

ANAIS 2018

XVIII FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR



AS VÁRIAS PRÁTICAS DA(O)
PSICÓLOGA(O) HOSPITALAR

Realização:



Apoio:



XVIII FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR



AS VÁRIAS PRÁTICAS DA(O)
PSICÓLOGA(O) HOSPITALAR

Realização:



Apoio:



ANAIS DO EVENTO

**XVIII FÓRUM DE
PSICOLOGIA
HOSPITALAR**



AS VÁRIAS PRÁTICAS DA(O)
PSICÓLOGA(O) HOSPITALAR

VOLUME ÚNICO

Conselho Regional de Psicologia do Paraná - CRP-PR

CURITIBA 2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Angela Giordani CRB -9/1262

AN532

Anais do XVIII Fórum de Psicologia Hospitalar. As várias práticas da(o) psicóloga(o) hospitalar: volume único. Anais...Curitiba(PR) CRP-PR, 2018.

Disponível em <www.crpr.org.br>
ISBN 978-85-63012-22-7

1. Medicina e psicologia. 2. Hospitais – Aspectos psicológicos.
3. Doentes – Psicologia. 4. Psicologia aplicada. I. Título. II.
Conselho Regional de Psicologia, PR.

CDU 159.98

Designer Responsável: Josiane Tochetto

Todos os direitos desta edição são reservados ao Conselho Regional
de Psicologia - 8ª Região
Av. São José, 699 - Cristo Rei - Curitiba - PR - CEP 80050-350
(41) 3013-5766 | www.crppr.org.br | crp08@crppr.org.br

SUMÁRIO

COMISSÃO ORGANIZADORA	6
APRESENTAÇÃO	7
A PRÁTICA DA PSICOLOGIA NO AMBIENTE HOSPITALAR	9
ATENDIMENTO NOS CICLOS DA VIDA – MATERNIDADE	10
ATENDIMENTO NOS CICLOS DA VIDA – CRIANÇA E ADOLESCENTES	11
ATENDIMENTO NOS CICLOS DA VIDA – IDOSOS	13
CONTEXTOS DE ATENDIMENTO – URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	15
CONTEXTOS DE ATENDIMENTO – PACIENTES CRÔNICOS	17
CONTEXTOS DE ATENDIMENTO – UTI	19
EXTENSÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR – HOSPICE	21
EXTENSÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR – HOME CARE ..	22
EXTENSÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR – AMBULATÓRIO	23

COMISSÃO ORGANIZADORA

Giovana Cristina Angioletti (CRP 08/9620)
Coordenadora da Comissão de Psicologia Hospitalar
Ana Luísa Masetti Sabbagh (CRP-08/26494)
Bianca Louise Lemes (CRP-08/12093)
Bruno Gabriel dal Pasquale (CRP-08/ 25687)
Daniela Carla Prestes (CRP-08/04339)
Denise Ribas Jamus (CRP-08/11462)
Diego da Silva (CRP-08/20229)
Iolanda de Assis Galvão (CRP-08/06456)
Jessica Caroline dos Santos (CRP-08/17059)
José Roberto Figueiredo Palcoski (CRP 08/11967)
José Roberto W. Gioppo (CRP-08/02973)
Josiane de Fátima Farias Knaut (CRP-08/05051)
Juliane Gequelin Rosa (CRP-08/10744)
Lícia Brassac Cortiano (CRP-08/23200)
Luiza Helena Raittz Cavallet (CRP-08/17114)
Mariana Pinheiro Hofmann (CRP-08/16505)
Raphaella Ropelato de Souza (CRP-08/10276)
Ronny Kurashiki Oliveira (CRP-08/21254)
Thais Malucelli Amatneeks (CRP-08/23825)
Vitória Cordovil de Almeida (CRP-08/23089)
Wesley Yago Leal da Silva (CRP-08/22320)

APRESENTAÇÃO

A Comissão de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP-PR) foi constituída em 2001 e, desde então, propõe-se a agregar profissionais e estudantes interessadas(os) no desenvolvimento teórico e prático nessa área. O Fórum de Psicologia Hospitalar, atividade já tradicional da Comissão, é um desses momentos nos quais as(os) participantes podem conhecer e discutir sobre sua atuação. O XVIII Fórum discutiu sobre as possibilidades de atuação dentro da área hospitalar, apresentando a amplitude do campo, que abarca desde a assistência, como a gestão e a pesquisa.

