

A PRÁTICA DO CUIDAR NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO¹

Micarla Priscila Santos²

Lizandra Borges de Carvalho³

Gabriela Fernandes Moreira Zelaya⁴

RESUMO

A pesquisa aponta uma reflexão sobre o cuidado ofertado aos usuários em processo de hospitalização. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica para aprofundamento das seguintes temáticas: O Processo de Hospitalização, As Práticas do Cuidado em Saúde e Impactos Psicológicos. Diante da exploração desses conteúdos, o objetivo dessa pesquisa é de entender os impactos psicológicos que podem reverberar no paciente a partir da prática do cuidado da equipe de saúde. A partir da análise de conteúdo chegamos a discussão final de que existe um distanciamento entre a oferta e a demanda, podendo isso proporcionar o surgimento de lapsos. Assim, apontamos possibilidades e/ou soluções na tentativa de melhorar a oferta do serviço de saúde e conseqüentemente sanar com esses espaços vazios, trazendo ainda a Psicologia na tentativa de explicar questões subjetivas entre oferta e demanda e suas possíveis lacunas, como também ressaltamos as relevâncias da atuação do psicólogo no contexto hospitalar.

Palavras - chave: Hospitalização. Cuidado. Psicologia.

¹ Artigo apresentado à Universidade Potiguar – UnP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

² Graduanda em Psicologia pela Universidade Potiguar: micarla_priscila00@hotmail.com

³ Graduanda em Psicologia pela Universidade Potiguar: lizandraborjes05@gmail.com

⁴ Orientadora. Especialista em Psicologia da saúde, desenvolvimento e hospitalização; Prof^a do curso de Psicologia da Universidade Potiguar-UnP; Prof^a orientadora da Pesquisa; Prof^a supervisora em Estágio com enfoque em hospitalização e clínica da psicologia sócio-histórica. gabriela.moreira@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

É de fundamental importância discutir a prática do cuidado da equipe de saúde no âmbito hospitalar, possibilitando uma reflexão crítica para um novo modelo de atendimento nas ações de prevenção e promoção da saúde em instituições hospitalares, assegurando ao usuário possibilidades de resiliência no defrontar de uma hospitalização. O objetivo dessa pesquisa é de entender os impactos psicológicos que podem reverberar no paciente a partir da prática do cuidado da equipe de saúde dirigida ao sujeito hospitalizado. Tendo em vista que um quadro de internação implica em diversas questões, dessa forma, trabalhar o enfrentamento de uma hospitalização do sujeito nesse processo é fundamental para adesão ao tratamento e o entendimento das circunstâncias em que o paciente se encontra.

Segundo Cantarelli (2009), ao adoecer, a pessoa, com toda a sua subjetividade, se depara com uma realidade patológica denominada de doença, que se encontra instalada em seu próprio corpo, e assim produz inúmeros aspectos psicológicos que podem se revelar no paciente, na família e até mesmo na equipe profissional. Faz-se necessário então o exercício de um olhar humanizado, que valorize e respeite o sujeito frente às implicações do processo de adoecimento.

No discorrer do trabalho, cogitaremos o entender dos impactos causados no paciente em situação de hospitalização. Segundo Albernaz (2003), o processo de hospitalização é visto como uma interrupção da produtividade do indivíduo e esse processo é vivido, por vezes, como vergonhoso e limitante na medida em que o adoecer representa uma paralisação da sua vida normal e da vida da sua família. Investigaremos também a prática do cuidado no processo de hospitalização, sendo pertinente a análise das consequências que essa prática implica no bem-estar do paciente.

Essa pesquisa é de natureza exploratória e, segundo Gil (2002), pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Apoia-se em parâmetros bibliográficos, pois é desenvolvida com base em material já elaborado constituído de livros, e

principalmente de artigos científicos (com busca no *Scielo*, *Pepsic*, Monografias e livros).

Este trabalho divide-se em Introdução, desenvolvimento, metodologia e análise de conteúdo que segundo Campos (2004) compõe-se por três fases, sendo elas: pré-análise, exploração e interpretação, seguindo com a conclusão e referências bibliográficas.

É com base nos recursos citados acima que buscaremos atingir o alvo maior em uma análise crítica dos dados que serão apresentados, contemplando o maior número de pessoas possíveis que por algum motivo se deparem com a hospitalização, tendo novas práticas na oferta de atendimento nas ações de promoção e prevenção da saúde. O conteúdo abordado nesta pesquisa tem a finalidade de provocar uma dinâmica das ações de cuidar mais humanizadas no processo de hospitalização, tendo como alvo um novo entendimento na relação existente entre o profissional e o paciente, visando aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados em instituições hospitalares.

2 O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

"O ambiente hospitalar reporta-se a uma instituição concreta onde se tratam doentes, internados ou não" (PINHEIRO, 2008). Nesse sentido, o autor destaca a doença a ser tratada, e não a pessoa/sujeito doente, a doença é posta como a prioridade. Esta é uma boa questão a ser discutida, refletindo sobre as práticas de cuidado nos serviços de saúde, e assim perguntamos: que tipo de práticas de cuidado são produzidas lá? Práticas voltadas apenas ao tratar da doença ou práticas aplicadas à pessoa doente? Ambas são ações distintas, são saberes e fazeres diferentes, que produzem implicações no sujeito.

