



**FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
FAPAC**

GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ESTÉFANE MARIA DE MELLO LIMA

**A ATUAÇÃO DO PSICOLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE
HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL E DA VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO**

**UBÁ - MG
2014**

A ATUAÇÃO DO PSICOLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL E DA VIVÊNCIA DA INTERNAÇÃO

NOME DO TITULO EM INGLES

Estéfane Maria de Mello Lima¹, Cristiane Berriel Veroneze ²

¹ Graduanda do curso de graduação de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC

² Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora- UFJF; e, Saúde Coletiva Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF; Psicanálise, Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF e Professora da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC.

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica da atuação do psicólogo hospitalar na humanização da instituição hospitalar e na vivência de pacientes internados. No ambiente hospitalar, o psicólogo exerce uma posição de intermediária entre a equipe e o paciente e sua família, sendo um elo humanizador para lidar com questões do sofrimento psíquico, da comunicação e das relações para além da rotina hospitalar. Essa busca pela minimização do sofrimento causado pelo adoecimento e pela hospitalização apresenta barreiras como a falta de apoio e preparo da equipe de cuidados, comunicação frágil, dificuldades institucionais e a própria formação do psicólogo. Contudo, a atuação essencial do psicólogo tem sido uma ferramenta efetiva de humanização dos hospitais gerais através da criação de estratégias de cuidados e intervenções com os pacientes, as equipes, os familiares e as instituições.

Palavras chaves: Psicologia Hospitalar, Humanização, Sofrimento Psicológico

ABSTRACT

Keywords: Hospital Psychology,, Humanization

Endereço para correspondência: Estéfane Maria de Mello Lima
Rua Candido Martins de Oliveira, 396 apto 104, Santa Bernadete. Ubá - MG Cep 36500-000
Email: estefane.lima@r7.com

1. INTRODUÇÃO

O hospital é permeado por fantasias relacionadas ao sofrimento intenso e à presença certa da morte. As características presentes no Hospital Geral, como a rotina de trabalho intensa, o clima constante de tensão, bem como as situações de morte, aumentam o estado de estresse de pacientes, equipe e familiares sentem, as quais, normalmente, já são vivenciadas pelo simples fato de estar em um hospital (Moura, Mohallen & Faria, 1994).

A importância dos hospitais gerais para manutenção e recuperação da vida é inegável. Entretanto, ao mesmo tempo em que o hospital constitui-se como ferramenta de cuidados e assistência para recuperação orgânica das pessoas, também traz toda uma gama de situações que atuam como desestabilizantes para o equilíbrio psicológico, incluindo alterações psicológicas e psiquiátricas tanto dos pacientes internados quanto de seus familiares e dos profissionais de saúde (Angerami-Camon, 2002; Campos, 2005; Moura, Mohallen & Faria, 1994).

Mesmo diante do crescente processo de tecnologização da área da saúde, o sofrimento gerado pelo processo de adoecimento e de hospitalização parecem não serem atenuados. Vivemos no que se denomina crise assistencial na qual, conforme Merhy (2007), a queixa dos pacientes e de seus familiares se refere não à falta de conhecimento dos profissionais de saúde, mas sim à falta de interesse por parte destes, bem como a sentimentos de desamparo e desrespeito, solidão. Os procedimentos pautados no cuidado humanizado do paciente parecem sempre permanecer em segundo plano.

Logo, permanece o desafio de mudar o modelo tradicional de cuidado e assistência em saúde, principalmente nos hospitais gerais, que são locais onde geralmente os pacientes permanecem mais tempo sob cuidados. A incorporação do diálogo na relação profissional de saúde/usuário tem sido uma estratégia de mudança enfatizada para a transformação da assistência em saúde no Brasil. Tal mudança tenta valorizar uma maior aproximação entre os atores sociais envolvidos, facilitando a abertura de espaços de interação, bem como de oferta de atendimento integral aos usuários (Muniz & Taunay, 2000).

