

A Psicologia hospitalar e o hospital¹

Health Psychology and general hospital

Laila T. Noletto Q. Mosimann²

Maria Alice Lustosa³

Santa Casa da Misericórdia do RJ-CESANTA

Resumo

O presente trabalho se refere a uma pesquisa bibliográfica acerca de possíveis relações entre a Psicologia Hospitalar e o Hospital Geral. Desta forma conduziu-se o trabalho com o propósito de compreender aspectos relativos às especificidades tanto da Psicologia Hospitalar quanto da Medicina. Para tanto o tema foi tratado tendo como pano de fundo as seguintes temáticas: Um Pouco da História – Psicologia Moderna, Hospital e Medicina; Psicologia da Saúde, Psicologia Médica, Psicologia Hospitalar e Psicossomática; Psicologia e Medicina: Diálogo – Psicologia, Psicologia Hospitalar e Medicina e, Psicologia e Medicina: um paradoxo ou simplesmente dois paradigmas? Mediante à realização do trabalho foi possível identificar, reconhecer e mesmo compreender algumas nuances que, embora não justifiquem, em alguma medida explicam algumas posturas profissionais tomadas no trabalho e, dado seu modo de acontecer, no encontro com o(s) outro(s). Enfim, mais do que descrever aspectos da dinâmica de funcionamento da Psicologia Hospitalar e do Hospital, o presente estudo viabilizou crer que a concatenação entre tais é passível e desejável de realizar-se.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Psicologia da Saúde; Hospital Geral.

Abstract

This paper refers to a literature search on themes that are entwined with the dynamics of the possible relationship between Health Psychology and the Hospital. Therefore, this research was conducted in order to understand some

¹ Monografia Apresentada ao Serviço de Psicologia Hospitalar da 28ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Pós Graduação em Psicologia Hospitalar e da Saúde.

² Psicóloga e Pedagoga formada pela Universidade Católica de Brasília – UCB; Especialização em Teoria Psicanalítica pela Universidade de Brasília – UnB; Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Santa Casa da Misericórdia do RJ.

³ Doutora em Psicologia pela UFRJ; Coordenadora dos 22 Cursos de Pós-Graduação da Santa Casa da Misericórdia do RJ-CESANTA; Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Psicologia Hospitalar e da saúde do CESANTA; Orientadora desta Monografia.

specific aspects of both Health Psychology and Medicine. The following themes were taken as a background for both topics: A Bit of History - Modern Psychology, Hospital Medicine, Health Psychology, Medical Psychology, Psychosomatics and Health Psychology, Psychology and Medicine: Dialogue – Psychology, Medical Psychology and Medicine, Psychology and Medicine: a paradox or simply two paradigms? Upon completion of the work, it was possible to identify, recognize and understand some points that, although do not justify, to some extent explain some of the positions taken by professionals in their meetings with others. Finally, beyond describing the dynamic aspects of the operations of Health Psychology and the Hospital, this study makes viable the belief that these two areas are liable to cooperate.

Keywords: Health Psychology; General Hospital; General Hospital.

Introdução

A Psicologia Hospitalar e o Hospital Geral suscitam interessantes investigações devido sua recente articulação. Partindo desse pressuposto o presente trabalho se propõe, a investigar temáticas que se fazem primordiais na compreensão de alguns pormenores relativos à necessidade de articulação em contexto hospitalar, entre a Psicologia e a Medicina, levantado pelo questionamento: Diálogo - Psicologia e Medicina: um paradoxo ou simplesmente dois paradigmas?

A partir da pesquisa bibliográfica e da composição do presente trabalho foi possível mergulhar na realidade prática de cada uma das ciências em separado, Medicina e Psicologia, além de identificar peculiaridades tanto de suas origens quanto de sua prática. Além disso, foi possível identificar e compreender aspectos relativos aos desdobramentos da, ainda que recente, tentativa de “comunhão” entre estas ciências.

Portanto, mais do que meramente descrever aspectos relativos à Psicologia Hospitalar e à Medicina, o presente trabalho se propôs a viabilizar, ainda que de maneira sutil, a constatação de que o trabalho conjunto embora penoso pode ser forjado por uma escolha, considerando-se aspectos morais e éticos específicos de cada atribuição profissional.

Assim, a discussão da temática se deu levando em consideração as especificidades de cada profissão, mas sempre partindo da tentativa de não negligenciar as possibilidades criadoras, criativas e curativas dessa profícua associação entre Psicologia Hospitalar e Medicina.

Muito provavelmente, a pesquisa bibliográfica aqui apresentada não irá dirimir todas dúvidas, dado não ser sua proposta, mas abrir-se um espaço para que o assunto, tão carente de publicações científicas, seja discutido, sem tendenciosidade, e com cuidado de evitar generalizações alienadas ou alienantes. Além disso, vislumbra-se a possibilidade de estudos futuros para a ampliação do olhar, almejando encontrar respostas e erguer novas perguntas sobre o tema pesquisado além de, principalmente, viabilizar reflexões acerca da criação e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento diante das adversidades que se apresentam diante do trabalho realizado em Instituição Hospitalar.

Um pouco da história

Psicologia Moderna

De acordo com Schultz e Schultz (1981), aqui encontra-se um paradoxo. A Psicologia é uma das mais antigas disciplinas acadêmicas, ao mesmo tempo em que é também uma das mais novas. A aparente contradição demonstra, de modo irrefutável, uma continuidade vital entre passado e presente em termos de seu objeto de estudo, uma vez que as mesmas espécies de interrogações feitas atualmente sobre a natureza humana também o eram há séculos atrás.

Para os autores supra citados, o que verdadeiramente distingue a disciplina mais antiga da filosofia da Psicologia Moderna são a abordagem e as técnicas usadas, que demonstram a emergência desta última como um campo de estudo próprio e, essencialmente científico. De tal modo, a distinção entre a Psicologia Moderna e seus antecedentes está menos nos tipos de perguntas

feitas sobre a natureza humana do que nos métodos empregados na busca das respostas. Conseqüentemente, uma considerável parte da história da Psicologia, depois de sua separação da Filosofia, é a história do contínuo aprimoramento de instrumental, técnicas e métodos de estudo voltados para o alcance de uma precisão e objetividade maiores tanto no âmbito das perguntas quanto no das respostas. Segundo estes autores, o primeiro indício de um campo distinto de pesquisa conhecido como Psicologia manifestou-se no último quarto do século XIX, momento em que o método científico foi adotado como um recurso para tentar solucionar problemas desta disciplina.

Irrefutavelmente, a Psicologia se expandiu e causou significativo impacto na vida cotidiana. Seja qual for a idade, ocupação ou interesses, a vida do sujeito é, em alguma medida, influenciada pelo trabalho de Psicólogos, ou mesmo por sua ausência.

Para Schultz e Schultz (1981), desde o início da história registrada, estudiosos vêm tentando compreender o pensamento e o comportamento humanos. Seus esforços têm produzido muitas descobertas e conclusões respeitáveis, embora também devam ser considerados os mitos e imprecisões. Contudo, muitos dos questionamentos levantados séculos atrás ainda são relevantes hoje, o que denota uma considerável continuidade de problemas, e, sobretudo que a Psicologia tem uma ligação vital e tangível com o seu próprio passado.

De fato, não existe uma uniformidade na abordagem ou definição da Psicologia Moderna. Em vez disso, ocorre uma enorme diversidade, e até desacordo e fragmentação, tanto em termos de especializações científicas e profissionais quanto em termos de objeto de estudo. No entanto, “o conhecimento da história pode trazer ordem à desordem e produzir sentido a partir do caos; permite enxergar o passado com mais clareza e explicar o presente” (Schultz e Schultz, 1981, p. 20).

Temática inesgotável, “a história da Psicologia é por si só uma narrativa fascinante, a qual não faltam o drama, a tragédia e as idéias revolucionárias” (Schultz e Schultz, 1981, p. 21).