Sendo o sujeito submetido a adaptar-se a um ambiente desconhecido, o espaço hospitalar, que Foucault (1979) caracteriza como sendo um espaço medicalizado em sua função e seus efeitos, um meio de intervenção sobre a pessoa doente; um espaço sombrio, obscuro e confuso em que as pessoas afluem no momento da morte. São também submetidos a diversos procedimentos que, muitas vezes, são desencadeadores do medo, da angústia e da frustração.

Segundo Trinca (1987), "os procedimentos hospitalares podem ser sentidos como punição, ou ainda como ameaça, uma vez que esse ambiente é constantemente visto como um espaço ameaçador e doloroso".

Nesse cenário cercado por pessoas desconhecidas, por equipamentos, máscaras, sondas e agulhas, o sujeito passa a manifestar suas angústias, choro, sentimento negativo e até o desinteresse na adesão ao tratamento. Diante disso, faz-se necessário observar as intervenções relacionadas às práticas de cuidado que o hospital oferece ao paciente, pois isso implicará diretamente em seu bem-estar e na adesão aos processos do tratamento.

O ato de "ser hospitalizado" é um acontecimento que necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia. O paciente tem contato com suas limitações, dependência e impotência. O adoecimento e a hospitalização provocam experiências emocionais intensas e complexas. A doença faz surgir um novo contexto, que exige a mobilização de recursos internos para a adaptação necessária à situação imposta pelo adoecer. (LIMA, 2004; CAMPOS, 1995)

Esse contexto gera implicações no processo de resiliência do paciente. Para Bianchini (2006), o significado de resiliência está relacionado com o processo psicossocial, que favorece o desenvolvimento sadio do indivíduo, mesmo quando este se encontra frente a adversidades e problemas. A resiliência nesse contexto pode ser a capacidade de um indivíduo lidar com a doença, buscando aceitação e entendendo a causa de seu adoecimento, podendo ainda ocorrer as descobertas de suas limitações, em que cada sujeito pode desenvolver a resiliência conforme vivências em seu meio, é um processo singular. Portanto, em um processo de hospitalização, cada sujeito irá demandar questões diferentes, isso porque as pessoas não tem vivências iguais.

Por isso, é imprescindível que a equipe fale a verdade e deixe claro para o sujeito e sua família a real situação e os procedimentos do tratamento, com honestidade, compreensão, suavidade e respeito para não causar mais danos ao paciente, pois consideramos que ele e sua família estão em situação de vulnerabilidade. Geralmente, é nesse momento que se estabelece um vínculo de confiança, dando abertura para sanar possíveis dúvidas, tornando o paciente ativo em seu tratamento e nas tomadas de decisões. Esse diálogo entre equipe e paciente proporciona ao profissional da área da saúde uma melhor compreensão sobre o posicionamento do paciente frente a sua internação, podendo fazer com que

ele ressignifique a doença em sua vida. SILVA, et al. (2008) explicam esse ressignificar a partir da reflexão acerca de um acontecimento vivenciado e de atribuir-lhes significados sobre aquele momento. Portanto, isso possibilita ao sujeito uma capacidade de pensar sobre a sua condição de um modo diferente, sobre um outro ponto de vista e de reflexões sobre novas perspectivas.

3 AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE

“Da geração da vida à sua manutenção e finitude é preciso o cuidado” (MATOS et al., 2009). Diante da fala desses autores, abordaremos a prática do cuidado no processo de hospitalização. Nessa condição, cuidar representa uma aproximação na relação com o sujeito enfermo.

Em um sentido amplo, considerando os diferentes significados da palavra cuidado, segundo Souza (2005), o cuidado é o ato de zelar, de dar atenção, de acolher, sendo também um ato de aproximação do outro para um melhor entendimento de sua condição. Podemos comparar essa aproximação com a empatia, sendo ela uma forma de identificação afetiva entre dois ou mais sujeitos; também podemos comparar com o *rapport*, que é a relação harmoniosa, tranquila e serena, determinada e significada pela empatia. Trata-se de uma relação cordial, afetuosa, de confiança, de apreço e respeito mútuo, relação eminentemente humana (OLIVEIRA, 2005). Essa relação pode tornar-se fundamental em um contexto hospitalar, onde a maioria das ações são direcionadas ao ato de cuidar do outro.

No âmbito hospitalar, nos utilizamos de práticas de cuidado enquanto tecnologias, sendo elas instrumentos e ações de trabalho para a equipe profissional. "A palavra tecnologia deriva do substantivo grego (*téchne*) que significa arte e habilidade" (KOERICH, 2006). Corresponde a uma forma de produzir, fazer ou construir. Esse conceito nos transporta às tecnologias mais relacionais na prática do cuidado, na forma de olhar, tratar, conversar, interagir, conhecer o sujeito e, conseqüentemente, intervir. Tudo que esteja relacionado ao acolher de forma humanizada se torna ferramenta dessa tecnologia relacional.

De acordo com Koerich (2006), as tecnologias consideradas indispensáveis nas práticas estão classificadas como: As relacionais - vistas como tecnologia leve, envolvida pelas relações de vínculo e a gestão junto ao sujeito; As interativas - tecnologia dura que abrange os equipamentos tecnológicos utilizados; e As comunicativas - que equivale à tecnologia leve-dura a qual compreende os saberes estruturados da equipe. Por se tratar de um processo que visa compreender o sujeito na sua singularidade, esses sentidos da tecnologia leve, dura e leve-dura, considera que o trabalho em saúde não deve se pautar somente nos saberes tecnológicos e nas estruturas dos equipamentos. É preciso, antes de tudo, estar na condição de humano para prestar um cuidado nessa mesma lógica.