O sofrimento psíquico envolvido diante da vivência da hospitalização interfere na recuperação, prognóstico e até mesmo manutenção da doença do paciente e, por isso, é essencial que seja compreendido e tratado. Mente e corpo estão interligados na manutenção e

qualidade da vida do ser humano, sempre. Na atualidade, com os avanços da medicina, da aparelhagem, da tecnologia para salvar a vida, quando manter a vida mais do que nunca tem sido possível, não é concebível que dentro do hospital as manifestações e sofrimento psicológicos sejam deixados sem escuta, compreensão ou mesmo intervenção por parte (Camon,2002).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 A humanização dos hospitais – uma necessidade urgente que hoje se transformou em uma linha guia de cuidados

A humanização se revestiu de um sentido caritativo entre a década de 1950 a 1980, no qual o paciente era tido como fragilizado e dependente, despertando o sentimento de piedade dos profissionais da assistência à saúde (Oliveira & Macedo, 2008).

Oliveira e Macedo (2008), ressaltam que não foi inocentemente e sem objetivo que Goffman, na década de 1960, denunciou os processos de despersonalização ocorridos nos hospitais psiquiátricos, bem como apontou que essa prática estava ocorrendo não somente no âmbito da saúde mental, mas também dos hospitais gerais.

Um histórico simpósio americano intitulado ‘Humanizando o Cuidado em Saúde’ ocorreu em 1972, em São Francisco, no qual se discutiu o papel de fatores estratégicos para a humanização do cuidado. Tais fatores estariam relacionados à relação médico-paciente, à formação médica; à comunicação e acesso a informação no processo terapêutico, às relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões e os fatores psicológicos e subjetivos envolvidos. O fator mais importante deste acontecimento histórico foi que a empatia, o afeto e a dimensão da subjetividade permearam os trabalhos e apresentações deste simpósio espetacular (Oliveira & Macedo, 2008).

Uma consequência importante deste simpósio foi que as discussões sobre subjetividade, relações, acolhimentos, vínculos e a importância do diálogo na produção de saúde começaram a sair do status comum e ganharam enquadres teóricos importantes, como

da Filosofia, Psicologia e Psicanálise, passando a ser vistos como estratégicos na produção do cuidado e assistência em saúde (Oliveira & Macedo, 2008).

A década de 90 deu continuidade a toda essa mudança, reflexiva e teórico-prática que teve como principal marco a valorização dos sujeitos, das relações dialógicas de trocas solidárias. Segundo Oliveira e Macedo (2008), as premissas básicas desses programas de humanização foram que cada ser humano é único e tem valores específicos e que a busca da humanização não deve nunca comprometer a segurança do paciente ou transpor as barreiras éticas ou legais, uma vez que o paciente e a família são as próprias fontes das suas necessidades e devem ter sua autonomia preservada e privacidade respeitada.

A partir de então, a questão da humanização é concebida como uma questão de valor, visto que resgata o respeito à vida humana e amplamente abrange aspectos sociais, éticos, educacionais e psíquicos presentes em todas as interações humanas. Em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde (PNHAH), entra em total ação em todos os hospitais do país como linha guia de tratamento (Oliveira & Macedo, 2008).

No Manual de humanização da PNHAH, a comunicação é colocada como eixo central e a concepção norteadora é a de que o melhor informante da necessidade do paciente é ele próprio e ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro. A melhoria da capacidade comunicativa seria então fundante de uma assistência humanizada. Humanizar é também garantir à palavra a sua dignidade ética. O sofrimento humano e as suas percepções da dor ou do prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressam sejam reconhecidas pelo outro, quanto também que esse sujeito ouça do outro palavras de reconhecimento. (Brasil, 2000).

Quando há a real intenção de promover a humanização do atendimento no hospital geral, a prioridade é incluir todas as dimensões da subjetividade do usuário - psíquicas, familiares, culturais e sociais. Incluir as dimensões da subjetividade do profissional de saúde é também tão essencial quanto a inclusão das do paciente. Isso significa oferecer ao profissional melhores condições de enfrentar o desgaste provocado pelo constante contato com o sofrimento, a presença da morte, bem como com as dificuldades na realização de seu trabalho cotidiano dentro do hospital. A consequência disso é promover nestes profissionais um agir menos defensivo, mais espontâneo e próximo às carências dos pacientes. A Humanização na saúde é um verdadeiro encontro. Encontro de quem cuida com quem precisa ser cuidado.