Hospital

Ao longo da história documentada, é possível identificar o desenvolvimento de povos e de comunidades que vislumbravam a melhoria da qualidade de vida de sua população, assim também o é com os hospitais, os aspectos sanitários e, por conseguinte o aparecimento de práticas neste exercidas.

Segundo Lisboa (2002), à medida que as doenças e calamidades afetavam a humanidade, por vezes originárias da própria degradação humana, era possível ver o quanto profissionais e leigos buscavam práticas ou técnicas que minimizassem os sofrimentos de seus doentes e a cura de seus males. Contudo, ainda que frente ao avanço científico e tecnológico, os processos de mudança, necessariamente, sempre estarão inerentes a novos desafios. Para a autora, o hospital, em toda a sua história, tentou adequar-se às mudanças, essencialmente no tocante às questões que envolvessem a diversidade de funções, a complexidade e, prioritariamente, o desenvolvimento profissional de seus colaboradores. A autora pontua que dificilmente se encontra, na Antiguidade, denominação específica para o local onde pessoas enfermas fossem aceitas para permanência e tratamento de doenças. Em sentido geral, pessoas pobres, órfãos, doentes e peregrinos se misturavam para toda e qualquer necessidade de cuidados.

Lisboa (2002), refere que a palavra hospital origina-se do latim hospitalis, que significa "ser hospitaleiro", acolhedor, adjetivo derivado de hospes, que se refere a hóspede, estrangeiro, conviva, viajante, aquele que dá agasalho, que hospeda. Assim, os termos "hospital " e "hospedale" surgiram do primitivo latim e

se difundiram por diferentes países. É possível verificar que no início da era cristã, a terminologia mais utilizada relacionava-se com o grego e o latim, sendo que hospital tem hoje a mesma concepção de nosocomium, lugar dos doentes, asilo dos enfermos e nosodochium, que significa recepção de doentes. Assim, da palavra "hospitium", derivou hospício, que designava os estabelecimentos que recebiam ou eram ocupados permanentemente por enfermos pobres, incuráveis ou insanos. As casas reservadas para tratamento temporário dos doentes eram denominadas "hospital" e, hotel, o lugar que recebia pessoas "não doentes".

Refere Lisboa (2002), que deve-se ao budismo a propagação das instituições hospitalares, a partir de Sidartha Gautama, o Iluminado (Buda), que, segundo os registros da autora, construiu vários hospitais e nomeou, para cada dez cidades, um médico já "formado", prática continuada por seu filho Upatise.

Verifica-se que as primeiras figuras humanas a exercerem a "arte de curar" foram os sacerdotes dos templos e, estes, os primeiros locais para onde iam os doentes. Inicialmente, eram movimentos espontâneos, indo os enfermos orar ao Deus, pela cura de seus males. Com o passar do tempo, e o número desses enfermos aumentando, foi necessária a criação de lugares apropriados e, finalmente, novos templos foram construídos em locais de bosques sagrados, com fontes de água de propriedades terapêuticas, para atender aos doentes.

De acordo com Lisboa (2002), é então desenvolvido o conceito de "hospedagem", ou seja, atendimento de viajantes doentes, os iatreuns, lugares públicos de tratamento, servidos por médicos que não pertenciam à casta sacerdotal. Muitos não passavam de residência dos médicos e seus estudantes, que acolhiam enfermos. Outros representavam local de "internação" de doentes, sob a supervisão dos especialistas (medicina empírica), sendo que nestes locais passaram a funcionar, também, escolas de medicina.

Com o advento do cristianismo surge uma nova visão humanística, a que altera a organização social e as responsabilidades do indivíduo. É então

desenvolvido, mais rapidamente, o conceito de serviços gerais de assistência aos menos favorecidos e aos enfermos, idosos, órfãos, viúvas, da mesma forma que viajantes e peregrinos, sustentados pela contribuição dos cristãos, desde os tempos apostólicos.

Para Lisboa (2002), novos preceitos também para a vida monástica são estabelecidos, e toma importância fundamental a ajuda aos enfermos visando melhorar o tratamento dos doentes. Difunde-se, também, o estudo das ervas medicinais. O conhecimento recuperado tem influência na postura perante o conceito doença/saúde, modificando desde a alimentação fornecida até, a disposição dos prédios. Assim, mosteiros beneditinos serviram de modelo para outras ordens religiosas que se dedicaram aos enfermos, inclusive ordens militares posteriores.

Durante o Renascimento, as transformações econômicas e sociais alteraram o caráter da inserção dos hospitais na vida urbana. A emergência da burguesia se refletiu na melhoria das condições de vida das cidades, que passaram a atuar como focos de atração desordenada de migrações e deslocamentos de caráter comercial. Além disso a "vadiagem", conseqüência do desemprego, sobrecarregou o caráter assistencial dos hospitais. Conseqüentemente, surge a necessidade urgente de alterar a função do hospital para que venha a atender um maior número de pessoas, em menor espaço de tempo. Surge conseqüentemente a figura emblemático do médico "detentor do poder".

Ressalta Lisboa (2002), que os regulamentos deveriam visar a atuação curativa do especialista: visita à noite para doentes mais graves; outra visita para atender a todos os doentes; residência de um médico no hospital, que deve se locomover a qualquer hora do dia e da noite, tanto para observar o que se passa, quanto para atender chamados. Surge, assim, uma classe de profissional, o "médico de hospital". Desta forma, a tomada do poder pelo médico, levou a uma inversão das relações hierárquicas anteriormente existentes no hospital, tendo

sua manifestação concreta no denominado "ritual de visita", ou seja, um desfile quase religioso, encabeçado pelo médico, que se detém no leito.

Tão logo, na tomada de cada doente, o médico é seguido por todas as categorias subseqüentes da instituição, ou seja, pelos assistentes, pelos alunos, pelos enfermeiros etc. Cada um com seu lugar determinado, e a presença do médico anunciada por uma sineta. A organização e o poder eram assim indissociáveis.

Quanto ao funcionamento econômico, Lisboa (2002), ressalta que o médico substitui a caridade, a organização religiosa ou municipal. Ou seja, com a melhoria do atendimento médico, a burguesia procura o hospital e paga pelos cuidados recebidos, reforçando o poder de decisão dos profissionais. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar.

Em meados do século XIX, o desenvolvimento da medicina, o uso de métodos assépticos e anti-sépticos que diminuíram drasticamente o número de mortes por infecção, a introdução da anestesia, permitindo a realização de cirurgias sem dor e com mais possibilidades de êxito, contribuíram muito para alterar a imagem do hospital, que, conseqüentemente, deixou de ser um lugar aonde os pobres iam para morrer, transformando-se em local onde os enfermos podiam curar-se. Como resultado, os ricos passaram a, aconselhados por seus médicos, solicitar serviços hospitalares. Conseqüentemente, os hospitais modificaram seu objetivo, e por conseguinte, sua clientela. Assim, passaram de abrigos a centros onde se dispensavam cuidados de nível científico da medicina, em detrimento ao atendimento daqueles que dependiam da caridade pública.

De acordo com Cecílio e Mendes (2004), na recente micropolítica do hospital, as diretrizes da direção sofrem uma espécie de distorção: as citadas diretrizes são reinterpretadas, ressignificadas e traduzidas em práticas que mais parecem manter certos instituídos – em particular a ainda expressiva autonomia da prática médica e das relações de dominação dos médicos em relação a outras corporações – do que reinventar, efetivamente, as relações existentes na vida

hospitalar. Assinalam ainda que as intenções de se implantar modelos gerenciais mais racionais e coordenados, com vistas a alcançar uma certa concentração dos trabalhadores em torno dos objetivos da direção serão, na maioria das vezes “deformadas” ao percorrerem o denso campo de forças imanentes à micropolítica do hospital. Há sempre uma incontornável distância entre as equipes envolvidas diretamente no cuidado e a direção do hospital, de maneira que as diretrizes dessa última, sejam elas quais forem, são sempre reinterpretadas, reinventadas, digeridas e recriadas antropofagicamente, pelas primeiras.