Franco et al. (2005) afirmam que falar em tecnologias é ter sempre como referência a temática do trabalho. E ainda ressaltam que:

O trabalho em saúde deve pautar-se pelo referente simbólico: ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, como se isso fosse de fato a alma da produção da saúde. E, assim, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demanda pelas ações de cuidado.

A integração das tecnologias com o trabalho é indispensável nesse contexto, existindo uma interligação entre eles. Nesse sentido, o trabalho denominado por Franco et al. (2005) como Trabalho Vivo (TV) interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim, um processo de trabalho no qual integram-se diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interação configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado, sendo um processo criativo diante da realidade individual e/ou singular.

"O Trabalho Morto (TM) é um processo de trabalho produtivo guiado por uma lógica instrumental" (FRANCO et al., 2005). Ou seja, o Trabalho Morto é o ato de se apresentar como reprodução de práticas, cultura e não inovação, e o Trabalho Vivo segue além de utilizar-se dos instrumentais, pressupondo uma lógica relacional.

O Trabalho Morto reflete um processo de trabalho em tecnologias duras dependentes, voltado à produção de procedimentos e quando ao contrário houver predominância do Trabalho Vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves (FRANCO et al., 2005).

Nesse sentido, entendemos que o Trabalho Vivo e Trabalho Morto estão sempre juntos. No entanto, quando remetemos a nossa realidade, no mundo do trabalho em saúde, nem sempre o trabalho vivo exerce predominância sobre o

trabalho morto, pois culturalmente o trabalho morto ainda é muito praticado pelos profissionais nos contextos de saúde, por não buscarem modos de produzir cuidado inovador, transformador, criativo e singular, por não integralizar as tecnologias nesse produzir, por não irem ao encontro do paciente, e sim da doença, por não tentarem compreender que o fazer do Trabalho Vivo pode ser o disparador da evolução do quadro clínico do sujeito, podendo também ser agregado ao sistema de trabalho mais relacional, unindo-se às tecnologias, principalmente Leves.

Esse encontro de Trabalho Vivo e tecnologias pode suprir com o surgimento das possíveis demandas imaginárias trazidas pelo paciente ao serviço de saúde, sendo elas desejos, expectativas e satisfações. Segundo Franco et al. (2005), o uso das tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários pode suprir essa demanda imaginária que pode emergir no usuário. Nesse sentido, existe uma oferta de serviço que pode se distanciar dessa demanda. Para existir essa conversação seria necessário do serviço, uma atenção singular nas orientações de cuidado com a saúde entre o profissional e o usuário, se colocando à disposição deste para o acolhimento das possíveis queixas emergências. Contudo, a relação acolhedora pode desenvolver o empoderamento do sujeito sobre si, e proporcionar um maior entendimento sobre cuidados de prevenção e promoção de sua saúde, ainda gerando um sentimento de satisfação com o serviço ofertado.

Pensando nisso, apontamos a via do trabalho pela Clínica Ampliada, que tem como proposta se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, cuja finalidade é contribuir para uma abordagem do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença (Brasil, 2009). Portanto, é o buscar da valorização do sujeito de maneira geral e não somente do tratar a doença.

4 AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE E OS DA HOSPITALIZAÇÃO

"A Psicologia Hospitalar compromete-se com questões ligadas à qualidade de vida dos usuários, bem como dos profissionais de saúde" (FOSSI et al., 2004). Nesse sentido, abordaremos os impactos psicológicos que podem vir a surgir no sujeito hospitalizado diante da prática da equipe profissional. Os profissionais que fazem parte da equipe hospitalar são: médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, entre outros.

Segundo Waisberg et al. (2008), "a Psicologia Hospitalar cresceu na medida em que voltam a se agregar aspectos emocionais e físicos da doença e se enfatiza o caráter preventivo do cuidado com a saúde". Nesse aspecto, a Psicologia agrega-se à equipe de saúde com o objetivo comum a todos: promover saúde. Porém, o olhar da Psicologia vai além dos pacientes, favorecendo também os que cuidam deles, a equipe. A presença do psicólogo na equipe pode ser vista pelos demais profissionais como um amparo das possíveis questões subjetivas que podem surgir no grupo. Sua intenção é de ampliar os conhecimentos sobre as práticas profissionais, além de solidificar as relações entre os profissionais da equipe e favorecer o paciente atendido, sustentando os interesses científicos e práticos da instituição (WAISBERG et al., 2008).

A inclusão do psicólogo em uma equipe multidisciplinar pode potencializar as ações de cuidado, uma vez que o psicólogo tem um lugar para convocar essa equipe para uma reflexão sobre as práticas de saúde, podendo despertar nos profissionais novas possibilidades de ações de cuidado. Assim, a interação de toda a equipe possibilita trocas de saberes, e a Psicologia também pode orientar a equipe sobre a importância de conhecer o paciente na sua dimensão sócio-histórica⁵, com o objetivo de fomentar ações humanizadas por toda a equipe, fazendo com que o paciente se sinta acolhido não apenas por sua patologia, mas também por sua história de vida, e por suas questões subjetivas que perpassam seu estar no mundo naquele momento.

