus

conflitos internos, o mesmo é capaz de realizar mudanças em suas relações externas. (GABBARD, 2006)

A classificação do curso do trabalho psicoterápico ocorre a partir da formulação de uma hipótese psicodinâmica que engloba todos os sintomas abordados pelo paciente, além de sua relação com o conflito atual e com o conflito nuclear, junto as suas possíveis manifestações na transferência na perspectiva de melhora. Além disso, o processo terapêutico se dá a partir de um foco estabelecido previamente, com a intenção de que, progressivamente, o conflito irá ser examinado sobre vários ângulos. (CORDIOLLI, 1998)

Quanto às intervenções, o terapeuta dispõe de oito categorias de mediação que podem ser utilizadas durante os atendimentos em Psicoterapia Breve, sendo estas: Interpretação, confrontação, observação, encorajamento para elaboração, clarificação, validação empática, intervenções psicoeducacionais e aconselhamento e elogios. (GABBARD, 2006).

Entretanto, de acordo com Cordioli (1998) as intervenções possuem objetivos específicos de melhora no quadro do paciente a partir do reforço às diferentes estruturas do ego. Dessa forma, tratando-se especificamente da Psicoterapia Breve de Apoio, o autor destaca as seguintes intervenções consideradas mais direcionadas ao processo terapêutico de apoio de curta duração, sendo divididas em duas categorias principais, intituladas de intervenções baseadas na sugestão e intervenções de apoio destinadas a ampliar os aspectos cognitivos e o autoconhecimento. Para melhor compreensão, as intervenções caracterizam-se como:

- Sugestão: Sua finalidade é induzir ao paciente novas idéias e convicções, ou até mesmo influenciar suas decisões. Sua utilização é indicada frente à constatação de limitações pessoais do paciente no curso do tratamento;
- Persuasão: É uma forma de intervenção diretiva e firme, através da indução de uma idéia frente ao desejo do paciente;
- Controle Ativo: Intervenção na qual o terapeuta irá assumir funções de ego-auxiliar do paciente, exercendo postura de autoridade em situações específicas que o sujeito encontra-se impossibilitado de fazê-lo;

- **Reafirmação e Melhora da Auto-Estima:** Intervenção pela qual o terapeuta irá expressar aprovação ou concordância frente às idéias e atitudes do paciente que se caracterizam como realistas ou adaptativas, estimulando-o a tomar decisões e realizar tarefas;
- **Aconselhamento:** Intervenção geralmente utilizada em pacientes com características de regressão, onde guia-se atitudes ou decisões do sujeito com a finalidade de reduzir sintomas provocadores de estresse;
- **Ventilação:** Consiste na comunicação do paciente, onde é verbalizado, a partir da aliança terapêutica, emoções ou sentimentos reprimidos que promovam o alívio de sintomas;
- **Clarificação:** Possui como objetivo o aumento do conhecimento do paciente acerca de seus sentimentos, cognições e sua relação pessoal com os sintomas e com sua realidade externa;
- **Confrontação:** Classifica-se como uma intervenção ativa destinada a aumentar a compreensão do paciente sobre os processos mentais, a partir do questionamento aos conteúdos manifestos.

De acordo com Lustosa (2010), ao final do processo de psicoterapia breve de apoio, podem ser observadas contribuições à vida do paciente, tais qual a conquista de maior ajustamento em suas relações interpessoais, a ampliação no campo de visão frente às possibilidades, a melhora e o traço realístico em sua autoestima, e novos suportes de sua identidade. Dessa forma, uma vez realizada a intervenção terapêutica, a dinâmica interpessoal do paciente é transformada.

2.8 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio obrigatório supervisionado teve sua realização na Casa de Saúde São Lucas (CSSL), instituição de caráter privado, conveniada ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte, sob a supervisão de campo da psicóloga

Mônica Klemig – CRP: 17/0859, juntamente à supervisão acadêmica pela psicóloga Luciana Barbosa – CRP: 17/0742.