Embora ainda sob a insígnia de uma acentuada cisão hierárquica entre o médico e os outros profissionais, as exigências de um hospital eficiente e eficaz, assim determinam, que ocorra o encontro - no mesmo espaço geográfico (hospital) e social (doente) - entre profissionais que se complementam. Tendo sido o profissional da enfermagem, aquele que viria a imprimir uma maior humanização ao espaço hospitalar.

É na Idade Moderna que surge a descentralização, a segregação de atividades complementares e a coexistência de pessoal administrativo, médico e auxiliar dentro das instituições hospitalares. Na Idade Contemporânea cresce a descentralização, aumenta a complexidade das estruturas organizacionais e a diversidade de funções. O modelo do hospital de hoje e do futuro deve adotar, como ponto de partida, a qualidade total da gestão, sem o que se converteria em um projeto fracassado em curto prazo. Logo, a qualidade deve ser determinada pelas necessidades e expectativas dos clientes externos e internos. Lembrando que a qualidade é obtida por meio de melhores processos e atividades, e não, tão somente, por inspeção. Ou seja, “um melhoramento contínuo que nunca termina” (Malagón-Londoño e cols, 2010, p.9).

Medicina

Segundo Straub (2005), responsável por estabelecer as raízes da medicina ocidental quando se rebelou contra o antigo foco no misticismo e na superstição, o filósofo grego Hipócrates (cerca de 460 a 377 a.C), frequentemente chamado de

“o pai da medicina moderna”, foi o primeiro a afirmar que a doença era um fenômeno natural e que suas causas, seu tratamento e sua prevenção podem ser conhecidos e merecem estudos sérios. Segundo o autor, assim, foi construída a base mais antiga para uma abordagem científica da cura.

Assim, foi proposta por Hipócrates a primeira explicação racional para o fato de as pessoas adoecerem – teoria humoral. Ainda que tenha sido descartada à medida que foram feitos avanços em anatomia, fisiologia e microbiologia, a noção sobre os traços da personalidade estarem ligados aos fluidos corporais persiste na medicina popular e alternativa de muitas culturas. Além disso, é sabido que muitas doenças envolvem um desequilíbrio entre os neurotransmissores do cérebro, de modo que Hipócrates não estava completamente equivocado. De tal modo vale a a descrição que segue:

“(...) um corpo e uma mente saudáveis resultavam do equilíbrio entre quatro fluidos corporais chamados de humores: sangue, bile amarela, bile negra e fleuma. Quando os humores estavam desequilibrados, contudo, o corpo e a mente seriam afetados de maneiras previsíveis, dependendo de qual dos quatro humores estivessem em excesso.” (Straub, 2005, p. 28).

Para Straub (2005), outra grande figura na história da medicina ocidental foi o médico Claudius Galeno (cerca de 129 a 200 d.C). Conduzindo estudos de dissecação de animais e tratando os ferimentos graves dos gladiadores romanos, a partir dos quais ele aprendeu grande parte do que anteriormente não se sabia a respeito da saúde e da doença. Galeno escreveu volumes a respeito da anatomia, higiene e dieta, construídos sobre as bases hipocráticas da explicação racional e da descrição cuidadosa dos sintomas físicos de cada paciente. Galeno desenvolveu um sistema elaborado de farmacologia que os médicos seguiram por quase 1.500 anos. Tal sistema era fundamentado na noção de que cada um dos quatro humores do corpo possuía sua própria qualidade elementar que determinava o caráter de doenças específicas. Embora tais visões possam parecer arcaicas, a farmacologia de Galeno era lógica, baseada em observações cuidadosas, e semelhantes aos antigos sistemas de medicina que surgiram na

China, Índia e em outras culturas não-ocidentais. De maneira que muitas formas de medicina alternativa ainda usam idéias semelhantes, hoje em dia.

Segundo Straub (2005), em meados do século V d.C. a doença era vista como punição divina por algum mal realizado e acreditava-se que doenças epidêmicas, que ocorreram durante a Idade Média, eram um sinal da ira de Deus. Neste cenário, embora os seguidores de Hipócrates e Galeno continuassem a promover uma abordagem científica, a maioria dos médicos medievais enfatizava a feitiçaria, a demonologia e outras formas de tratamento. De modo que houve poucos avanços científicos na medicina européia por 1.500 anos.

No final do século XV, nascia a era da Renascença. Com o ressurgimento da investigação científica, esse período vivenciou a revitalização do estudo da anatomia e da prática médica. René Descartes, cuja primeira inovação foi o conceito do corpo humano como máquina, descreveu todos os reflexos básicos do corpo, construindo, modelos mecânicos para demonstrar seus princípios. Descartes acreditava que a doença ocorria quando a máquina estragava e a tarefa do médico era consertar a máquina. Conhecido por sua crença de que a “mente e o corpo são processos separados e autônomos, que interagem de forma mínima e que cada um deles está sujeito a diferentes leis de causalidade”, Descartes defendia o ponto de vista do dualismo mente-corpo ou dualismo cartesiano; baseado na doutrina de que os seres humanos possuem duas naturezas, a mental e a física (Straub, 2005, p. 30). Após a Renascença, a antiga teoria humoral de Hipócrates poderia ser descartada em favor da nova teoria anatômica da doença. Inquestionavelmente a ciência e a medicina mudaram rapidamente durante os séculos XVII e XVIII, motivadas por inúmeros avanços tecnológicos como por exemplo a utilização clínica da termometria e a invenção do microscópio. Logo, uma vez que as células individuais tornaram-se visíveis, o cenário estava pronto para Rudolf Virchow, já no século XIX esboçar a teoria celular da doença. Ou seja, a idéia de que a doença é uma resultante do funcionamento incorreto ou da morte das células corporais.

Para o autor, no século XX, marco de uma nova era, o campo da medicina continuava a avançar. Cada vez mais apoiado sob as bases da fisiologia e da anatomia e distante do estudo dos pensamentos e emoções. Nasce o modelo biomédico de saúde, cuja crença é que a doença sempre tem causas biológicas. Visão esta ainda dominante na medicina nos dias de hoje, e que não faz menção às variáveis psicológicas, sociais ou comportamentais na doença.

Vale ressaltar que se trata de um modelo reducionista, cuja saúde nada mais é do que a ausência de doenças. “Dessa forma, aqueles que trabalham apoiados nessa perspectiva concentram-se em investigar as causas das doenças físicas em vez daqueles fatores que promovem a vitalidade física, psicológica e social.” (Straub, 2005, p. 32).

Naturalmente, um breve esboço histórico é suficiente para demonstrar o quanto antiga é a arte médica, então exercida pelos feiticeiros, Xamãs e sacerdotes. Por outro lado, a comprovação da ciência médica é bastante recente, apenas nascida a partir do século XIX, e, do ponto de vista psicológico, sempre sofrendo forte influência daqueles predecessores místicos. “Dessa forma, até há bem pouco tempo a relação do médico com seu paciente era unidirecional, com esse último submisso e esvaziado, investindo o primeiro com uma aura de forte idealização e magia” (Zimmermann, 2010 in Mello Filho, Burd e Cols, 2010, p.80).

Psicologia da Saúde

Straub (2005), refere hoje ser possível afirmar que a psicologia da saúde possui focos e objetivos próprios. Tendo sido os quatro principais aqueles estabelecidos pela American Psychological Association (APA) e seu então presidente Joseph Matarazzo e publicados no primeiro volume de seu periódico oficial, *Health Psychology*.

Para o referido autor, tendo a saúde como seu tema fundamental, a Psicologia da Saúde é um subcampo da Psicologia que aplicam princípios e pesquisas psicológicas para melhoria, tratamento e prevenção de doenças. As

áreas de interesse da Psicologia da Saúde incluem condições sociais, fatores biológicos e traços de personalidade. Um campo relativamente novo que irá desempenhar um papel fundamental para o enfrentamento de desafios para a saúde do mundo, a Psicologia da Saúde é a ciência que busca responder questões relativas à forma como o bem estar das pessoas pode ser afetado pelo que se pensa, sente e faz. Por se tratar de um subcampo da Psicologia, a Psicologia da Saúde tem como premissa “quatro objetivos” distintos porém complementares:

1. Estudar de forma científica as causas e origens de determinadas doenças, ou seja, a sua etiologia. Os psicólogos da saúde estão principalmente interessados nas origens psicológicas, comportamentais e sociais da doença.