Segundo Mutarelli (2015), o psicólogo busca provocar na equipe multidisciplinar um olhar para a singularidade, diferente do modelo curativo em que o

⁵ A dimensão Sócio Histórica citada acima se relaciona à história de vida do sujeito, abrangendo aspectos subjetivos, como suas limitações, seu posicionamento no mundo, provindo de uma cultura que o constituiu.

universal toma o lugar do singular. O modelo curativo nos remete a uma prática de cuidado que trata somente os aspectos patológicos, podendo não compreender a subjetividade de cada sujeito. Dessa forma, cada integrante da equipe de saúde contribui com suas práticas no processo de cuidado junto ao sujeito, podendo compreender que o cuidado multidisciplinar e interdisciplinar da equipe tende a reverberar diretamente na evolução do quadro clínico do paciente.

Tornando compreensível esses conceitos, a multidisciplinaridade reporta-se ao agrupamento de diversos profissionais em um determinado local em prol de um objetivo em comum, já a interdisciplinaridade corresponde à integração, articulação entre eles para se ter eficácia e eficiência na produção do cuidado em saúde. Diante da compreensão dessas práticas, a equipe deve estar atenta às questões subjetivas que o paciente pode apresentar, pois elas podem ser desencadeadoras de possíveis impactos psicológicos no paciente e, conseqüentemente, ele não terá evolução no seu quadro clínico, justamente por não aderir ao tratamento.

Levando em consideração que durante o processo de hospitalização o paciente pode apresentar comportamentos como agressividade, baixa autoestima, isso pode reverberar em um estado de angústia, frustração, medo, ansiedade, inquietude e tristeza podendo ainda resultar um possível quadro clínico depressivo. Diante disso, ressaltamos a importância da compreensão da equipe no sujeito em sua plenitude psicossocial, que se refere à perda do contato com as pessoas do seu meio cultural, o pouco convívio com familiares, o afastamento de suas atividades de trabalho e lazer. Esses fatores podem ocasionar uma resistência do sujeito na não adesão ao tratamento, gerando lacunas entre a demanda apresentada pelo paciente e o serviço ofertado.

A aceitação do tratamento pode depender de vários aspectos, sendo alguns deles relacionados ao respeito e à compreensão por parte da equipe, na construção de vínculo entre o paciente e a equipe, e a linguagem acessível ao paciente e seus familiares, deixando claro e compreensível os procedimentos hospitalares.

Segundo Tavares et al. (2013), a adesão ao tratamento refere-se ao grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do médico ou de outro profissional de saúde. Nesse sentido, a concordância integra todos os aspectos subjetivos citados acima. Assim, as chances de resiliência e adesão ao

tratamento seriam maiores e conseqüentemente a evolução do quadro clínico do paciente poderia estar direcionada ao sucesso.

É ressaltado que, o Psicólogo em uma equipe, segundo Mutarelli (2015),

Tem o papel de potencializar o que há de saudável no paciente, para que ele possa passar pela experiência de adoecimento “tendo seu corpo” e não se reduzindo a experiência de “ser um corpo”. Isto significa que apostamos na possibilidade de manter a integralidade do indivíduo enquanto sujeito singular, apesar da cultura institucional hospitalar dirigir-se ao paciente na lógica do universal.

Embora a equipe esteja voltada ao tratamento do sintoma, acabam por ouvir as angústias e medos do paciente, porém é o psicólogo que tem o olhar e atenção na escuta, desfazendo-se apenas da preocupação com o quadro orgânico (SALDANHA et al., 2013). O autor afirma o psicólogo como profissional referência no olhar diferenciado e na atenção à escuta, no entanto, o psicólogo pode ser referência. Remetemos o “pode ser” como uma maneira de abrir possibilidades para que outros profissionais venham a ser também referência na intervenção com o paciente, por meio do vínculo construído entre eles. Ou seja, qualquer profissional que faça parte da instituição, seja ele integrante da equipe de saúde ou não, podendo ser o zelador, copeiro, entre outros, pode ser profissional referência para o paciente, pois o fator determinante nessa situação é a relação desenvolvida entre eles, e, nesse caso, o psicólogo pode intervir diante dessas construções de vínculos entre funcionários e pacientes.

Portanto, faz-se necessário o entendimento dos profissionais sobre os impactos produzidos no paciente a partir de suas práticas, potencializando a capacidade do profissional identificar os aspectos subjetivos de cada usuário, contemplando ele em sua integralidade (biopsicossocial). Assim, a equipe de saúde pode vir a promover também ações de cuidado utilizando a tecnologia relacional, com foco em amenizar os impactos que o processo de hospitalização pode causar no sujeito.

5 METODOLOGIA

Tomando como ponto de partida o objetivo de entender os impactos psicológicos que podem reverberar no paciente a partir da prática do cuidado da equipe de saúde, esse artigo baseia-se em uma estratégia de pesquisa qualitativa. Segundo Lopes et al. (2008), a pesquisa qualitativa tem como perspectiva incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais.

Dessa forma, compreendemos que esse tipo de pesquisa apoia-se na singularidade de cada conteúdo apresentado, preocupando-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT et al., 2009).

Essa pesquisa se caracteriza como exploratória, por se tratar de um assunto específico e que pode ter como objetivo o aprimoramento de ideias ou intuições (GIL, 2002). É esse modelo de pesquisa que nos possibilitará elencar novas discussões acerca da temática sobre o processo de hospitalização, em que buscaremos fomentar o debate sobre as ações de cuidado nesse processo.