A Casa de Saúde São Lucas dispõe de diversos serviços, como a urgência e emergência vinte e quatro horas nas especialidades de Clínica Geral, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia e Cardiologia. Ademais, o hospital dispõe de 133 (cento e trinta e três) leitos em sua totalidade, sendo 76 (setenta e seis) apartamentos e 76 (setenta e seis) enfermarias, além de 21 (vinte e um) leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que buscam proporcionar atendimento diferenciado e humanizado à pacientes que necessitam de tratamento de alta complexidade. A CSSL também conta com um anexo na UTI composto com dois leitos de hemodiálise. Juntamente à equipe médica e à enfermagem, a instituição dispõe de serviço multidisciplinar composto por profissionais da área de Psicologia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social. Para a promoção de melhor assistência, são realizados atendimentos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Tomografia, Ressonância, Ultrassonografia e Clínica hiperbárica através da prestação de serviços terceirizados.

De fundamental importância para a realização de atendimentos em busca da promoção de saúde, o embasamento teórico utilizado na prática hospitalar se deu a partir da abordagem psicodinâmica, que, através da origem e técnica embasada na psicanálise, busca promover a elaboração e resolução de conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. (Cordioli, 1998). Ademais, o trabalho psicoterapêutico visado na psicodinâmica enfatiza a relevância do processo de transferência e vínculo entre o paciente e o terapeuta. Dessa forma, no ambiente hospitalar as atividades propostas durante a realização do estágio consistiram em avaliar o estado emocional do paciente, promover psicoeducação e orientação, psicoterapia breve de apoio, auxiliar na adesão ao tratamento, realização de consultas interdisciplinares, preparo para o processo de alta hospitalar, e também realização de supervisão com a psicóloga do serviço.

2.9 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO

Durante a prática do estágio obrigatório, destacou-se como principal ponto de observação sobre o campo, a necessidade de um profissional da Psicologia disponível ao cuidado frente aos impactos provocados pelo adoecimento. Pode ser visto também, durante o exercício das atividades, que ainda há um nível considerável de falta de informação dos profissionais acerca da função real do psicólogo dentro de uma instituição hospitalar, onde por vezes, solicitavam serviços acerca de demandas que cabiam a outros profissionais de saúde e serviços burocráticos.

Ademais, a partir da realização de uma análise diagnóstica acerca do campo, destaca-se a importância fundamental da atuação da Psicologia no âmbito hospitalar, realizada através de intervenções baseadas na Psicoterapia Breve de Apoio.

Sabe-se que a integração da equipe de saúde é imprescindível para a promoção do cuidado integral ao paciente e sua amplitude como ser humano, de forma a considerar suas necessidades e demandas sobre todas as instâncias da hospitalização. Dessa forma, o trabalho em equipe mostra-se fundamental para que seja realizado um atendimento humanizado aos pacientes. (FOSSI E GUARESCI, 2004). Entretanto, de acordo com Carvalho (2002), ainda existe um desafio frente ao trabalho de uma equipe multidisciplinar, onde muitas funções do trabalho do psicólogo podem ser distorcidas ou desconhecidas.

Diante disso, como possibilidades de intervenção à realidade atual do campo, percebo a necessidade de implantação de minicursos à equipe de enfermagem acerca das competências e habilidades do trabalho da Psicologia no âmbito hospitalar.

2.10 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência a partir da prática de estágio curricular obrigatório do último ano da graduação de Psicologia, realizado em um hospital na cidade de Natal/RN, durante o período de março à junho de 2017. Para a estruturação do relato, foram realizados atendimentos com modelo de

trabalho baseado em intervenções de Psicoterapia Breve de Apoio, realizadas no ambiente hospitalar interno, embasados através da abordagem Psicodinâmica junto à promoção de discussões acerca do tema.

Como objetivo, a prática do estágio teve como proposta promover atendimentos à pacientes internos a partir de solicitações e demandas geradas ao serviço de Psicologia Hospitalar, instrumentalizando e ampliando o processo de aprendizado acadêmico através da atividade de estágio profissionalizante aplicado à tríade paciente-família-equipe.

Adentrando o ambiente, as principais demandas encontradas consistiram em dificuldade de adesão ao tratamento, ansiedade pré-cirúrgica, dificuldades de adaptação à rotina e ambiente hospitalar, e fragilidade emocional frente à realidade atual. Para isso, as intervenções mais utilizadas consistiram em: Sugestão, persuasão, controle ativo, reafirmação e melhora da auto-estima, aconselhamento, ventilação, clarificação e confrontação.