Encontro de ambos que, de alguma forma sofrem efeitos do adoecer (Oliveira & Macedo, 2008).

O psicólogo é um profissional que adentrou neste meio hospitalar e participa deste encontro. Ele percebe e se interessa pelas mudanças pelas quais os pacientes passam ao entrar e permanecerem em um hospital geral. Através do estudo dessas observações pode traçar estratégias de intervenções possíveis para minimizar o sofrimento do paciente, aumentar sua qualidade de vida durante seu tratamento e minimizar defesas psíquicas e comportamentais que atrapalhem a adesão ao tratamento e o estabelecimento de um bom prognóstico – o que deu condições para a formação dos elementos teóricos necessários para a sedimentação da prática dentro do hospital, conforme Angerami - Camon (1984).

Vejamos algumas dessas mudanças psíquicas e comportamentais pelas quais os paciente podem passar durante a vivência da hospitalização.

2.2 Mudanças psíquicas e comportamentais em decorrência da hospitalização

Quando o paciente é hospitalizado, ele passa por uma ruptura em sua história de vida. Assim, aumenta o sofrimento de uma imagem alterada pela doença, pois o hospital apresenta características específicas que interferem no estado emocional dos pacientes, como: estresse constante; isolamento de figuras que geram segurança e conforto; relação com aparelhos intra e extracorpóreos; clima de morte; perda de noção de tempo e espaço; perda de privacidade e liberdade; despersonalização/perda da identidade e participação direta e indireta do sofrimento do outro (Angerami-Camon – 1997).

No ambiente hospitalar, para Angerami- Camon (2010), o paciente sofre despersonalização devido à maneira como ele é reconhecido dentro da instituição. Não é conhecido pelo nome, mas passa a ser reconhecido pelo número de leito ou pela patologia que possui. Um dos objetivos da psicologia hospitalar é a diminuição do sofrimento causado pela hospitalização. O psicólogo vai intervir onde a medicina não tem explicação absoluta, é o que faz a psicologia uma força matriz até nos diagnósticos e compreensão das patologias.

Segundo Jeammet, Reynaud e Consoli (2000) ser doente significa mais ou menos estar em situação de fraqueza e estar em situação de dependência. A situação de fraqueza é experimentada pelo fato de a doença ser um sofrimento, um ataque corporal e uma limitação física; já a situação de dependência é consequência da fraqueza, pois é uma dependência com relação ao meio social, físico e moral.

Algumas atitudes reacionais ou de defesa frente a um tratamento podem aparecer em diversos pacientes dependendo da idade, sexo, tipo e prognóstico da doença, suporte familiar, escolaridade, fase da vida produtiva em que se encontra o doente, entre outras e são variáveis consideradas pelo psicólogo em sua intervenção. (Romano, 2005). A depressão, a regressão, a negação da doença, a reação obsessiva e o isolamento são defesas muito encontradas em pacientes hospitalizados (Jeammet, Reynaud & Consoli - 2000).

Pode-se considerar que o paciente, ao ser hospitalizado, apresenta comumente consequências psíquicas como a regressão e a depressão. A primeira é uma reação natural manifestada pelo paciente ao tomar consciência da doença e também é chamada de reação de proteção. Essa regressão causa um retraimento sobre o indivíduo e reduz seus interesses, não suportando as expectativas de um futuro distante; causa egocentrismo; gera dependência do meio social, favorecendo vícios ou o recurso aos medicamentos; cria um modo de pensamento mágico, ou seja, a crença em todo poder do médico, dos medicamentos ou da doença. Já a depressão é praticamente inevitável, ao menos em um grau mínimo, e seus sinais clínicos podem se confundir com os da regressão, sendo de desvalorização, de incompletude, de sentimento de abandono e revolta (Jeammet, Reynaud & Consoli - 2000).