Baseia-se também em uma Revisão Bibliográfica, apoiada em material já elaborado, constituído por livros, e, principalmente de artigos científicos. Segundo Gerhardt et al. (2009), a revisão bibliográfica possibilita que, através de ideias já discutidas por outros autores, possamos debater, levantando dúvidas e críticas, permitindo elaborar novas perspectivas acerca da temática. Utilizamos-nos dessa perspectiva de acordo com o objetivo geral de compreender os impactos psicológicos da prática do cuidado da equipe dirigida ao sujeito hospitalizado para possibilitar novas práticas de cuidado em instituições hospitalares.

Diante dos métodos utilizados nesta pesquisa, nos apropriamos ainda da técnica de Análise de Conteúdo, para conferir uma maior relevância aos dados coletados no processo de desenvolvimento deste artigo. Segundo Campos (2004), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo explícito de comunicação objetiva, sistemática e qualitativa. O pesquisador se utiliza dessa técnica para uma melhor visualização dos principais conceitos trabalhados, de modo que o sentido da pesquisa fique nítido, organizado, detalhado. Para

chegarmos a esse ponto, passaremos por três fases: Pré-análise, Exploração e Interpretação, que se encontram abaixo descrito:

- Pré-análise, segundo Campos (2004), se dá nas leituras breves de todo o material, com intuito de apreender e organizar de forma não estruturada o conteúdo, ou seja, estar familiarizado com a temática a ser desenvolvida.
- Exploração do material é o momento em que se codifica o material. Primeiro, faz-se um recorte do texto; depois, escolhem-se regras de contagem; e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas (GERHARDT et al., 2009). Isto é, o pesquisador irá colher toda informação relevante do material pesquisado para compor seu escrito.
- Na fase de Interpretação, trabalham-se os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas, as quais serão interpretadas (GERHARDT et al., 2009). Ou melhor, é um esclarecer da temática na percepção do pesquisador conforme parâmetros teóricos.

Diante da metodologia apresentada, iremos analisar a revisão bibliográfica conforme a técnica de análise de conteúdo, para consolidar os conceitos e ideias que embasam o tema PRÁTICA DO CUIDAR NO PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO, que aborda conceitos e discussões sobre os impactos que a prática do cuidado pode causar no sujeito em processo de hospitalização, dando relevância aos aspectos subjetivos que podem refletir no resultado do quadro clínico do paciente, trazendo a psicologia na compreensão desses aspectos e na possibilidade de um novo fazer nas ações de cuidar.

Esse processo de análise seguirá pelas três fases já citadas (pré-exploração, exploração e interpretação).

6 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Apresentaremos os principais conceitos que norteiam a prática do cuidar no processo de hospitalização, de forma clara e objetiva, ressaltando as relevâncias de cada subtópico discutido no decorrer do desenvolvimento, juntamente com a contribuição da Psicologia para expandir possibilidades de novos fazeres em saúde.

A pré-análise consiste em leituras breves, curtas sobre o que aborda a temática, como ela vai ser desenvolvida e, conseqüentemente, analisada pelas outras fases de exploração e interpretação. A Pré-análise no primeiro ponto O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO, expõe o sentido real de um ambiente hospitalar e sua lógica de trabalho, tendo a patologia como ponto central. Contudo, destaca-se que além da doença existe um ser humano biopsicossocial.

No segundo ponto AS PRÁTICAS DO CUIDADO EM SAÚDE, discorre na compreensão de conceitos literários sobre cuidado, conduzindo esses conceitos para o ambiente hospitalar onde existe uma relação de cuidado entre o profissional e o usuário que se tem relevância na discussão entre oferta e demanda. Ressalta termos técnicos, com a importância da integração das tecnologias leve-dura no produzir do cuidado, que reverbera no trabalho da equipe classificando e conceituando Trabalho Vivo e Trabalho morto.

Por último os IMPACTOS PSICOLÓGICOS, no qual aborda os impactos do trabalho da equipe de saúde diante das práticas do cuidado com o paciente hospitalizado, investigando como os aspectos históricos e psicológicos intervêm no quadro clínico e influenciam na aderência do paciente ao tratamento. Nele buscaremos compreender também os impactos que resulta na equipe de saúde diante das questões psicológicas que venham a surgir. Destaca-se também o papel do psicólogo em solidificar e intervir as relações entre os profissionais da equipe e o paciente nesse contexto.

A exploração da análise de conteúdo debate as relevâncias de cada tópico exposto acima com mais clareza, na tentativa de se trabalhar com mais objetividade para uma melhor compreensão dos conceitos e organização das ideias.