Assim sendo, as atividades propostas consistiram em atendimentos realizados nos andares do hospital, divididos em setores cirúrgicos e clínica médica, com variável número de pacientes encaminhados à Psicologia. Ademais, ocasionalmente foram realizados atendimentos nas Unidades de Terapia Intensiva, em situações onde o paciente interno já estivesse com vínculo estabelecido de acompanhamento junto à Psicologia no andar.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante da realização da atividade de estágio curricular obrigatório, pode ser vista a instrumentalização e a ampliação do conhecimento acadêmico a partir do atendimento em psicologia hospitalar, assim como o estabelecimento de segurança e competência técnica no que tange o exercício da psicologia da saúde aplicada no hospital.

Ademais, a partir da visão psicodinâmica, observou-se a melhora dos sujeitos atendidos durante o período de realização do estágio, visto que a prática das intervenções realizadas no ambiente hospitalar promoveram mudanças na dinâmica intrapsíquica do sujeito, influenciando no seu quadro de adoecimento e hospitalização, e aliviando seus sintomas e sofrimentos.

A partir da atuação realizada durante a prática de estágio curricular obrigatório do curso de Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, escolhi um dos casos acompanhados durante o percurso, de modo a compartilhar e relatar experiências adquiridas, assim como promover discussões acerca das possibilidades de atuação da psicologia dentro do ambiente hospitalar. Dessa forma, serão referidos elementos significativos dos atendimentos, com o auxílio e aporte teórico da abordagem Psicodinâmica, juntamente às minhas experiências como psicoterapeuta ao longo do processo.

O processo terapêutico do paciente escolhido, Victor Silva (nome fictício), se deu ao todo entre os meses de Abril e Junho de dois mil e dezessete, totalizando-se em doze sessões. De acordo com a rotina da instituição, e contando com variáveis necessárias tais como o estado clínico do paciente, os atendimentos foram realizados por vezes, diariamente, e também com intervalos de quarenta e oito horas. Nessa perspectiva, durante a realização dos atendimentos, destacou-se a importância de considerar o fato de que embora o ambiente hospitalar dificulte a privacidade dos atendimentos entre terapeuta e cliente, é possível o estabelecimento de um vínculo que possibilite a expressão de emoções e de problemas pessoais escondidos de forma consciente ou inconsciente. (MACIEL, 2002)

Victor tem 30 anos, e sua internação se deu devido ao tratamento de um Linfoma de Mediastino. Victor é professor do ensino fundamental e está em um

relacionamento estável há oito anos. Tinha como acompanhantes principais sua mãe Cristiane (nome fictício), que ficava no hospital durante o dia, e sua companheira Tereza (nome fictício), que o acompanhava durante as noites. Ademais, em sua rotina fora do ambiente hospitalar, residia com seus pais e sua irmã Patrícia (nome fictício), saía todos os dias para dar aula e gostava de se divertir em casa, jogando videogame e assistindo a jogos de futebol. Bastante comunicativo, logo relatou que achava importantíssima a presença da psicologia dentro dos hospitais, referindo que o ambiente potencializava a insegurança de não poder estar no controle do ambiente que o cerca. Em seguida, relatou ausência de internações anteriores e verbalizava desconforto em estar internado, pois se sentia preso.

O primeiro atendimento aconteceu no dia 01 de Abril, na enfermaria de pacientes cirúrgicos, setor esse onde eu fazia avaliações de rotina nos pacientes internos. Durante o primeiro contato, Victor encontrava-se em seu pós-operatório imediato após realização de biópsia de uma massa mediastinal, o qual era o motivo de sua internação inicial e grande preocupação pessoal e familiar. Devido a condições clínicas de desconforto respiratório e a presença de um dreno pós-cirúrgico, o paciente não tinha indicação de passar muito tempo conversando, a fim de que seu quadro se mantivesse estável. Entretanto, apresentou-se consciente e orientado, receptivo ao atendimento. A partir do contato inicial, foi possível identificar como demanda emergente a angústia e ansiedade do paciente frente à espera de um resultado da biópsia realizada, a fim de ter um diagnóstico palpável para que fosse realizado o tratamento adequado.

Para Pisseta (2008, p.173):

A angústia faz com que o sujeito se lance ao ato, para dela se libertar. [...] Nesse sentido, o ato comporta uma urgência, força tomada de empréstimo da angústia que o causa. Assim, vemos na busca inicial de tratamento um ato promovido pela presença da angústia.