A hospitalização gera um estado de crise, no qual o paciente obtém perdas e desorganizações que precisam ser recuperadas. Com isso, o paciente sente perder o controle de sua própria vida, imobilizado pela doença e pela hospitalização e, por outro lado, tem o conflito de se lhe impor recuperar a homeostase perdida (Angerami-Camon, 1997).

Evidentemente a hospitalização prejudica o equilíbrio orgânico, pois o processo de despersonalização do doente faz com que ele se sinta desqualificado existencialmente e pode vir a abandonar seu processo interior de cura orgânica e emocional. É nesse momento que o psicólogo entra para estancar os processos de despersonalização no ambiente hospitalar, assim o psicólogo estará ajudando na humanização do hospital (Angerami-Camon, 2004).

Neste sentido, os atendimentos aos pacientes e familiares dos pacientes internados no hospital são parte do processo de humanização do hospital e valorização do usuário e familiares. Isso ocorre porque nestes atendimentos há o incentivo à fala sobre a percepção em

relação ao processo de adoecimento e hospitalização, bem como sentimentos decorrentes destes. Há também espaço para o esclarecimento de dúvidas sobre a rotina do hospital, encaminhamentos tanto para os serviços internos como externos: atendimento psicológico individual, acompanhamento pelo serviço social, dentre outros de atenção e assistência (Angerami-Camon,2003).

A adaptação é uma reação que o prestador de cuidados deseja e espera do paciente. É uma atitude suave e equilibrada, na qual se torna possível mudar seu funcionamento habitual sem obter uma desorganização. A intervenção do psicólogo hospitalar PE essencial na maioria dos casos para que o processo de adaptação ocorra frente ao adoecimento e hospitalização, para que o paciente se reorganize frente às mudanças impostas pela nova condição e situação sem se desestruturar psiquicamente (Jeammet, Reynaud & Consoli - 2000).

2.3 O psicólogo no hospital – mais um caminho para a efetivação do atendimento humanizado no hospital

O hospital é o lugar do saber e do fazer de quem lida com a doença orgânica. Enfermeiras, médicos, fisioterapeutas, dentre muitos outros da área da saúde circulam por esse espaço. Dentre estes, desde algumas décadas, acrescentou-se a figura essencial do psicólogo hospitalar (Angerami - Camon, 2004).

O hospital, conforme Augusto Angerami - Camon (2004), além de trazer contradições de outras realidades institucionais, apresenta características próprias que irão conferir à atuação do psicólogo nesse contexto uma rede de controvérsias, ambivalências, contradições. O setting é diferenciado, não há muitas vezes a privacidade que se desejaria ter para atender individualmente, a demanda muitas vezes não é espontânea por parte dos pacientes e o psicólogo se vê cheio de atribuições diversas daquelas que se propôs quando se inseriu na instituição como psicólogo hospitalar.

Contudo, sua insistência em intervir junto aos pacientes nos leitos, em estar aonde os acontecimentos se dão, em se antecipar às manifestações e desestruturações possíveis por se estar em um local como um hospital tem lhe conferido um trabalho digno de um reconhecimento e uma eficácia extraordinários em termos de saúde coletiva (Romano,2005).

O psicólogo tem buscado construir uma prática institucional sob a égide da eficácia e do respeito às condições institucionais que delimitam sua atuação dentro do hospital e a busca de determinantes nessa prática o levou ao encontro de convergências teóricas significativas na prática dessas atividades (Angerami-Camon, 2004).

Para pensar sobre a função e o papel do psicólogo clínico no hospital, segundo Lange (2008), é necessário que se conceba primeiramente o adoecer como um acontecer humano, que ocorre segundo as condições psíquicas, históricas e sociais de cada pessoa que adocece.