**XVII FÓRUM DE
PSICOLOGIA
HOSPITALAR**



CENÁRIOS DA SAÚDE MENTAL
NO CONTEXTO HOSPITALAR

A PRÁTICA DA PSICOLOGIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ricardo Gorayeb (CRP-06/5558)

A atuação de Psicólogos no ambiente hospitalar é relativamente recente, não só no Brasil, mas também em vários países mais desenvolvidos. Do ponto de vista qualitativo, nossos avanços podem ser comparados com os de vários países, mostrando que temos uma atuação significativa e relevante, trazendo, além de benefícios diretos para os pacientes, familiares e equipes, também uma contribuição para o conhecimento científico na área, colocando-nos em pé de igualdade com outros países, quanto à qualidade e eficácia do serviço prestado. Mas, este desenvolvimento brasileiro se dá predominantemente em hospitais universitários, sendo ainda muito tímido em hospitais privados. Com isto, a imensa maioria da população internada em hospitais não pode contar com o apoio e intervenção psicológicos, tão necessários para um restabelecimento pleno de sua saúde. Nesta conferência serão apresentadas e discutidas estratégias para aumentar a inserção do Psicólogo no ambiente hospitalar, aumentar sua produtividade e melhorar ainda mais a qualidade do serviço prestado. Serão discutidas formas de incrementar a formação de jovens profissionais, preparando-os para o exercício desta especialidade. Oportunidades de especialização serão apresentadas, e estratégias para obtê-las e incrementá-las serão analisadas. Também serão descritas intervenções bem sucedidas em ambientes distintos, tal como enfermarias e ambulatorios. Serão apresentados dados de atendimento ambulatorial de uma paciente com câncer de mama, resistente ao atendimento médico, mostrando como foi conseguida a adesão ao tratamento e a melhoria das condições psicológicas da paciente; dados de intervenção com gestantes de risco, mostrando que a intervenção psicológica reduziu ansiedade e depressão

nestas pacientes, tanto no período de gestação como no puerpério; e dados de intervenção com pacientes ginecológicos, em processo de fertilização assistida, mostrando a eficácia da intervenção psicológica para aumentar o sucesso da ação médica. Todas estas intervenções serão apresentadas com ênfase no processo de planejamento, cuidados com a coleta e análise dos resultados, cuidados com a escrita e apresentação dos resultados para a comunidade científica. Tal ênfase na produção de evidências científicas sobre a intervenção psicológica no ambiente hospitalar é o que poderá, a médio e longo prazo, aumentar a inserção do psicólogo no ambiente hospitalar, considerando que atuamos em um ambiente acostumado com o uso de evidências em suas tomadas de decisão. Para finalizar, será analisado o papel das Sociedades Científicas e dos órgãos de classe, para uma atuação no sentido de estimular a elaboração de uma política e uma legislação que valorizem e estimulem uma melhor formação e maior inserção do Psicólogo no ambiente hospitalar.

ATENDIMENTO NOS CICLOS DA VIDA – MATERNIDADE

Giovana Cristina Angioletti (CRP-08/09620)

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA EM MATERNIDADE – EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DO TRABALHADOR

As questões relativas ao parto e ao nascimento têm sido estudadas pela Psicologia (Badinter, Winicott, Soifer, Langer, Spitz ...), mas com menos ênfase na Psicologia Hospitalar, em comparação a outras temáticas (intensivismo, oncologia etc). De certa maneira, tão situação é bastante compreensível, haja vista que o parto e o nascimento não são necessariamente eventos médicos, ao contrário, historicamente é recente que eles ocorram dentro dos hospitais.

O ciclo gravídico puerperal é um período marcado por mudanças significativas em todos os aspectos da vida da mulher. A constituição de um novo sujeito, física e psíquica, é um evento que precisa ser visto a partir de três perspectivas diferentes: biológica, psicológica e social. Algo acontece no âmbito do corpo da mulher, enquanto se gera o corpo do bebê, assim como do ponto de vista sócio-cultural, em relação a seus valores, crenças.