Sabendo da importância em validar o sofrimento do sujeito para amenizá-lo, as intervenções realizadas focaram-se na avaliação psicológica, o acolhimento e a validação empática, de forma a entender aspectos subjetivos do paciente frente à espera do resultado da biópsia, para que, através da construção de um vínculo entre

terapeuta e paciente, pudessem ser trabalhadas as possibilidades existentes nos conteúdos trazidos por ele.

Dois dias após o primeiro atendimento, devido ao final de semana, novamente ocorreu um encontro com Victor, dessa vez internado em um leito de isolamento da UTI, após intercorrência clínica. Encontrava-se emocionalmente fragilizado e apresentando humor irritado, referindo que há dois dias não conseguia dormir, pois não encontrava posição confortável, e também por estar longe de sua família e se incomodar com o quadro clínico dos outros pacientes na UTI. Durante os primeiros momentos dos atendimentos, nota-se que o que mais incomodava Victor era a visualização de pacientes críticos ao seu lado, pois vendo a finitude do outro, é provável se projetar. E nesse momento, através do aparecimento de sua demanda, pode-se através da técnica de Psicoeducação trabalhar suas potencialidades pessoais e individuais, trazendo sua atenção voltada para si mesmo e para a evolução do seu processo clínico.

De acordo com Nunes Santos (2011, p.52):

Quando o paciente é admitido numa unidade fechada, fica exposto a diversos agentes estressores, como o confinamento, restrição ao leito, cirurgias, uso de aparelhos, ruídos e iluminação constantes, freqüente realização de exames, além de alterações na sua rotina, afastamento do trabalho, dos amigos, dificuldade em conciliar o sono e mudanças alimentares repentinas, para citar apenas alguns. Esses agentes estressores podem ocasionar reações emocionais em variados níveis, como ansiedade, medos, conflitos, insegurança, irritabilidade, dentre outras comumente relacionadas ao contexto de internação.

Nesse contexto, a partir das perspectivas de atuação do psicólogo hospitalar ao se trabalhar com um paciente interno na UTI, deve-se atentar para aspectos importantes, tais qual o estado psíquico em que o sujeito se encontra (orientação, consciência, afetividade, memória, entre outros), sua compreensão acerca do diagnóstico e estado clínico. Além disso, é tarefa do psicólogo acolher, orientar e informar os pacientes e familiares acerca da rotina na Unidade de Terapia Intensiva, promovendo um espaço onde todos os envolvidos possam se sentir a vontade para expressar questionamentos e sentimentos relacionados à internação do pacientes. (NUNES SANTOS, 2011)

No decorrer das sessões, após intervenções que propiciaram um ambiente menos estressor, Victor traz em sua fala conteúdos relacionados ao seu diagnóstico, que foi concretizado após o recebimento da biópsia e constatou um Linfoma Não Hodgkin localizado no mediastino. O paciente relata que, apesar de estar na UTI, estava se sentindo “aliviado” por ter recebido o resultado de sua biópsia, o que implicaria no início de um tratamento adequado para sua patologia. Diante da gravidade do diagnóstico, logo após a confirmação, foi realizada uma quimioterapia de urgência, o que levou Victor a um isolamento de proteção para prevenir o aparecimento de infecções.

Entretanto, ao falar sobre seu diagnóstico que agora se fazia real e palpável, pode-se perceber que o paciente não demonstra contato direto com sua realidade atual, apresentando relatos superficiais acerca de sua condição e encontrando-se num possível estado de negação. Sobre a postura de negação, pode ser observada uma breve reflexão acerca da negação diante de um diagnóstico de adoecimento que é estigmatizado socialmente, assim como é o câncer: “O homem sofre porque passa a perceber a sua finitude, mesmo sabendo que o morrer é parte inerente da condição humana. A existência de toda uma propulsão social de negação da morte é prática comum.” (VASCONCELOS, 2008, p.57)

A partir da percepção acerca da vivência de luto diante de uma rotina perdida, assim como o início de uma nova rotina possivelmente dedicada ao tratamento do câncer, o trabalho interventivo deu-se usando intervenções de validação empática junto à Victor, respeitando seu tempo de enfrentamento frente à realidade atual. Em sequência, após a saída de Victor da UTI, o cenário dos atendimentos deu-se novamente na enfermaria cirúrgica – dessa vez, em um leito de isolamento de proteção –, onde o paciente apresentava-se clinicamente melhor e podia estar ao lado de sua família.