2. Promover a saúde. Preocupa-se com questões sobre como levar as pessoas realizarem comportamentos que promovam a saúde (praticar exercícios regularmente, comer alimentos nutritivo, etc).

3. Prevenir e tratar doenças. Projeta programas para ajudar as pessoas a pararem de fumar, perderem peso, administrarem o estresse, e minimizarem outros fatores de risco de uma saúde fraca. Preocupa-se também com aquelas que já estão doentes, em seus esforços para adaptarem-se a suas doenças ou obedecerem regimes de tratamento difíceis.

4. Promover políticas de saúde pública e aprimoramento do sistema de saúde pública. Os psicólogos da saúde são bastante ativos em todos os aspectos da educação para a saúde, e reúnem-se com frequência com os líderes governamentais que formulam políticas públicas na tentativa de melhorar os serviços de saúde para todos os indivíduos.

Notadamente, as tendências sociais e históricas, criaram a necessidade de um modelo novo e mais amplo de saúde e de doença, os psicólogos da saúde estando cada vez mais dispostos a alcançar o êxito diante de tal tendência. Deste modo, estes profissionais desenvolveram diversos modelos, ou perspectivas, para guiar seu trabalho.

Psicologia Médica

Provavelmente por se tratar de um novo capítulo na história da Medicina, a Psicologia Médica pode ser melhor percebida como um estudo do que como uma prática. O que verdadeiramente não diminui seu mérito, uma vez que a maioria das práticas é melhor aproveitada e praticada quando advindas de estudo aprofundado.

Para Muniz e Chazan (2010), no âmbito da Psicologia Médica, a proposta é estudar a psicologia do estudante, do médico, do paciente, da relação entre estes, da família e do próprio contexto institucional dessas relações.

Levando em consideração o contexto da criação e da prática da Psicologia Médica, é possível perceber que “a Psicologia Médica tem como principal objetivo de estudo, as relações humanas no contexto médico. Portanto, a compreensão do homem em sua totalidade, em seu diálogo permanente entre mente e corpo, em sua condição biopsicossocial, é fundamental para a Psicologia Médica” (Muniz e Chazan, 2010, p. 49 in Mello Filho, Burd e Cols, 2010).

Se a interlocução entre ensino e prática é questão fundamental, e portanto indispensável, pode-se partir do princípio de que “pouco adiantam os conhecimentos de ordem intelectual em Psicologia Médica se eles não forem experienciados na prática clínica do estudante ou médico” (Muniz e Chazan, 2010, p. 51 in Mello Filho, Burd e Cols, 2010). É possível crer que “perceber o que não é diretamente explicitado pelo paciente não é tarefa fácil. Escutar o que não é dito em palavras requer um modelo de relação que, de forma alguma, é o habitual” (Muniz e Chazan, 2010, p. 52 in Mello Filho, Burd e Cols, 2010). ...as transformações, ou melhor, as possibilidade de mudanças nas atitudes dos estudantes estarão ligadas diretamente à intensidade das experiências emocionais vividas no decorrer de sua formação médica. E desenvolvendo a capacidade de elaborar seus conflitos. De refletir sobre suas angústias, que o estudante poderá posteriormente ouvir as angústias do paciente” (Muniz e Chazan, 2010, p.52 in Mello Filho, Burd e Cols, 2010). Assim, como ocorre em Psicologia de um modo geral.

Segundo Caixeta (2010), o conceito de Psicologia Médica é controverso desde o início. Portanto, em uma tentativa de elucidar não tão somente o conceito, mas, sobretudo a prática do profissional de Psicologia Médica, vale lançar mão de seus objetivos. Para o autor, os objetivos da Psicologia Médica não se confundem, com os da Psiquiatria ou Psicanálise, estando fundamentados sobretudo no estudo e manejo dos problemas psicológicos inerentes aos médicos, no estudo sobre o adoecer e o morrer, no estudo das repercussões sistêmicas ou cerebrais sobre a psicologia do paciente, na repercussão da doença sobre a psicodinâmica familiar, na importância dos fatores psicobiológicos dentro da gênese, desencadeamento e terapêutica de certas doenças, no mitigar convenientemente as angústias espirituais e existenciais ao curso das enfermidades longas e difíceis, no escutar o paciente, escutar sobre a doença, escutar as queixas e o sofrimento do paciente e de seus próximos, no esclarecer, na medida do possível, as complexas relações psicobiológicas entre “alma e corpo” dentro do contexto médico, e, no fornecer aos médicos noções psicológicas práticas indispensáveis ao seu exercício médico cotidiano.

Em um nível mais profundo de Psicologia Médica (no tocante à Psiquiatria de Ligação ou aos serviços Especializados em Psicologia Médica), empenha-se enxergar os fatores psicopatológicos presentes dentro de certas relações médico-paciente. É então um nível mais aprofundado de Psicologia Médica e que releva uma assistência mais especializada, pertencente talvez a um serviço de Psiquiatria de Ligação ou de Psicologia Médica (Caixeta, 2010).

Enfim, embora seja tanto tentador quanto mais fácil fragmentar a atividade médica em uma Medicina Somática e uma Medicina Psicologia, na maioria das vezes uma em detrimento da outra, faz-se necessária a unificação da medicina intentando uma melhor compreensão, terapia mais eficaz e indubitavelmente, um prazer e um interesse acrescidos a prática.

Psicologia Hospitalar

Mais que uma atuação determinada por uma localização, a “Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” – aquele que se “dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”...”(Simonetti, 2004, p. 15).

É importante apontar o objeto da psicologia hospitalar e estabelecer que está relacionado aos aspectos psicológicos, e não às causas psicológicas.

Assim, fica estabelecido que “a psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas “psicossomáticas”, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença”, uma vez que é factível que “toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho da psicologia hospitalar” (Simonetti, 2004, p. 15).

Embora o foco da psicologia hospitalar seja o aspecto psicológico em torno do adoecimento, é sensato aceitar que aspectos psicológicos não existem soltos. Entre tantas importantes características da psicologia hospitalar, uma delas, de extrema relevância é a de que “ela não estabelece uma meta ideal para o paciente alcançar, mas simplesmente aciona um processo de elaboração simbólica do adoecimento.” (Simonetti, 2004, p. 19).

Vale citar a afirmativa: “curar sempre que possível, aliviar quase sempre, consolar sempre” (Simonetti, 2004, p. 21).⁴ A transmutação de “consolar” em “escutar” se aproxima consideravelmente da “filosofia da psicologia hospitalar, que então pode ser definida como psicologia da escuta, em oposição à filosofia da cura...” (Simonetti, 2004, p. 21).

Mesmo naqueles casos em que o paciente encontra-se impossibilitado de falar por razões orgânicas ou não, (...) ou pura resistência, ainda assim essa orientação do trabalho pela palavra é válida, já que existem muitos signos não-verbais com valor de palavra, como gestos, olhares, a escrita e mesmo o silêncio (Simonetti, 2004, p. 23).

⁴ Aforismo hipocrático citado por Simonetti.

Enfim, “a psicologia hospitalar vem se desenvolvendo no âmbito de um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre diferentes formas de conhecimento” (Simonetti, 2004, p. 25-26). E, a consequência clínica mais importante dessa visão é a de que “em vez de doenças existem doentes” (Simonetti, 2004, p. 26 citando Perestrello, 1989).

Psicossomática

Pensar em Psicossomática requer abertura para novas perspectivas entre a Medicina e a Psicanálise. Neste sentido, é a abertura para integração entre as perspectivas da doença com sua dimensão psicológica; da relação médico-paciente com seus múltiplos desdobramentos; da ação terapêutica voltada para a pessoa do doente - um ser entendido como um todo biopsicossocial. Diante dessa abertura, necessária para a concepção dessa ciência e prática (Psicossomática), é possível afirmar que se trata sobretudo de “uma nova visão da Patologia e da Terapêutica, tornando possível o axioma antropológico do objetivo médico. Em outras palavras, trouxe para o pensamento médico científico e para a prática assistencial o mote clássico: tratar doentes e não doenças”. (Eksterman in MelloFilho, Burd e cols, 2010. p. 40).