Conforme aponta Iaconelli (2018), “Tão equivocado quanto imaginar que as questões da parentalidade são redutíveis à biologia da mulher, é imaginar que se pode prescindir do aspecto biológico, para compreendê-la”. A partir desse olhar, que as questões do período da gestação poderão ser pensadas. O ciclo gravídico puerperal é marcado por ser um período de significativa ambivalência afetiva e de maior regressão por parte da mulher, sem que essas características sejam patológicas. O puerpério é um processo bastante complexo no qual a mulher é desafiada a elaborar vários lutos: o do lugar de filha, o do corpo anterior, a da passagem do casal para a tríade. Ele impõe uma dupla tarefa à mulher: a constituição de uma nova posição subjetiva (de filha para mãe) – e a relação deste novo lugar com a função materna –

sua tarefa de gerar um outro sujeito humano, possibilitando a constituição do psiquismo do bebê. É um período de grande sensibilidade do psiquismo materno, portanto, de maior vulnerabilidade.

A atuação do psicólogo hospitalar em Maternidade irá considerar esses aspectos. Conforme aponta Kehdy (2018), a sensibilidade psíquica presente pode tornar este momento, privilegiado para intervenção terapêutica e, por outro, de extremo cuidado e atenção.

REFERÊNCIAS

Badinter, E. Um amor conquistado: O mito do Amor Materno, 1985.

Bortoletti, F. F. Psicodinâmica do Ciclo Gravídico Puerperal. In Bortoletti, F. F. et al, Psicologia na Prática Obstétrica. Barueri, SP: Manole, 2007.

Iaconelli, V. Psicanálise, Parentalidade e Perinatalidade. Artigo não publicado. 2018.

Iaconelli, V. Mal-estar na Maternidade: do infanticídio a função materna. SP, Annablume, 2015.

Kehdy, R. Desafios De Ser Mãe Hoje, O Que Nós Psis temos a ver com isto? <http://institutogerar.com.br/desafios-de-ser-mae-hoje/>. acessado em 16.jun.2018

ATENDIMENTO NOS CICLOS DA VIDA – CRIANÇA E ADOLESCENTES

Daniela Carla Prestes (CRP-08/04339)

A PARTICIPAÇÃO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NA AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES CANDIDATOS À CIRURGIA DE IMPLANTE COCLEAR.

Os problemas auditivos são concebidos como desordens orgânicas funcionais que conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) afetam 10% da população mundial.

Consoante Godinho, Keogh e Eavey (2003, p.01), a perda auditiva (PA) é o déficit sensorial mais comum e resulta na restrição das habilidades de se comunicar pela linguagem falada. Uma em cada mil crianças nascem surdas ou se tornarão portadoras de surdez profunda ou severa antes que a linguagem seja adquirida (período pré-lingual). Outras 2 ou 4 crianças em cada 1000 se tornarão surdas ou portadoras da deficiência antes da idade adulta.

Considerando-se a classificação por intensidade, os casos em questão são os portadores de surdez severa ou profunda bilateral, absolutamente surdos, impedindo-os de adquirir naturalmente a linguagem oral. Esta falha interfere no desenvolvimento das capacidades verbais e de linguagem, remetendo a dificuldades cognitivas, intelectuais e acadêmicas, podendo acarretar efeitos deletérios sobre a constituição psíquica da criança e sua evolução social.

Assim, a cirurgia de implante coclear é que propiciará o contato sonoro do indivíduo e melhorará a qualidade comunicativa. O dispositivo é um estimulador elétrico que faz o papel do ouvido possibilitando a percepção e o reconhecimento dos sons da fala. Além da cirurgia há a ativação do dispositivo e a reabilitação do paciente visando o desenvolvimento das capacidades de detecção, discriminação, identificação, reconhecimento e compreensão do estímulo sonoro.

A indicação cirúrgica deve ocorrer após avaliação de equipe multiprofissional composta por otorrinolaringologista, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social.

O Serviço de Psicologia constituiu um protocolo de avaliação diagnóstica psicológica com critérios de elegibilidade dos candidatos compondo com as avaliações dos demais profissionais para conclusão de indicação ou contra indicação cirúrgica.