Durante o decorrer do quarto ao sexto atendimento, observou-se que Victor apresentava um constante humor irritado, demonstrando posturas de revolta. Assim como afirma Kluber-Ross (1996), a postura de revolta ocorre no intuito de aliviar parte da dor e sofrimento ocasionados pela perda. No caso de Victor, a perda de sua saúde. Referia com constante frequência que odiava estar em um leito de isolamento protetor, sentindo-se preso e com desejo de retirar seus acessos venosos e voltar à sua rotina anterior. Apesar da posição de revolta, é possível perceber o paciente reconhecendo e entrando em contato com sua condição atual.

Embora que em alguns momentos Victor demonstrava-se indisponível ao diálogo com a psicoterapia, o vínculo previamente estabelecido nas sessões anteriores permitiu que intervenções de grande importância fossem realizadas diante de sua queixa. Nesse contexto, Victor enfatizava com veemência seu desconforto por estar conectado à acessos intravenosos que exigiam cuidado para que não sofresse intercorrências. Além disso, por estar irritado, sentia-se desconfortável em expressar como se sentia diante de sua família, com receio de que iria provocar uma situação incômoda. Diante de sua demanda, o foco das intervenções consistiu em validar empaticamente que estava sim difícil sua situação naquele momento, que ele, como paciente, tinha sim o direito de estar revoltado e angustiado diante de uma nova realidade em sua vida.

De acordo com os pressupostos da Psicodinâmica, abordagem que embasou todas as técnicas interventivas utilizadas durante os atendimentos, uma de suas principais formas de trabalho utilizadas dá-se a partir da Psicoterapia breve ou focal, que busca modificar, aliviar ou até mesmo suprimir sintomas apresentados, através da eleição de conflitos a serem trabalhados. Lustosa (2010) discorre que a partir da aplicação das técnicas de atuação, observa-se como resultado a conquista de maior ajustamento às relações interpessoais, de modo a promover ao paciente uma visão nítida e ampliada a respeito de um horizonte prospectivo e suas percepções pessoais de identidade. Assim sendo, durante as sessões, boa parte das técnicas tiveram como propósito clarificar os pensamentos de Victor quanto às possibilidades existentes em seu campo.

Ao final do sexto atendimento, houve a proposição de que o paciente realizasse uma atividade, nomeada como “O outro lado da moeda”. Nessa perspectiva, quando se sentisse desconfortável, Victor tinha a tarefa de pensar nos possíveis benefícios daquilo que também o incomodava, assim como o acesso venoso, que o mantinha preso, mas também administrava o remédio que aliviava sua dor.

Após as realizações das intervenções junto a Victor, notava-se que sua postura de revolta passava a abrandar, proporcionando maior contato à sua realidade atual, caminhando para um estado de aceitação que mais tarde o levou a refletir acerca de como haviam possibilidades a serem trilhadas ao longo de seu tratamento. Diante disso, durante a sequência de atendimentos, e sempre partindo

através de conteúdos trazidos pelo paciente, clarificações e devolutivas foram feitas acerca do processo de internação e de sua realidade.

Perante a constante queixa de Victor em estar desconfortável com a internação e com as características hospitalares, e sabendo que a família é a extensão do paciente e elemento fundamental da díade que compõe o campo, foi realizado atendimento junto à família, onde foi acordado que trouxessem coisas que deixassem o paciente mais confortável em seu processo de hospitalização, tais como fotos, livros e objetos de casa que não ofereciam risco à sua integridade física e pudessem proporcionar mais conforto.

Diante deste relato, pode se pensar acerca dos escritos de Camon (2002), considerado autor de grande destaque na área da psicologia hospitalar, que refere que o psicólogo deverá atuar com o objetivo de minimizar o impacto do diagnóstico e adoecimento no paciente e em sua família. Para que isso aconteça, é preciso lembrar que o ambiente hospitalar é um setting adverso à atividade psicoterapêutica e exige que o profissional disponha de uma postura flexível a fim de contornar as dificuldades que aparecerão. Portanto, durante a internação, a busca por objetos de casa que promovessem conforto ao paciente também possibilitou melhoras ao setting terapêutico.

Devido às graves intercorrências clínicas que passaram exigir maior repouso do paciente, os atendimentos passaram a ser direcionados à família (mãe) de Victor. Cristiane é consciente, orientada e sempre receptiva ao atendimento. Estava emocionalmente comprometida frente à realidade atual, referindo constante preocupação com o quadro clínico de seu filho. Entre seus relatos, trazia com veemência que não entendia o porquê de Victor estar triste, já que estava tendo atendimentos com a Psicologia e também contava com o apoio familiar.