Vale afirmar que em sentido prático, não se trata de Psicanálise aplicada aos doentes somáticos, ou mesmo psicanalisar portadores de enfermidade físicas: trata-se, fundamentalmente, de uma transformação, tanto do pensamento quanto da atitude médica.

Dia a dia, os vários fatos observados na prática clínica evidenciam que soma e psiquismo formam uma só unidade; que a oposição entre termos ‘mental’ e ‘corporal’, ‘físico’ e ‘anímico’, ‘psíquico’ e ‘somático’ carece de existência real. Impõe-se, pois a noção do homem como unidade psicossomática. O paciente deve ser encarado não como simples máquina que precisa de reparo, mas como ser necessitado que pede ajuda e proteção (...) (Eksterman in Mello Filho, Burd e cols, 2010. p. 40 citando Perestrello, 1945).

Em seu cerne, a Psicossomática traz o objetivo básico de promoção de uma nova atitude na assistência, educação e pesquisa médicas, ou seja, atitude psicossomática, que visa a integração dos elementos psicodinâmicos e biológicos da Patologia. Para além dessa premissa, a Psicossomática atribui o valor devido à multidisciplinaridade, uma vez que busca conexão efetiva com a Enfermagem, o Serviço Social, a Nutrição e a Psicologia, desde que comprometidas com o cuidado geral e a dimensão social da patologia, além da condição existencial do doente. Para tanto é imprescindível que haja absoluto comprometimento de todos os profissionais envolvidos.

Apesar de toda a conceituação bem estruturada e até otimista acerca da Psicossomática, vale citar a expectativa de Ekstermam acerca da Psicossomática como ainda sendo “mais uma esperança do que uma realidade prática. Isso porque persiste o maior dos desafios; o efetivo encontro do ser humano consigo próprio e com o outro” (Eksterman in Melo Filho, Burd e cols, 2010. p. 45).

Psicologia e Medicina: o possível diálogo

Psicologia, Psicologia Hospitalar e Medicina

Segundo Angerami-Camon (2009), as perspectivas da Psicologia Hospitalar podem ser consideradas bastante promissoras, uma vez que determinam a própria trajetória de suas conquistas e realizações. A Psicologia, sobretudo a Psicologia Hospitalar, por mérito próprio, ganhou reconhecimento da comunidade científica, além de inquestionável notoriedade junto a outras profissões, assim como , contribuiu e contribui para a humanização da prática dos profissionais da saúde dentro do contexto hospitalar, sendo esta uma das determinantes da mudança da postura médica diante das patologias, de modo que aspectos emocionais passaram a ser considerados no quadro geral do paciente.

Para o autor, a Psicologia Hospitalar inovou na maneira de compreender o contexto de realidade institucional e sedimentou a compreensão do quadro de restabelecimento cirúrgico do paciente hospitalizado, estabelecendo a dimensão de seus medos, angústias e fantasias. Atuar como Psicólogo Hospitalar é crer que a humanização da abordagem hospitalar é possível e real; é sobretudo verter o grito de dor do paciente de modo que este seja não tão somente escutado, mas sobretudo, compreendido em toda a sua dimensão humana. O fato de a Psicologia Hospitalar ser igualmente presença obrigatória e indispensável em simpósios e congressos que abordam a Psicologia Clínica e Social de maneira abrangente e generalizada, pode ser considerado um fator sumamente relevante, uma vez que surgem dos cantos mais diversos do país, vozes que ecoam a performance desta área da Psicologia. É à partir da Psicologia Hospitalar que a própria Psicologia redefine conceitos teóricos, com o intuito de compreender melhor a somatização, suas implicações, ocorrências e portanto, consequências. Além disso, o autor defende que é também à partir da Psicologia Hospitalar que a conceituação da saúde passa a ser redefinida , na realidade institucional , em suas nuances e aspectos mais profundos.

A Psicologia Hospitalar é um determinante de novos modelos teóricos de atendimento, é o questionamento da prática, em uma atuação determinada pela própria realidade da conceituação de saúde e até mesmo de normalidade. Capaz de transformar tanto a realidade institucional quanto a realidade interior daquele que dela se aproxima e se apropria. Consiste ainda no renovar da esperança de que a dor seja entendida de uma forma mais humana, e de que os profissionais da saúde, sobretudo os médicos, possam aprender a escutar a angústia, o sofrimento, a ansiedade e o medo presentes em cada manifestação física de dor e sofrimento, sem temores, e com condições de lidarem com este lado do humano. A Psicologia Hospitalar é o renovar do coração que vibra em ânsia antes e após cada cirurgia; é o renovar da família que sofre junto do

paciente, sua dor, medo e angústia; é o esclarecimento dos sentimentos do profissional de saúde que se envolve com a dor do paciente e que, igualmente, sofre em níveis orgânicos a dor desse envolvimento. Pela ótica da Psicologia Hospitalar, o órgão enfermo é inserido no ser totalitário. De tal modo, se existe um movimento na filosofia, na psicologia, na psiquiatria e nas ciências humanas em geral para que seja abandonada a visão dualista mente-corpo, é sumamente na Psicologia Hospitalar que será encontrado o enfeixamento de compreensão do homem como um todo. (Angerami-Camon, 2009, p. 139).

Sendo a subjetividade o objetivo da Psicologia Hospitalar, a doença é um real do corpo no qual o homem esbarra. E, quando isso acontece toda a sua subjetividade é sacudida. De tal modo, a Psicologia Hospitalar está interessada em dar voz à subjetividade do paciente, restituindo-lhe seu lugar, de que a medicina, por vezes, lhe afasta. Uma característica importante da Psicologia Hospitalar é a de que ela não estabelece uma meta ideal a ser alcançada pelo paciente, mas simplesmente aciona um processo de elaboração simbólica do adoecimento. Para o autor, ela se propõe a ajudar o paciente a fazer a travessia da experiência do adoecimento, embora não diga onde vai dar essa travessia. O destino do sintoma e, por conseguinte, do adoecimento depende de muitas variáveis: do real biológico, do inconsciente e das circunstâncias. Logo, o Psicólogo Hospitalar participa dessa travessia como ouvinte privilegiado e não como guia. (Citando Moretto, Simonetti, 2004).

É certo que, na cena hospitalar, Medicina e Psicologia se aproximam significativamente, articulam-se, coexistem e tratam do mesmo paciente, no entanto, nunca se confundem, já que possuem objetos, métodos e propósitos marcadamente distintos. A filosofia da Medicina é curar doenças e salvar vidas. Já a filosofia da Psicologia Hospitalar é reposicionar o sujeito em relação à sua doença.

Citando Moretto, Simonetti (2004), refere, de modo bastante pertinente, que a Psicologia não está no Hospital para melhorar ou facilitar o trabalho da Medicina, embora isto possa ocorrer. A Psicologia Hospitalar jamais poderia

funcionar a partir de uma filosofia de cura, especialmente porque se propõe a lidar também com situações em que a cura já não é mais provável, como no caso de doenças crônicas, assim como de doenças sem possibilidades terapêuticas. Vale ressaltar que no sentido médico de erradicação de doenças e eliminação de sintomas, a psicologia é pouco eficiente.

Assim, verdadeiramente, o Psicólogo pode fazer muito pouco em relação à doença em si, dado que este é o campo de trabalho do médico, mas pode fazer muito no âmbito da relação do paciente com seu sintoma: essa sim sendo uma das funções do Psicólogo inserido em um hospital geral.