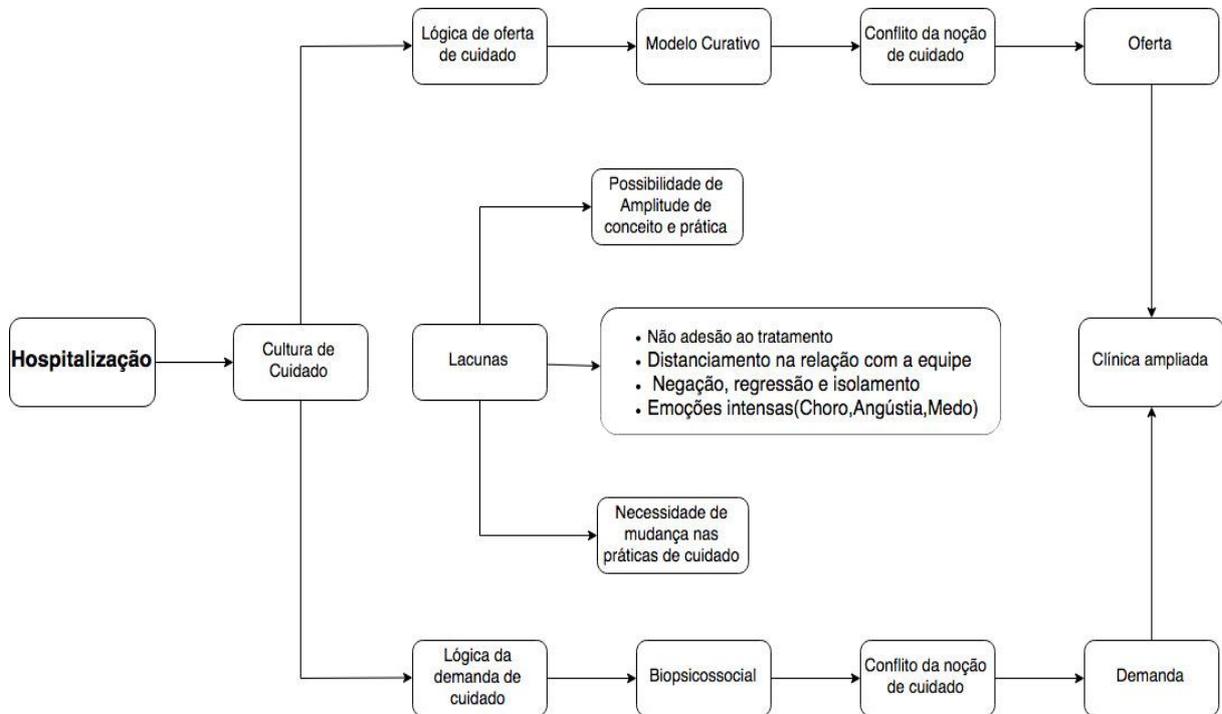


Figura 1 – Mapa Mental. Construção das autoras baseado no instrumento IMindMap10.

Diante da análise dos dados na parte da exploração, conseguimos chegar a uma figura analítica que ilustra alguns pontos centrais. A figura propõe analisar de forma clara o processo de hospitalização discutido no corpo deste artigo, em que dentro dessa análise encontramos uma lógica de cuidado que é ofertado e o cuidado que é demandado pelo usuário.

Ao fazer essa análise encontramos lacunas entre esses dois processos, as quais podem produzir diversos impactos psicológicos ao longo do processo de hospitalização, sendo eles: a não adesão ao tratamento, o distanciamento na relação com a equipe, a negação, regressão, isolamento e emoções intensas, em que aparecem o choro fácil, a angústia, o medo. Pensando nisso, passaremos a discorrer um pouco sobre cada processo que leva às lacunas para poder explicar os dois lugares de oferta/demanda.

6.1 LÓGICA DE CUIDADO DA EQUIPE DE SAÚDE; O MODELO CURATIVO

"O processo de hospitalização e o tratamento que visam o restabelecimento do paciente não fazem parte dos projetos existenciais da maioria das pessoas" (PINHEIRO, 2008). Ou seja, a lógica de trabalho que o serviço oferta muitas vezes pode não corresponder às expectativas dos usuários que, por circunstâncias emergenciais, se encontram em um ambiente hospitalar, e essas expectativas podem se caracterizar como orientações claras sobre seu quadro clínico e procedimentos de exames, acolhimento a questões subjetivas, escuta qualificada, suporte à família. Essas questões demandam técnica dos profissionais, que muitas vezes não são preparados para tal. A oferta do serviço curativo e/ou biomédico produzido pelos profissionais da saúde inclui todos que compõe a equipe multidisciplinar, abarcando apenas a patologia, não se importando com as questões citadas anteriormente (essa indiferença pode gerar lacunas entre oferta e demanda).

Segundo Pinheiro (2008), a prioridade na prática curativa acontece por uma questão de formação, em que não existe o enfoque nesta reflexão, até mesmo porque não é essa a prioridade da equipe. Exatamente porque as formações profissionais são atravessadas por momentos históricos diferentes

Diante desses pontos, ainda compartilhando do pensamento de Pinheiro (2008), Saúde significa a completa e contínua adaptação do organismo ao ambiente em que vive. Dessa forma, podemos entender que completa parte do sujeito visto em sua totalidade sendo ele biológico, psicológico e social. Contínua, parte de constante desenvolvimento. Sendo assim, ligamos saúde a desenvolvimento humano, considerando que ambos caminham juntos.

6.2 O SUJEITO QUE DEMANDA OUTRA LOGICA DE CUIDADO; O MODELO PSICOSSOCIAL

"A doença física é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando efeitos na psicodinâmica do indivíduo doente" (PINHEIRO, 2008). Isso aponta a chegada do usuário ao serviço de saúde não apenas com a doença física, mas também com toda significação que esse adoecer pode causar na perda de suas

atividades, e na privação da companhia de seus amigos e familiares, adaptando-se a um ambiente disciplinado, obedecendo às regras da equipe de saúde e perdendo a autonomia sobre si próprio. Esses aspectos produzem uma outra lógica na demanda, sendo ela psicossocial que uma vez não acolhida pode interferir na adesão ao tratamento e assim poderá não ter uma evolução clínica favorável.