A avaliação ocorre através de entrevista(s) semiestruturada(s) com os pais ou responsáveis pelo paciente com o intuito de obter informações sobre a história da criança, seu perfil de desenvolvimento global e traços de sua personalidade. Estes aspectos são importantes para saber qual lugar a criança ocupa no desejo da mãe e nas relações intersubjetivas, e qual a perspectiva ou as esperanças os pais lançam sobre ela.

Através do discurso dos pais é viável identificar que olhar eles apresentam sobre seu filho e, se, para além da atenção às necessidades biofísicas, o cuidado da criança envolve investimento libidinal que suponha ali um sujeito, capacidades, tudo que é necessário para a constituição saudável de sua identidade humana.

Averigua-se também: o conhecimento que o responsável possui sobre o diagnóstico e o tratamento; as reações desencadeadas pela situação na família, o caminho percorrido durante a fase diagnóstica o que trará informações quanto à disponibilidade e motivação para o tratamento e qual a concepção acerca deste e expectativas reais ou fantasiadas frente aos resultados.

Outro item averiguado é a existência de suporte da família extensa e de rede de apoio complementar, pois os ambientes familiar e social estão intimamente relacionados com a qualidade e quantidade do tratamento prestado ao paciente e com o acesso aos serviços de saúde necessários à reabilitação.

Naturalmente, dentro do processo de avaliação diagnóstica psicológica, avalia-se também o paciente valendo-se das técnicas de observação passiva e ou ativa e da técnica do brincar. Procura-se colher dados acerca do processo de constituição psíquica e do desenvolvimento global do paciente em relação a sua faixa etária, fase de desenvolvimento e na interface da deficiência auditiva e dos dados colhidos com os responsáveis. Tais termos além de traduzirem o investimento afetivo e educação dispensados pelos pais e familiares, comunicam sobre sua realidade de vida e capacidade adaptativa a esta realidade.

Esta proposta parece adequada ao modelo hospitalar compatibilizando com a forma de raciocínio clínico dos demais membros da equipe. Permite atingir os objetivos almejados e definir desde a área da psicologia se o caso tem indicação ou não à cirurgia.

Realiza-se ainda interconsulta com a assistente social sobre os casos avaliados, discutindo indicadores psicológicos e sócio assistenciais, concluindo pela indicação ou não do procedimento. Havendo concordância pela contraíndicação o caso é discutido com os demais membros da equipe para consenso final.

Concluindo o processo, havendo indicação para cirurgia, redige-se um relatório psicológico segundo padrão preconizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) sendo três vias: uma arquivada no setor, outra enviada ao Serviço de Implante Coclear e outra enviado à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba junto aos relatórios dos outros membros da equipe para análise e parecer acerca da autorização do caso para a cirurgia.

Em havendo a autorização abre-se um novo momento. Sugere-se o preparo psicológico pré-operatório para o paciente e seus pais ou responsáveis.

Esta oferta se deve a concepção que cuidar significa incluir a atenção e o respeito aos aspectos psicológicos e emocionais, ultrapassando a prestação de cuidados físicos e os conhecimentos técnicos da doença e do tratamento.

REFERÊNCIAS

GODINHO, Pedro; KEOGH, Ivan; EAVEY, Roland. Perda auditiva genética. Rev.Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v.69, n.1, jan.2003. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-72992003000100016&lng=en&nr=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50034-72992003000100016&lng=en&nr=iso) Acesso em: 15.04.2012

ATENDIMENTO NOS CICLOS DA VIDA – IDOSOS

Luciana Tiemi Kurogi (CRP-08/19158)

O ATENDIMENTO HOSPITALAR AO IDOSO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