A psicologia é uma ciência humana, que procura conhecer e ao mesmo tempo modificar a realidade. De maneira alguma se pretende “coisificar” o paciente, tratando-o e encarando-o como um objeto a ser examinado e tratado. Antes, busca-se resgatar o sujeito que adoceceu e que, quando entrou pela porta do hospital portava tantas coisas que teve que deixar lá fora, ou mesmo abandonar por certo tempo, conforme Lange (2008). E que, mesmo estando doente e estressado, com certeza, teve este estresse intensificado ao adentrar ao hospital, ao ver outros doentes, outros sofrimentos, ao sentir medo e constatar que a morte é uma possibilidade (Vaisberg & Tachibana, 2008).

O psicólogo hospitalar pode, com seu saber, trazer outra proposta e outro olhar, desenvolvendo uma prática que busque escutar e intervir a partir do encontro sujeito-sujeito e não da coisificação coisa-profissional. A Psicologia Hospitalar deve se dedicar ao drama humano que se desenrola no hospital (Tardivo, 2008).

Barus Michel (2001), comentado por Tardivo (2008) coloca a palavra dor para o que remete à dimensão física e sofrimento se refere à esfera moral. A sensação dolorosa, além do componente fisiológico, engloba importantes aspectos psicológicos da experiência passada pelo paciente, do contexto em que a dor é percebida e do ambiente sociocultural no qual a pessoa esta inserida. Logo, a experiência da dor é extremamente complexa. E o psicólogo, diante da pessoa que sofre e muitas vezes sente dor, deve e pode levar em conta essa complexidade (MICHEL *apud* TARDIVO, 2008).

Diversas condições psicopatológicas podem coexistir, causar ou exacerbar a dor, como transtornos ansiosos, somatoformes, de simulação, estados dissociativos, transtornos de personalidade, de hipocondria e depressão. O acompanhamento psicológico especializado dentro de abordagens multidisciplinares deve buscar esclarecer quais as condições da dinâmica psíquica preexistente à situação de dor e as condições psicoafetivas e cognitivas que interferem tanto na percepção do fenômeno doloroso quanto nas condições de reação a dor (PERISSINOTTI,2001 *apud* TARDIVO, 2008).

O sofrimento de qualquer origem afeta integralmente o sujeito, sua subjetividade, sua coesão e não é absolutamente diferente quando se sofre por uma doença de base orgânica. O sofrimento surge quando as capacidades de manter a integridade do eu se tornam insuficientes. O mal-estar, a doença, o sofrimento vivido, é uma ruptura dessa unidade e desse equilíbrio psíquico. As sensações desagradáveis decorrentes desse desequilíbrio, podem fazer com que a dor psíquica e a dor física convertam-se uma na outra ou se sobreponham (Michel *apud* Tardivo, 2008).

O sofrimento é um excesso emocional acompanhado de uma ruptura brusca de sentido de uma vivência na vida ou de uma representação difícil de se entender. Sendo assim, tenta-se de alguma maneira dar sentido à experiência de adoecimento e internação. Esse sentido muitas vezes pode ser carregado de ansiedades e os pacientes podem se sentir perseguidos, injustiçados, depressivos ou mesmo punidos. Qualquer que seja a defesa, esta sempre se constituirá em tentativa de dar sentido a tanto sofrimento pelo qual essa pessoa está passando no momento de sua vida (Tardivo, 2008).

É neste sentido que o papel do psicólogo no hospital é fazer do sofrimento uma experiência mais humana, propiciando que a pessoa doente encontre ou reencontre o sentido que foi perdido com a doença, com a internação, com a perda da condição de sadio, de um corpo belo, sem mutilações ou cicatrizes, enfim, que dê sentido a todo sofrimento consequente do momento pelo qual vivencia no hospital em fase de adoecimento. Facilitar a ocorrência dessa reinscrição de sentido em pessoas que se encontrem em situação de sofrimento é a tarefa mais humanizadora que o psicólogo pode efetuar dentro do hospital (Tardivo, 2008).