Segundo Pinheiro (2008), o sujeito expressa o desejo do outro no papel mais emocionante de si mesmo. Isto é, o sujeito evidencia sua necessidade do outro na reorganização de suas ideias, e, diante desse desejo, a equipe pode se fazer presente no acolhimento e escuta qualificada, na aproximação do profissional com o usuário, podendo transmitir para o paciente segurança e confiança construindo um vínculo relacional em que exista respeito entre ambos. Nesse sentido, o paciente passa a ser chamado pelo seu nome e tem participação ativa na tomada de decisão sobre seu tratamento, evitando práticas equivocadas em que o paciente deixa de ter seu próprio nome e passa a ser um número, um leito, ou alguém portador de uma doença, de uma determinada patologia. Isso pode caracterizar a perda de sua identidade social, ou seja, o sujeito se vê em um processo de despersonalização, é uma perda de suas características.

A probabilidade de despersonalização do usuário em processo de hospitalização é reduzida quando existe um vínculo relacional entre a equipe de saúde e o usuário, pois essa aproximação possibilita a conservação da singularidade do sujeito.

6.3 A POSSIBILIDADE DE AMPLIAR O CONCEITO E A PRÁTICA; O NASCER DA CLÍNICA AMPLIADA

Segundo Mutarelli (2015), a possibilidade de amplitude surge com a inserção da Psicologia no âmbito hospitalar, pois o psicólogo no hospital tem sua prática fundamentada no olhar para o singular, para o sujeito, partindo de uma produção de cuidado diferente da lógica curativa, pautada na lógica psicossocial, que prioriza a assistência relacional tanto entre usuário e seus familiares, como também entre a equipe. Essa amplitude pode se dar também com a inserção de outras profissões em ambientes hospitalares, se caracterizando pela equipe multiprofissional.

Nesse sentido, a Psicologia como parte integrante da equipe pode convocar esse grupo para uma reflexão sobre suas práticas e, conseqüentemente, sobre a possibilidade de ampliar conceitos, podendo ainda conscientizar ela do seu real papel enquanto profissional da saúde, que é de assistir a sociedade na prevenção e promoção da saúde, pois, segundo Mutarelli (2015),

A saúde é um fator essencial para que haja desenvolvimento humano. Com isto, o campo da saúde deixa de ser exclusivo da medicina, pois para se estar no melhor estado físico temos que passar a considerar o estilo de vida da pessoa e, com isso, seus hábitos alimentares, práticas esportivas, sua inserção social. Então, há uma ampliação do campo de trabalho no setor da saúde.

Nesse sentido, é necessário que exista também uma ampliação dos modos de produzir cuidado pela via da saúde, assim, o alvo será o sujeito e seu estilo de vida, e não apenas o sujeito com ausência de doença. Sugerimos a via do trabalho vivo e das tecnologias mais relacionais nessa ampliação, a prática interdisciplinar também proporciona uma evolução na dinâmica do trabalho em equipe.

Assim, segundo Pinheiro (2008), a Psicologia entra no contexto hospitalar para somar, pois entendemos que diante da urgência orgânica, surge também a urgência psíquica. Diante disso, Saldanha et al. (2013) afirmam que no contexto de atuação multi e interdisciplinar, o trabalho integrado e as tecnologias contribuem para melhorar a humanização do atendimento. Pensando nisso, surge a possibilidade de mediar o enxergar das culturas, isto é, pensar sobre a estratégia de clínica ampliada.

6.4 A NECESSIDADE DA MUDANÇA NAS PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE; A CLÍNICA AMPLIADA

Essa necessidade emerge a partir da perspectiva de pensar sobre uma nova prática do trabalho dos profissionais de saúde, trazendo uma reflexão acerca do modelo biomédico que permeia a prática de cada profissional. Diante disso os autores Matos et al. (2009) abordam as dificuldades que podem surgir para a realização de um trabalho em saúde mais integrador, mais eficaz e eficiente. Muitas vezes essas dificuldades existem por falta de conhecimento de como fazer um trabalho integrador, justamente porque os profissionais de saúde estão em transição

de culturas e tiveram formações em épocas diferentes. Assim, a grande questão é “como fazer”.

Pensando nisso, a Psicologia pode vir a mediar pontos mais diretivos com o usuário, porém seria interessante ter um psicólogo hospitalar voltado para a instituição, com o propósito de trabalhar a gestão de cuidado da organização. Assim, a estratégia de clínica ampliada que tem como eixos fundamentais: compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticos, ampliação do objetivo de trabalho, transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e suporte para os profissionais de saúde, se estabelece na prática interdisciplinar como uma possibilidade desse exercício de trabalho integrador, contribuindo para uma mudança de cultura, se fazendo necessário arranjos e dispositivos de gestão que privilegiem uma comunicação transversal na equipe e entre equipes, mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada (BRASIL, 2009).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização da pesquisa assumimos o desafio de falar sobre algo que é extremamente novo em contextos da saúde. Consideramos o grande facilitador durante todo o transcurso do trabalho as discussões críticas entre nós autoras deste escrito sobre o tema abordado, que foi bem sucedido neste projeto.

Consideramos as orientações acadêmicas como possibilidade de ampliar e nortear o objetivo da pesquisa e, como o grande dificultador, a pouca quantidade de literatura disponível sobre as temáticas abordadas. Diante disso, surgiram alguns conflitos entre ideias e entendimento dos itens discutidos, tais como: apropriação dos conceitos de multiprofissionalidade, interprofissionalidade, tecnologias e os tipos de trabalho. Entendimentos diferentes dizem respeito à singularidade de ambas as autoras, porém esses pontos foram refletidos e discutidos em conjunto.