Embora Cristiane soubesse superficialmente qual era a função da Psicologia, sua queixa era não somente sobre o estado de seu filho, mas também se destacava o incomodo de como ela se sentia diante desse fato. Sobre isso, Passati (2008, p.173) discorre que “esse apelo de se livrar de uma sensação tão forte de desconforto, no mínimo, além de corriqueiro é uma demanda, um pedido ao profissional, visto aqui como um outro do saber, da cura e do poder.”

Além disso, encontra-se fisicamente cansada e fragilizada ao promover o cuidado ao outro em tempo integral. Diante disso, as intervenções realizadas com dona Cristiane focaram-se em, primeiramente, ações psicoeducativas, explicando

que é natural ao adoecimento que o paciente apresente humor mais rebaixado durante alguns dias, e que ficar triste também faz parte de adaptar-se. Ademais, o trabalho das intervenções tendeu-se a ressaltar a importância da familiar cuidar também de si, para que estando bem possa promover maior bem estar à integridade de Victor.

Após a realização de atendimentos direcionados à família de Victor, que também estava no processo de enfrentamento diante da nova realidade, se pode notar uma considerável mudança na dinâmica familiar acerca do processo de internação do paciente. Embora fragilizada, a mãe de Victor promoveu diálogos com Tereza, namorada de seu filho, considerando que o paciente poderia estar emocionalmente instável em alguns dias. Segundo Peres e Lopes (2012, p.20),

“[...] Com o adoecimento de um membro, a família modifica sua forma de relação, tendo que se readaptar ao novo. Dessa forma, os papéis são reajustados conforme modificações das pessoas individuais, das condições internas, relacionais, e às externas ao grupo como um todo.

Através de maior entendimento acerca da realidade atual por parte dos membros familiares, foi possível ver maior disponibilidade intrafamiliar diante do processo de hospitalização, o que proporcionou um visível efeito sobre o estado atual de Victor, que após melhoras de seu quadro clínico, sentia-se mais confortável para expressar suas emoções diante de sua família.

Durante as quatro últimas sessões de psicoterapia, os atendimentos voltaram a ser direcionados para Victor, que havia apresentado considerável melhora em seu quadro clínico, e apresentava-se receptivo ao atendimento e demonstrando notáveis diferenças em seu discurso. Em meio aos encontros, Victor retoma em sua fala os atendimentos anteriores, ressaltando a importância do trabalho da Psicologia ter sido clarificador acerca de pensar sobre as possibilidades existentes em seu contexto atual.

Segundo Melo (2013), o diagnóstico impõe, ao paciente, questões que são fundamentais em sua existência, e seu significado será formado a partir de vivências individuais e subjetivas, e do convívio com seu adoecimento. Dessa forma, com postura de serenidade, embora fragilizado emocionalmente, Victor relata saber da gravidade de seu caso. Diferentemente de uma postura de revolta inicialmente apresentada, o paciente conclui sua fala contando seus planos de implicação

pessoal acerca de seu tratamento, que se baseava em dedicar-se integralmente àquilo que proporcionaria sua melhora.

Nos últimos atendimentos, onde se iniciou o processo de fechamento desse ciclo terapêutico que o acompanhou durante a hospitalização, percebe-se através da fala de Victor, maior apropriação acerca de si mesmo quanto sujeito para além-doença, onde o paciente relata compreender o direito de ter dias tristes e dias felizes em sua trajetória de vida, independente de seu estado atual de adoecimento.

Em meio à preparação para a alta hospitalar, Victor finaliza o acompanhamento com a fala que mostra o quanto é gratificante o trabalho psicoterápico e o quanto seus resultados são notáveis junto ao paciente enfermo e sua família. Após intensas intervenções e diálogos psicoterápicos que promoveram menos agentes estressores durante a internação de Victor, ele finaliza com a seguinte fala: “Sei que a batalha é grande, mas hoje consigo enxergar uma luta de cada vez, e em cada uma dessas lutas, eu me considerarei vencedor!” (sic)

Para mim, a prática do atendimento hospitalar foi uma experiência enriquecedora e desafiadora. Inicialmente, sentia-me insegura frente à tamanha responsabilidade em lidar com a subjetividade do outro em um momento de fragilidade tal qual é o adoecimento. Entretanto, ao decorrer do estágio pude perceber que minha atuação profissional era de fundamental importância aos pacientes atendidos e suas famílias, proporcionando uma atuação possível e reconhecida de maneira satisfatória dentro da área da Psicologia da Saúde.