Para Simonetti (2004), se a filosofia da Psicologia Hospitalar não se dá pela cura, também não se dá contra a cura. Trata-se de uma filosofia para além da cura, uma vez que suprimidos os sintomas e eliminadas as causas das doenças, ainda permanecem a angústia, os traumas, as decepções, os medos, as consequências reais e imaginárias, ou seja, as marcas da doença. Logo, mesmo no trabalho bem sucedido de cura, muitas experiências ficam, resistem, tanto no curador como no doente. A Psicologia Hospitalar se propõe a tratar também dessas situações, dessas marcas, destas cicatrizes.

Embora tanto a Medicina quanto a Psicologia aceitem que a doença é um fenômeno bastante complexo, comportando várias dimensões, situá-las em termos de causas psíquicas versus causas orgânicas, ainda é uma característica do pensamento de parte dos médicos, uma armadilha para o Psicólogo, que de modo algum deve incorrer no erro epistemológico, uma vez que incontestavelmente o psíquico é orgânico e vice-versa.

De acordo com Simonetti (2004), a Psicologia Hospitalar embora enfatize a parte psíquica, não diz, e nem tão pouco sugere, que outra parte não exista ou seja importante. Ao contrário, perguntará sempre qual a reação psíquica diante da realidade orgânica, qual a posição do sujeito diante desse real da doença, e disso fará seu material de trabalho. Além disso, a Psicologia Hospitalar define como objeto de trabalho não somente a dor do paciente, mas também a angústia da

família, a angústia, na maioria das vezes disfarçada da equipe, e a angústia muitas vezes negada dos médicos. De tal maneira, além de considerar essas pessoas individualmente a Psicologia Hospitalar também se ocupa das relações entre esses atores, o que a constitui como uma verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos. Não esquecendo-se, claro, da própria angústia e dor do Psicólogo neste teatro vivo do adoecimento e morte.

No terreno da subjetividade, é possível verificar que a relação entre a Psicologia e a Medicina é, por vezes, de uma contradição radical. Uma vez que a primeira faz da subjetividade seu foco principal, a segunda, muitas vezes, sem cerimônias, exclui a subjetividade de seu campo epistêmico de maneira, por vezes, uma suposta, porém equivocada, abordagem objetiva do adoecimento sem o viés de sentimentos ou desejos. De tal modo acaba, muitas vezes por negligenciar a subjetividade tanto do paciente como do próprio médico e equipe.

Simonetti (2004) , refere que tal abordagem, tão “objetiva”, sofre o mal de que o excluído na teoria, retorna, com toda a força, na prática da clínica médica. Citando Moreto o autor afirma que é possível assim, assistir, na relação concreta médico-paciente, uma verdadeira enxurrada de emoções, sentimentos, fantasias e desejos, - de ambos – que, por não terem amparo teórico, são negados e escamoteados, embora nem por isso deixem de existir e influir. Vale considerar que a postura médica, diferenciada da postura do Psicólogo Hospitalar, frente ao adoecimento subjetivo do paciente não deve ser tratada como uma escolha meramente comportamental, mas sim como uma construção histórica que, embora sensivelmente, e, com grande esforço, vem se modificando ao longo dos anos⁵.

⁵ Na Grécia antiga havia dois tipos de médicos, os que cuidavam dos cidadãos gregos e os que cuidavam dos escravos. Como os escravos eram oriundos de outras nações e não falavam o idioma grego, os médicos que deles cuidavam foram perdendo o hábito de conversar com os pacientes. Não adiantaria mesmo, e não sendo possível a comunicação, apenas os examinavam e medicavam. Já os médicos que cuidavam de seus compatriotas gregos, costumavam conversar muito com eles, e, como para conversar com pessoas doentes é preciso se inclinar um pouco sobre o leito, eles começaram a ser conhecidos como os médicos que se inclinavam, do grego *inclinare*, e disso nasceu o termo atual “clínica”. O Psicólogo hospitalar é um clínico. Fonte: Simonetti (2004, p. 28).

Psicologia e Medicina: um paradoxo ou simplesmente dois paradigmas?

Inicialmente, a prática psicológica frente à prática médica pode constituir-se em um embate. Afinal, quando o discurso médico fracassa em sua pretensão epistemológica de banir a subjetividade, abrem-se então as portas do hospital para a psicologia entrar, adentrar e cuidar desta importante característica humana que revoluciona a “meta” médica, subvertem-na além de lançarem complexa perplexidade na cena hospitalar.

Para Simonetti (2004), a medicina quer esvaziar o paciente de subjetividade, e a psicologia se especializou em mergulhar nessa mesma subjetividade, crendo que “mais fácil do que secar o mar, é aprender a navegar...” (p. 22). Que é exatamente isto, ou seja, restabelecer as condições para a prática da medicina científica, o que a medicina espera da psicologia hospitalar, não resta dúvida. A questão é saber se essa é mesmo a melhor função da psicologia nessa empreitada hospitalar. Será o papel da Psicologia Hospitalar o de atuar como depositária de toda a subjetividade em torno do adoecimento, permitindo, com esse gesto, que a medicina continue a ignorar a subjetividade e a trabalhar com um corpo como se nele não estivesse embutido um sujeito? Ou caberia à Psicologia Hospitalar redirecionar, de forma cuidadosa e não acusativa e crítica, essa subjetividade de volta para medicina, auxiliando-a tanto a incluí-la quanto a compreender e com ela lidar, em sua filosofia?

Por outro lado, vale ressaltar que a especificidade de cada profissão é inquestionavelmente relevante, uma vez que dá condições ao profissional de se apropriar de modo mais profundo daquilo que lhe compete enquanto especialista, o que não justifica a desqualificação de um outro profissional. Ao contrário, a necessidade e portanto, aceitação do outro, pode lançar luz à possibilidade de uma ressignificação interessante, produtiva para ambos, em termos de qualidade e efetividade no atendimento daquele que adocece, e que portanto, sofre.

Outra questão importante na compreensão do “paradoxo” Medicina e Psicologia é a questão do destino “desejado” ao sintoma, ou seja, o que cada profissional faz, tenta, ou deseja fazer com o sintoma do paciente. Fácil supor que na medicina não há dúvidas: ela quer eliminá-lo, destruí-lo. Ora, e tem mesmo que proceder assim, não há como defender o contrário. Afinal, esta é a natureza da medicina: o tratamento e a cura. E, embora não se colocando no caminho com vistas a atrapalhar tal premissa a Psicologia Hospitalar atua de maneira notadamente diferenciada, uma vez que não tem como função a eliminação imediata de todo e qualquer sintoma, já que se interessa por escutar e compreender o que ele tem a dizer. Partindo de uma natureza inquestionavelmente diferenciada, para a Psicologia, todo sintoma, além de doer e fazer sofrer, traz em si uma dimensão de mensagem e comporta informações sobre a subjetividade de quem o possui. Existe no atuar da Psicologia Hospitalar a inalienável noção de que o sujeito fala por meio de seus sintomas, ou é falado por eles. Logo, a Psicologia se propõe a escutar, compreender e fazer com que todos o entendam: paciente, família e equipe de saúde. Eis a estratégia da Psicologia Hospitalar: tratar do adoecimento no registro do simbólico, uma vez que no registro do real a medicina já o faz brilhantemente e, notadamente, vem se esforçando para fazer, e fazendo, cada vez melhor.

Vale ressaltar que, mesmo nos casos em que o paciente se encontra impossibilitado de falar, por razões orgânicas, instrumentais ou emocionais, ainda assim, a orientação do trabalho pela palavra é bastante válida, já que não se pode e nem tão pouco se deve ignorar os signos não verbais com valor de palavra, tais como gestos, olhares, a escrita, até mesmo o valioso e expressivo silêncio.

De acordo com Simonetti (2004), o que interessa à Psicologia Hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com o seu sintoma, ou seja, o destino do sintoma, o que o paciente faz com sua doença e o significado que lhe confere.

A Psicologia Hospitalar vem se desenvolvendo no âmbito de um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser

humano, e privilegia a clínica, uma visão mais holística em termos de perceber não tão somente doenças mas, sobretudo, a vivência existencial de pessoas que apresentam doenças.