O desenvolvimento do tema A Prática do Cuidar no Processo de Hospitalização nos permitiu enquanto discentes, articular os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, em especial os adquiridos em aulas práticas em saúde, que veio a confirmar a grande problemática na inovação das práticas do cuidado, que é o de “Como Fazer”. Nesse sentido, nos apropriamos dessas questões nos impulsionam para uma atuação profissional mais ativa, e a saber os limites da nossa atuação e as estratégias de trabalho que podemos utilizar, seja ela em qualquer complexidade em saúde (baixa, média ou alta).

Diante disso, nos deparamos com a clínica ampliada como estratégia na busca da aproximação dessas relações de oferta e demanda, que foi satisfatório. Porque diante da problemática conseguimos apontar uma solução que julgamos eficaz e eficiente pensando na sociedade como maior beneficiário.

Contudo, a clínica ampliada também pode ser difundida no meio acadêmico, sendo inseridas em grades curriculares, também como possibilidades de pesquisas e ampliação das estratégias de trabalho em saúde. Assim, podemos contribuir com a ciência. Em especial, ressaltamos a ciência da Psicologia, que a cada contribuição científica, consegue se manter entre as outras ciências (na saúde por exemplo, ainda está conquistando seu espaço, porém tem se mostrado cada vez mais necessária ao entendimento do homem como ser biológico, psicológico e social).

Na construção da Figura 1, nos utilizamos da Psicologia na tentativa de explicar questões subjetivas e ampliar o conceito de cuidado em saúde. Foi inquietante analisar a figura, pensando que ela pode ser considerada a realidade de algumas instituições hospitalares. Porém, a posição de futuros psicólogos nos empodera para uma atuação inovadora.

THE PRACTICE OF CARING IN THE HOSPITALIZATION PROCESS

ABSTRACT

The research points out a reflection on the care offered to the patients in the hospitalization process. The methodology used was the bibliographic review to deepen the following themes: Hospitalization Process, Care Practices and Psychological Impacts. Considering the exploration of these contents, the objective of this research is to understand the psychological impacts that can reverberate in the patient from the practice of the care of the health team. From the analysis of content we achieve the result that there is a distancing between supply and demand, this can result in gaps. With this we point out possibilities and / or solutions in an attempt to improve the health service offer and, consequently, to mitigate the gaps, bringing Psychology in an attempt to explain subjective issues between supply and demand and its possible gaps, as we also highlight the relevance of the psychological performance in the hospital context.

Key words: Hospitalization. Caution. Psychology.

REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, Marcela Louly. O processo de subjetivação no espaço hospitalar: uma reflexão sobre a necessidade de humanização. **Monografia**. Brasília: UniCEUB, 2013.
- BIANCHINI, Daniela; DELL'AGLIO, Débora. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. v. 16, n. 35. sept/dec. Paideia/ Ribeirão Preto. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300013. Acessado em: 15/09/2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Brasil Enfermagem**. Brasília, dez. 2004.
- CAMPOS, T. C. P. Psicologia Hospitalar, a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.
- CANTARELLI, Ana Paula Silva. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 137-147, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582009000200011&script=sci_abstract&tlng=em. Acessado em: 10/09/2016.
- FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004. Acessado em: 11/09/2016.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. **Artigo**. IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. (organização e tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar uma pesquisa**, ed. Atlas, São Paulo, 2002.

KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein; SCORTEGAGNA, Helenice de Moura et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 15, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500022. Acessado em: 20/10/2016.

LIMA, M. G. S. Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

LOPES, Ana Lúcia Mendes; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto - enfermagem**. v.17, n.4, out./dez., 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020>. Acessado em: 20/03/2017.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 2, n. 8, p. 338-46, abr./jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>. Acessado em: 10/10/2016.

_____, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 6, nov/ dec, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010. Acessado em: 24/10/2016.

Merhy Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VERAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.11, n.2, p.323-330, mai/ago, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>. Acessado em: 15/10/2016.

MUTARELLI, Andreia. O serviço de psicologia no hospital: modelo assistencial de cuidado na busca pela promoção de saúde. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan/jun, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000100009. Acessado em: 20/09/2016.

PINHEIRO, Raphaella Pizani Castor. Sujeito e a hospitalização. **(Monografia)** Faculdade de Ciências da Educação e Saúde. Curso de Psicologia, Brasília: UniCEUB, 2008.

SALDANHA, Shirlei de Vagas; ROSA, Aline Badch; CRUZ, Lilian Rodrigues da. O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no hospital Santa Cruz. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jun, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011. Acessado em: 25/10/2016.

SILVA, Cláudia Sampaio Corrêa da; OURIQUE, Luciana Rubensan; OLIVEIRA, Manoela Ziebell de et al. Resignificação da experiência de Orientação Profissional. **Revista Brasileira de Orientação Profissional** . São Paulo, v. 9, n.1, jun, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902008000100007. Acessado em: 21/03/2017

SOUZA, Maria de Lourdes de; SARTOR, Vicente Volnei de Bona; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al. O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v.14, n. 2, abr/jun, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>. Acessado em: 21/09/2016.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al . Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 47, n. 6, dez, 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601092&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 29/03/2017.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 3, jun, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Acessado em: 20/04/2017.

WAISBERG, Ariane David; VERONEZ, Fulvia de Souza; TAVANO, Lílian D'Aquino et al. A atuação do psicólogo na unidade de internação de um hospital de reabilitação. **Revista Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100005. Acessado em: 10/10/2016.