Quanto ao atendimento com Victor, especificamente, foi um trabalho prazeroso e estimulante como profissional atuante da Psicologia. Pessoalmente, tenho grande afinidade em trabalhar junto ao paciente oncológico e suas especificidades. De forma empática, consegui conduzir todas as sessões com segurança através de muito estudo prévio da teoria psicodinâmica e disponibilidade pessoal para lidar com suas demandas. Ademais, Victor foi um paciente aberto ao trabalho interventivo da Psicologia, comprometido com o que lhe era proposto, o que acredito ter sido fundamental em sua evolução terapêutica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio obrigatório vivenciado durante o percurso do último ano do curso de Psicologia foi de fundamental importância para mim tanto profissionalmente, diante da profissão que escolhi, assim como pessoalmente. Pude perceber meu crescimento através de grande dedicação ao estudo, o que me proporcionou apropriação acerca da abordagem e maior segurança diante das demandas que surgiram.

Dessa forma, a experiência de estágio promoveu a prática, a segurança e técnica extremamente necessária para o campo de trabalho extracurricular. Sabe-se, portanto, que é através da aplicação da técnica e da ética aprendida durante a graduação que se emana o amor pela profissão escolhida a ser seguida.

Durante o acompanhamento dos pacientes que foram direcionados à mim, pude experimentar com veemência momentos que demonstraram a importância da Psicologia nas instituições, através de atendimentos que por muitas vezes ilustravam o conteúdo previamente visto. Através da diversidade de pacientes, a prática proporcionou experiências de aprendizado intenso, assim como o lidar com a morte, o paciente que não adere o tratamento, além da constante evolução do tratamento daqueles pacientes atendidos pelo serviço de psicologia hospitalar.

Junto à prática de atendimento, os horários de supervisão foram fundamentais ao aprendizado ao longo do estágio, tanto pelo aporte teórico disponibilizado pelas supervisoras, quanto pela possibilidade de compartilhar angústias e dúvidas recorrentes às experiências durante o caminho.

Para finalizar, destaco o quanto a prática de estágio é clarificante quanto às possibilidades de atuação da psicologia, promovendo em sua maioria, excelentes resultados aos pacientes frente aos seus processos psicoterapêuticos. Ademais, a experiência também proporcionou a reflexão acerca da necessidade de maior conhecimento acerca do trabalho da Psicologia nas instituições. Embora os avanços sejam cada vez mais visíveis e gratificantes, alguns profissionais da área de saúde tendem a ter resistência frente à profissão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eliane Carnot de. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 3, p.24-27, set. 2000.

ALMEIDA, Raquel Ayres. Possibilidades de atuação de psicoterapia breve em hospital geral. **Sbph Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.94-106, jun. 2010

AVILA, Antonio Lazslo. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p.51-69, jun. 2012.

BUENO, F. A. Psicoterapia dinâmica breve no contexto de um hospital escola e suas associações com a aliança terapêutica. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CAMPOS, Terezinha Calil Padis. Adentrando em um Hospital. In: CAMPOS, Terezinha Calil Padis. **Psicologia hospitalar: A atuação de Psicólogos em Hospitais**. São Paulo: E.p.u Editora Pedagógica e Universitária, 1995. p. 15-45.

CARDOSO, Graça et al. Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. **Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, Lisboa, v. 7, n. 1, p.8-18, fev. 2009.

CATÃO, MO. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Estrutura hospitalar moderna. pp. 101-138.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 20, n. 4, p.64-79, dez. 2000.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP N°02/01. 2001. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. A significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami (org.) **Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000. p.73-137.

CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. A psicologia de ligação e o psicólogo de referência em Psicologia Hospitalar. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al. **Psicossomática e suas interfaces: O processo silencioso do adoecimento**. São Paulo: Cengage Learning, 2012. p. 363-385.

COSTA JUNIOR, Áderson L.. O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.36-43, jun. 2001.

EIZIRIK, Cláudio Laks et al (Org.). Psicoterapia Breve Dinâmica. In: CORDIOLLI, Aristides Volpato; WILLHELMS, Fábio Montano; PADILHA

FOUCAULT, Michel. O nascimento dos hospitais. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003. p. 58-64.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 nov. 2017.