Nessa direção a Psicologia é perfeitamente capaz de perceber que todo conhecimento é parcial e que jamais será possível alcançar a verdade total de objeto ou de objetivo algum. De tal modo, deve se propor a dialogar sempre com aquela que se ainda não, deverá, em uma questão de tempo, e para o bem dos doentes, aceitar e melhor compreender algumas das nuances da Psicologia Hospitalar, de modo a caminharem sempre como complementares e nunca como “combatentes”. Um conhecimento nunca deve ter o propósito de anular ou mesmo desqualificar o outro, mas sobretudo, se legítimo, ético, moral, aliar-se a ele com vistas a um enriquecimento contínuo para ambos. Assim, se não é possível conhecer o todo da doença, ou do doente, já será de grande utilidade conhecer muitas de suas dimensões, aliando-se conhecimentos de diferentes áreas.

De tal modo, se capazes de por em prática tal premissa, ambos os profissionais, tanto da Psicologia Hospitalar quanto da Medicina terão chances mais profícuas de estabelecerem um diálogo verdadeiro e fomentarem em sua prática diária um trabalho mais eficaz e por conseguinte mais efetivo para aquele que sofre.

Em termos de expectativas em relação ao exercício da Medicina, o que mais se deseja é a já tão falada humanização, no tocante a relação médico-paciente, à bioética, ao barateamento dos custos e sobretudo, ao acesso à saúde para todos, conforme seu direito já assegurado pela Constituição Brasileira. No entanto, isso somente será possível de fato, se houver a reflexão sobre o cienticismo radical, e da criação de conexões produtivas entre a ciência e outros campos do saber, como a espiritualidade, a política e a cultura em geral.

Outro aspecto relevante no contexto do trabalho em hospital é o diagnóstico, tanto em Medicina quanto em Psicologia. Para Simonetti (2004, p. 33), “diagnosticar é o instante de ver, seguido pelo tempo de entender que leva ao

momento de intervir, não necessariamente nessa ordem , mas necessariamente interligados.” Logo, a principal razão pela qual os diagnósticos são feitos é para facilitarem o tratamento, uma vez que diante de um diagnóstico bem feito a melhor estratégia terapêutica se evidencie, naturalmente, na mente do psicólogo bem treinado. Além obviamente de outras imprescindíveis razões como a pesquisa científica e, a comunicação e relacionamento entre os profissionais.

Segundo Simonetti (2004), “em medicina, diagnóstico é o conhecimento da doença por meio de seus sintomas, enquanto na psicologia hospitalar o diagnóstico é o conhecimento da situação existencial e subjetiva da pessoa adoentada em sua relação com a doença” (p. 33). Assim, na Psicologia Hospitalar não são diagnosticadas doenças, mas o a relação das pessoas com a doença apresentada. Desta maneira, o diagnóstico, ao contrário do que ocorre na Medicina, não necessariamente é expresso em termos de nomenclatura de doenças , mas por uma descrição abrangente dos processos que influenciam e que são influenciados pela doença vivida pelo paciente.

Tanto a Psicologia Hospitalar quanto a Medicina compreendem o diagnóstico como uma hipótese de trabalho e não como uma verdade absoluta. De tal modo, a Psicologia Hospitalar em seu cerne, trabalha com o sentido das coisas e não com a “verdade” delas (se tal existe!). E, assim também o faz a medicina, ainda que trabalhando com sua filosofia pragmática. Uma vez que são inúmeras as doenças de que não se consegue descobrir a etiologia, mas que por outro lado se consegue curá-las, e ainda lembrando de quantas doenças que ainda não são de conhecimento da Medicina, mas que existem e das quais padecem muitos seres humanos. A Medicina não se esgotou em termos de investigação e prática. Nem a Psicologia Hospitalar, embora estejam muito avançadas!

Enfim, a Medicina diagnostica e trata a doença da pessoa, enquanto a Psicologia Hospitalar diagnostica e trabalha com a pessoa, e sua relação com a doença apresentada. Desta forma pode-se entender que, de maneira alguma deverá se impor um hiato intransponível entre as duas ciências. Ao contrário,

uma, incontestavelmente, complementar^á a outra como cada uma das asas de um pássaro: fundamentais, em seus esforços, para um bem sucedido vôo. Fazem parte de um só corpo, se interdependem, e não podem encontrar separação no objetivo a alcançar: o auxílio ao que sofre.

Conclusões e Considerações Finais

Levando em consideração que a Psicologia em si foi forjada e é sedimentada de maneira “paradoxal”, uma vez que é uma das mais antigas disciplinas acadêmicas ao mesmo tempo em que é uma das mais novas, vale maximizar, em alguns termos, a tolerância no tocante à criação, desenvolvimento e prática da medicina.

É certo que a Psicologia, por seu alcance, causa significativo impacto na vida das pessoas, seja por sua presença ou mesmo por sua ausência. Notadamente, assim também o é com Medicina. E, qualquer abalo na “normalidade” será significativamente impactante na vida do sujeito e de sua família.

Se não há na Psicologia uma uniformidade na abordagem, seja pela possível diversidade – riqueza - de sua prática, ou mesmo pelo temperamento ou personalidade do profissional que acaba guiando em sua escolha, não se pode incorrer no erro de crucificar outra ciência que vem, ao longo de vários séculos, caminhando para a evolução e o incontestável aprimoramento de sua prática. Assim, se a busca da Psicologia Hospitalar é também pela evolução e aprimoramento de sua prática, vale sugerir que tanto a Medicina quanto a Psicologia Hospitalar estejam constantemente abertas para o diálogo, uma vez que ambas vislumbram, a melhoria da qualidade de vida dos seres humanos.

Vale ressaltar que, embora a Medicina há muito mais tempo, também a Psicologia evoluiu e evolui tendo em seu cerne a necessidade ética de adequar-se às mudanças necessárias para a evolução humana. De tal modo, percebendo e aceitando que todo processo de mudança, necessariamente terá inerente a ele

novos desafios, vale reconhecer que para além do desenvolvimento e prática destas duas ciências de maneira isolada, existe a necessidade atual de uma maior união entre as ciências. O que se trata de nada menos que um processo inerente a uma série de desafios, muito provavelmente o maior deles: a determinante necessidade de lidar com o novo, com o outro, e com as próprias limitações.

Logo, é fundamental, a abertura para o desenvolvimento e aceitação de novos preceitos. Segundo Caixeta (2005), é muito importante que o médico, figura emblemática durante muito tempo detentor de todo o poder, saiba e incorpore que o paciente não vem só trazer-lhe um órgão doente, mas também a ansiedade e os problemas psicológicos ou mesmo sociais que deles decorrem.

Assim, o ser humano transcende suas condições fisiológicas, e a Medicina é fundamental para auxílio de seu adoecimento e prevenção do mesmo. Mas, trabalhando sozinha, jamais poderá alcançar o êxito tão almejado, dado que não contempla o ser humano em sua integralidade. Além disso o médico pode e deve também incorporar à sua prática, o fato de que não está sozinho nesta empreitada, mas que poderá contar com outros profissionais, que embora inseridos recentemente no hospital, se dispõem a compartilhar todo o seu conhecimento, para maior chances de alcance de seu objetivo: auxiliar o ser humano na manutenção de sua saúde. Um destes profissionais, certamente é o Psicólogo Hospitalar.

Assim, como clientes internos cabe a estes profissionais, juntos, Médicos e Psicólogos, principalmente, fazer saber que para o melhoramento de sua prática é fundamental uma reinterpretção do trabalho em equipe, onde o conceito sai do papel e toma a forma real, e porque não, ideal. De tal modo, diminui-se não somente a distância entre as equipes, mas sobretudo, entre as equipes diretamente envolvidas no cuidado com o paciente e a Direção do Hospital. Sem a pretensão de neste trabalho esgotar o tema que pode vir a ser bastante extenso, pareceu relevante mencionar.