Entre as diversas funções das intervenções da psicologia, estão as que ajudam a moldar a percepção do estímulo de dor e ajudam o sistema supressor de dor a capacitar o indivíduo para o seu enfrentamento. A avaliação psicológica, as atividades de pesquisa e a produção de conhecimentos são inseparáveis, estão como elementos presentes, mas também como essenciais no trabalho do psicólogo no ambiente hospitalar (Tardivo, 2008).

Apesar disso, segundo Tardivo (2008), talvez a tarefa mais importante da psicologia seja a de oferecer um espaço para a sustentação do sofrimento vivido pelo paciente. O entendimento da patologia e do tratamento certamente facilita a participação do paciente no processo, como principal envolvido. O psicólogo hospitalar tem a função de proporcionar ao paciente retornos terapêuticos profundos e claros que proporcionem subsídios para ele

repensar sua posição no mundo e a oportunidade de criar novas saídas e soluções que evitem travar suas capacidades de elaboração afetiva e emocionais.

A função do psicólogo solicita um dinamismo que é comum nessa área. Esse dinamismo também tem que se tornar um decodificador da mensagem enviada pelos profissionais ao paciente, transformando a mensagem incompreensível em comunicação compreensível para o paciente; permitir a reflexão psicológica dos médicos e seus auxiliares; estar atento a preconceitos de ambas as partes e desenvolver a habilidade de, na função de interconsultor, tolerar frustrações inerentes a todo o processo (Angerami-Camon, 1984).

A avaliação do estado emocional do paciente é outra função importantíssima a ser realizada pelo psicólogo hospitalar. Esta é feita por meio de entrevistas e pode ser complementada por testes psicológicos, observação do comportamento, o estudo do seu contexto familiar e sociocultural, além de sua história médica e psicológica. É essencial entender as crenças e percepção que o paciente tem a respeito de sua doença e tratamento, que podem ser essenciais no momento de escolhas. Muitas vezes os próprios médicos pedem essa avaliação a fim de saberem a capacidade de adesão a tratamentos que exijam adaptações duradouras na rotina, sem as quais coloca-se em risco a vida do paciente. Alguns aspectos avaliados são: humor, estado afetivo, atitudes, suporte social, capacidade cognitiva, dentre outros (Silva, 2006).

Em suma, no hospital, a psicologia atua principalmente na prevenção secundária e terciária. A prevenção secundária remete ao diagnóstico, ao tratamento precoce e à limitação da incapacidade. Com o atendimento psicológico, evitam-se consequências mais profundas para o enfermo. Na prevenção terciária, a enfermidade geralmente já se encontra em um estado avançado e já causou incapacidade e limitações ao sujeito. Nesse caso, a evolução da patologia caminha provavelmente para a cura ou para a morte. O psicólogo hospitalar vai oferecer um ambiente para a sustentação do sofrimento que não se pode eliminar, mas apenas lidar de forma possível (Angerami - Camon, 2004).

A humanização do hospital é uma das principais metas a serem atingidas pelo psicólogo neste local. Uma caminhada difícil se apresenta ao psicólogo neste sentido e nesta realidade. Conseguir segui-la vai demandar desse profissional um esforço inegável (Angerami - Camon, 2004).

Primeiramente, segundo Augusto Angerami Camon (2004), porque o próprio psicólogo nota, no ambiente hospitalar, que o aprendizado teórico acadêmico não será suficiente para fundamentar sua atuação. Ele descobre que terá que aprender na prática, com a

dor, angústia e realidade do paciente. Esse, de modo peculiar, e como nenhuma teoria pode fazer, sempre ensinam ao psicólogo sobre a enfermidade e a melhor forma como conviver com a própria dor diante do sofrimento.

O hospital recebe o psicólogo e permite que ali a psicologia descubra o tamanho real da dor de um ser humano. A psicologia, em sua atuação dentro do hospital tem um de seus desempenhos mais humanos e verdadeiros (Angerami-Camon, 2004).