GABBARD, Glen O.. As bases teóricas da psiquiatria psicodinâmica. In: GABBARD, Glen O.. **Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica**. São Paulo: Artmed Editora S.a, 2006. p. 35-79.

GOIDANICH, Marcia e GUZZO, Fabíola. Concepções de vida e sentimentos vivenciados por pacientes frente ao processo de Hospitalização:: O Paciente Cirúrgico. **Rev. SBPH**, 2012, v.15, n.1, pp. 232-248.

GORGATI, Soraia Bento; HOLCBERG, Alessandra S; OLIVEIRA, Marilene Damaso de. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.44-48, dez. 2002.

KLUBER-ROSS, Elisabeth. IV. Segundo Estágio: A raiva. In: KLUBER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 63-95.

LAFORET, Rachel. Psicoterapias: **Abordagens atuais**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas Editoragráfica, 1998. Cap. 11. p. 145-158.

LISBOA, TC. **Breve história dos hospitais**: da antigüidade à Idade Contemporânea. Notícias Hospital. 2002; v.4 n.37, p. 1-30
 LUSTOSA, Maria Alice. A Psicoterapia Breve no Hospital Geral. **SBPH -Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.259-269, dez. 2010.

MACENA, Cristiane Santos de; LANGE, Elaine Soares Neves. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 20-39, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 nov. 2017.

MACIEL, Silvana Carneiro. A importância do Atendimento Psicológico ao Paciente Renal Crônico em Hemodiálise. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al. **Novos Rumos na Psicologia da Saúde**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. Cap. 2. p. 66-67.

Mathilde Neder. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 25, n. 2, p. 332, June 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000200013&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 11 Nov. 2017.

MELO, Adriana Fernandes Vieira de et al . A importância do acompanhamento psicológico no processo de aceitação de morte. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 152-166, abr. 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Org.). **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília: Fsesp, 1977

MOISIMANN, Laila T. Noletto Q; LUSTOSA, Maria Alice A Psicologia Hospitalar e o Hospital. **SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p.200-232, jun. 2011.

NUNES SANTOS, Samantha et al . Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 50-66, dez. 2011 .

OLIVEIRA, Irani Tomiatto de. Psicoterapia Psicodinâmica Breve: Dos precursores aos modelos atuais. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.9-19, jun. 1999.

OLIVEIRA, Luciano Lima de; FONTENELLE, Laéria. Psicanálise e psico-oncologia: considerações a partir da escuta de homens penectomizados por câncer. *Reverso*, Belo Horizonte , v. 31, n. 57, p. 63-69, jun. 2009 .

PERES, Girlane Mayara e LOPES, Ana Maria Pereira. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. **Psicol. Hosp**, São Paulo, v.10, n.1, p. 17-41, jan. 2012.

PISETTA, Maria Angélica Augusto de Mello. Angústia e Demanda de Análise: Reflexões sobre a Psicanálise no Hospital. **Boletim de Psicologia**, Rio de Janeiro, v., n. 129, p.171-183, set. 2008

ROSENTHAL, Richard J.. Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.41-50, maio 2008.

SALTO, Maria Cristina E.. O psicólogo no contexto hospitalar: uma visão psicodramática. **Psicologia Brasil**, São Paulo, v. 5, n. 39, p.12-15, mar. 2007.

SCANNAVINO, Camila Saliba Soubhia et al . Psico-Oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 35-53, Apr. 2013.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 5, p. 538-542, Out. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 02 Nov. 2017.

SILVA, Rosanna Rita. Percursos na história da Psicologia Hospitalar no Brasil: : a produção em programas de doutorado em Psicologia no período de 2003 a 2004 no Banco de Teses da Capes. *Rev. SBPH*. 2009, vol.12, n.2, pp. 69-79.

SIMONETTI, Alfredo. O diagnóstico. In: SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar**: O mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 13-30.

SOUZA, Milton Lopes de. Psicossomática, uma “saída” fora da estrutura. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.141-150, mar. 1998.

SPERONI, Angela Vasconi. O lugar da Psicologia no Hospital Geral. SBPH - **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.83-97, dez. 2006.

YOSHIDA, Elisa Medici Pizão et al. Psicoterapia psicodinâmica breve: estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. **Psico-usf**, [s.l.], v. 14, n. 3, p.275-285, dez. 2009.