Por que separar aquilo que a prática hospitalar vem demonstrando maior efetividade quando caminhando junto? Para além das produções científicas, a possibilidade de atender ao doente lançando mão de um leque maior de possibilidades em termos de apropriação de conhecimento e especialidades, não somente médicas mas psicológicas além de pedagógicas, é irrefutavelmente uma conquista das mais dignificantes. Uma vez que coloca o saber completa e efetivamente ao dispor da saúde, de prevenção de doenças, e da qualidade vida.

De certo modo, consideradas as limitações, se trataria de uma disposição para atender a necessidade de um modelo mais amplo de saúde, bem como de doença. De tal modo, seria compreender que, “efetivamente, a vida interior do Outro só é compreendida quando podemos remetermo-nos para “dentro da pele” dele, vivermos nós mesmos, por identificação, o que ele tenta descrever e, depois, num segundo tempo, captá-lo graças a uma tomada de distância objetivante” Caixeta (2005, p. 9).

É fundamental compreender que, para o profissional inserido em contexto hospitalar, seja ele Médico ou Psicólogo, necessita de uma predisposição para a compreensão do homem em sua totalidade, seu diálogo entre mente e corpo, sua condição biopsicossocial, política, e espiritual. Assim se implanta a verdadeira abertura ao diálogo interdisciplinar: com a compreensão das magníficas contribuições dos diversos campos científicos que objetivam lidar com o ser humano, em seu processo de prevenção e tratamento de doenças.

Embora aparentemente mais fácil e, portanto tentador, fragmentar a atividade profissional em hospital, é primordial a unificação de interesses no tocante ao doente e às questões relativas ao adoecimento, onde a saúde, o bem estar e a qualidade de vida do paciente estarão sempre acima de incompreensões entre provisionais de áreas difentes. Faz-se necessário modéstia, na abertura para uma nova visão e atuação diante, tanto da patologia quanto da terapêutica, ou seja, transformação não somente de pensamento mas de atitude dentro da Instituição Hospitalar.

As percepções obtidas a partir do levantamento bibliográfico do presente trabalho levantaram a reflexão sobre o fato de que a Psicologia da Saúde, como um todo, é uma prática promissora que fez e vem fazendo avanços em sua, ainda que breve, impressionante e rica história, embora haja muito ainda a aprender, estudar, pesquisar, e também muitos desafios a serem transpostos pelos profissionais de Psicologia, sobretudo os inseridos em Instituição Hospitalar.

São irrefutáveis as contribuições advindas da elaboração deste trabalho. Contudo, vale salientar a importância inquestionável de o profissional de Psicologia não ficar alheio às transformações pelas quais a profissão passa, bem como não escapar ao chamado de uma realidade prática e dinâmica que se lhe apresenta e, que para além disto, solicita um profícuo comprometimento com o trabalho e sobretudo com o humano. O estudo constante, a dedicação à pesquisa (tão difícil em nossa profissão!), e a troca de experiência através de apresentação de trabalhos em Congressos uni e multiprofissionais, poderão auxiliar na melhoria de fundamentação, assim como na realização de prática nas Instituições Hospitalares, visando tanto a unificação e o trabalho verdadeiro interdisciplinares, como no alcance dos objetivos de todos os profissionais atuantes no Hospital Geral.

Ao considerar os objetivos deste trabalho, foi possível verificar a existência de peculiaridades inerentes a cada profissão. O que não impediu de constatar a existência de uma gama significativa de possibilidades positivas emergentes de um trabalho conjunto e continuado entre os profissionais implicados, tanto na saúde física, quanto na saúde mental, social, religiosa e política aí inseridas.

Cabe enfatizar que, face à diversidade de possibilidades de trabalho a serem investidos em um ambiente hospitalar, a própria elaboração do presente trabalho, a cada releitura, propõe, por si só, uma gama cada vez maior de questões que vão sendo suscitadas, o que sugere ser impossível que todas as questões se esgotem no presente estudo, dadas as diversas possibilidades de interpretações e releituras.

Portanto, espera-se que a presente pesquisa bibliográfica seja não somente mais um instrumento para coleta de dados, mas sobretudo um incentivo para o aprofundamento no tema, para novos estudos, para muitas outras reflexões e novos olhares na direção da compreensão e viabilização de novas e mais efetivas estratégias de trabalho interdisciplinar.

É certo que muitas vezes as adversidades com as quais se depara um profissional de Psicologia, se efetivamente inserido em um hospital, e, portanto, Psicólogo Hospitalar, muitas das vezes são dignas de incitar o repensar profissional. O que sobremaneira não pode paralisar os profissionais, mas sobretudo, deveria motivá-los a desenvolverem, implementarem e readaptarem mecanismos efetivos de enfrentamento. No âmbito da Psicologia Hospitalar, muito resta a ser conquistado. Existe, sem sombra de dúvida, muita luta a ser enfrentada, muitos sonhos a serem renovados, decepções inúmeras a serem colhidas e frustrações a serem enfrentadas. No entanto, é fundamental seguir a tecer a congruência de seus ideais redimensionando parâmetros e sobretudo limites, para tão somente assim, continuar conquistando espaço em uma evolução e transformação que prometem ser contínuas, e de excelente resultados.

Vale ressaltar que o Psicólogo Hospitalar está inserido no contexto da saúde, de maneira tão intensa quanto outros profissionais atuantes nesta área. E, a realidade hospitalar lhe apresentará, algumas vezes, celeumas e condições que exigirão performances sequer imaginadas no tocante a valores éticos, teóricos e ideológicos. Para tanto é fundamental que o Psicólogo Hospitalar, além de profissionalmente preparado, e devidamente especializado para aí atuar, esteja aberto e atento ao verdadeiro diálogo, sobretudo interdisciplinar.

Enfim, não há empreitada, seja ela qual for, que não carregue em si alguma dimensão de “sacrifício”, doação ou mesmo de aliança. Logo, para todo e

qualquer profissional que se proponha a trabalhar em contexto hospitalar vale introjetar o fato de que é fundamental a manutenção da saúde mental, sobretudo a dele próprio. Sendo cuidadoso consigo assim como o é com os outros e vice-versa. De acordo com Paiva (2003), “a dor é um vento áspero que passa por dentro da gente e atravessa para o outro lado carregando pedaços da alma...” (p. 156).

Referências

- Angerami-Camon, V. A. et al. (Org). *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1998.
- Angerami-Camon, V. A. et al. *Psicologia Hospitalar – Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira, 1995.
- Angerami-Camon, V. A. (2009). *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Cengage Learning.
- Angerami-Camon, V. A. (2010). *Psicologia Hospitalar. Teoria e Prática*. São Paulo: Cengage Learning.
- Caixeta, M. (2005). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Cecílio, L. C. de Ol.; Mendes, T. C. *Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?*. Saude soc., São Paulo, v. 13, n. 2, ago.2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-129020040002_00005&lng=pt&nrm=iso. Acessos em 08 mai. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902004000200005
- Chiattonne, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon, V. A. (org). *Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica*. São Paulo: Pioneira, 2000.
- Filho, J. de M. & Burd, M. (2010). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Lisboa, T. C. (2002). *Breve História dos Hospitais*. www.prosaude.org/noticias/jun2002/pgs/encarte.htm.

- Malagón-Londoño, G.; Morera, R. G. & Laverde, G. P. (2010). *Administração Hospitalar*. (A. F. D. Paulo, trad.). Rio de Janeiro: Editora Médica Panamericana (trabalho original publicado em 2008).
- Moreto, M. L. T. *A problemática da inserção do psicólogo na instituição hospitalar*. Revista de Psicologia Hospitalar, v. 9, n. 2, 1999. p.19-23.
- Paiva, D. de S. Poesias – SERPP. In: LIMA, Helenice Gama Dias de. (Coord.) *Construindo Caminhos para a Intervenção Psicossocial no Contexto da Justiça*. Brasília: Gráfica TJDFT, 2003. 388 p.
- Romano, B. W. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Schultz, D. P. & Shultz, S. E. (2002). *História da Psicologia Moderna*. (A. U. Sobral, & M. S. Gonçalves, trad.). São Paulo: Editora Cultrix. (trabalho original publicado em 1981).
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da Saúde*. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed (trabalho original publicado em 2002).