E se a instituição hospitalar se mobiliza com frequência para encontrar alternativas que possam levá-la ao encontro de sua humanização, então com certeza o psicólogo terá papel decisivo nessa estruturação, neste projeto grandioso e pleno. A vida, que tantas vezes pede socorro nos hospitais, pode ter na atuação do psicólogo 'o remédio' capaz de fechar as feridas revitalizá-las, cicatrizá-las, embora deixem sempre suas marcas reais. Mas humanizar a vida é isso mesmo: viver as dores inevitáveis, mas sobreviver a elas, mudar os rumos, passar por elas de modo a crescer, mudar, potencializar forças, poder contar histórias de dor e amor, falar delas... mesmo que em um leito de um hospital (Angerami-Camon, 2004).

3. CONCLUSÃO

O processo de Humanização nos hospitais é um processo amplo, demorado e complexo, com resistências, pois exigem mudanças comportamentais. Sem comunicação não há humanização. O movimento de humanização nos hospitais é voltado para o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, mas também para intervenções que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável, digna e respeitosa para o paciente.

O papel do psicólogo hospitalar é realizado mediante o encontro com o paciente para resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela doença e internação. Tem como característica o alcance de um processo de elaboração do adoecimento, o respeito aos temores crenças e fragilidades dos pacientes e de seus familiares, a integração da equipe técnica com os usuários a diminuição na angústia e na tensão dos pacientes, contribuindo para uma visão do hospital como um lugar que oferece condições para a manutenção de uma boa saúde ou recuperação.

Hoje, a psicologia hospitalar, vem desenvolvendo um novo paradigma epistemológico que busca a visão mais ampla do ser humano e privilegia a articulação entre as formas de conhecimento. Sua busca na área hospitalar é pela evolução e aprimoramento da prática, assim, estão abertas para o diálogo e melhoria da qualidade de vida nos paciente internados.

REFERÊNCIAS

Leda Pibernat Pereira da silva. O percurso Histórico do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Dissertação para obtenção do grau de mestre em psicologia.

Orientador Prof. Dr. Wiliam BarbosaGomes Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Julho, 2006.

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8728/000587576.pdf?sequence=1> Acesso em 22/10/14

ANGERAMI – CAMON, V. Existencialismo e Psicoterapia. São Paulo: Traço Editora, 1984

_____ (org.). – **A Ética na Saúde**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2002.

_____ **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thonson Learning, 2003.

CAMPOS, E.P. – **Quem Cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2005.

MERHY, E.E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: _____. (org.) **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MOURA, M.D.; MOHALLEN, L. N. e FARIA, S. M. – O Psicanalista no CTI. In: BELKISS, W.R. (org.). **A Prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

MUNIZ, J.R. e TAUNAY, M.S. Grupos de Enfermaria no Hospital Geral. In: Mello Fº.J. (org.) **Grupo e Corpo**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ROMANO, B. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TARDIVO, L.C. O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. In: **Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas**. Lange, E.S.N.(org.) São Paulo: Vetor, 2008.

Aiello-Vaisberg, T.M.J.; Tachibana, M. O ambiente Hospitalar suficientemente bom: sustentação da preocupação materna primária. In: **Contribuições à psicologia hospitalar: desafios e paradigmas**. Lange, E.S.N.(org.) São Paulo: Vetor, 2008.

OLIVEIRA, M. C; MACEDO, P. C. M. Evolução História do Conceito de Humanização em Assistência Hospitalar. In: KNOBEL, E. Psicologia e Humanização: Assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2010). Psicologia Hospitalar. São Paulo, SP: Ed. Cengage Learning, 66-78.

ANGERAMI-CAMON, V. A. (2004). Tendências em psicologia hospitalar. São Paulo, SP: Thomson Pioneira, Ed. Cengage Learning, 02-04.

PHILIPPE JEAMMET MICHEL REYNAUD SILLA CONSOLI (2000). Psicologia Médica. Ed. Guanabara – Capítulo 6 – O paciente e sua doença.

BRASIL. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

LANGE, E. S. Conversando com Mathilde Neder: Retrato Vivo e Orgulho para a Psicologia Hospitalar Brasileira. In: LANGE, E. S. Contribuições à Psicologia Hospitalar: Desafios e Paradigmas. São Paulo: Vetor, 2008.