A velhice pode ser compreendida como uma fase do desenvolvimento humano. As concepções de velhice são provenientes de uma construção social e histórica com base em valores e princípios de uma sociedade. A partir da metade do século XIX, a velhice estava relacionada à decadência física e à ausência de papéis sociais. O envelhecimento se trata de um processo contínuo de perdas e dependência, favorecendo a constituição de um conjunto de imagens negativas associado ao idoso. Na atualidade, vivemos em uma sociedade de consumo, com valorização da beleza, juventude, independência e produtividade. Consequentemente, a sociedade propende a não valorizar o idoso e sua importância social, ao mesmo tempo em que potencializa a longevidade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS apud ONU), a população idosa era de 841 milhões em 2014 e chegará a 2 bilhões em 2050. No Brasil, houve um aumento de 18% do número de idosos entre 2012 e 2017, conforme a divulgação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O envelhecimento é caracterizado por mudanças complexas e multifatoriais. No aspecto biológico, esse processo está associado à perda gradual das reservas fisiológicas, contribuindo com o aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral da capacidade intrínseca do sujeito (OMS, 2015). Dessa forma, o idoso tende a apresentar maior número de internações hospitalares em relação a outras faixas etárias, bem como uma permanência hospitalar mais prolongada (AMARAL et al. apud GIACOMINI; WANDERLEY, 2010).

A internação hospitalar pode ser vivenciada de forma estressante pelo idoso devido à mudança de rotina, o adoecimento, o tratamento, a percepção da morte e da dependência física. Neste contexto, o trabalho da equipe interdisciplinar e multidisciplinar é essencial no cuidado ao paciente. O atendimento psicológico hospitalar tem características específicas, devendo considerar os aspectos biopsicossociais do sujeito. Necessita-se abranger, na avaliação psicológica, o estado emocional, cognitivo, o conhecimento sobre o estado fisiológico, tratamento e medicações pelo paciente, bem como considerar o contexto social e cultural dele. Geralmente a família faz parte integrante deste atendimento, visto que os familiares podem ficar angustiados e ansiosos com o processo de adoecimento do idoso. Cabe ao psicólogo hospitalar o planejamento e a execução do atendimento da necessidade de acolhimento do paciente, auxiliando-o a identificar sua ansiedade, angústia e medo, bem como auxiliá-lo a lidar com essas demandas (LUSTOSA, 2007). Logo, o psicólogo deve proporcionar uma escuta que permita a explicitação do sofrimento e a discriminação entre a escuta médica e subjetiva.

No contexto hospitalar, as doenças mais comuns em idosos são: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, hipertensão, doença obstrutiva crônica, doenças neurológicas e alguns transtornos mentais. A demência afeta cerca de 5% dos idosos aos 65 anos de idade e 20% idosos com 80 anos ou mais. A depressão trata-se de um transtorno mental frequente em idosos, apresentando a variação entre 5% e 35%, conforme os níveis da depressão (ALMEIDA, 1999). A vivência do processo de adoecimento pelo

idoso é singular, mediante a experiência de vida, a organização psicológica, a condição física e social dele.

Embora haja uma correlação entre o aumento da população idosa e a prevalência elevada de doenças crônico-degenerativas, deve-se considerar que o envelhecimento não é sinônimo de adoecer, devido à existência do envelhecimento saudável (STELLA et al., 2002). Estima-se, no futuro breve, uma mudança de estereótipos associados à velhice e que haja a valorização do idoso. Assim, o envelhecimento, em vez de estar relacionado a doenças e perdas, poderia ser tratado como um momento propício para novas oportunidades, conquistas e continuidade do desenvolvimento, produção social, cognitiva e cultural (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A.. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421-426, jun 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2018.

GIACOMINI T., WANDERLEY K. Compreendendo o idoso e a sua vivência de internação hospitalar. Rev. Kairós Gerontologia, v.13, n. 1, p. 221-30, 2010. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4871/3456>>. Acesso em: 18 de set de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em 20 de set. de 2018.

LUSTOSA, M. A. Atendimento ao paciente idoso. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 7-11, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global', 2014. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/#>>. Acesso em: 20 de set. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015. Disponível em: <<https://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>> Acesso em 15 de set. de 2018.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2018.

STELLA, F. et al. Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. Motriz, Rio Claro, v. 8, n.3, p. 91-98, 2002. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>>. Acesso em: 18 de set. de 2018.

CONTEXTOS DE ATENDIMENTO – URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Maurício João Costacurta (CRP-08/04402)

PSICOLOGIA NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO EM UPA 24 HORAS

A implantação do serviço de Psicologia num ambiente estritamente biomédico deu-se de forma gradativa e com alguns percalços, uma vez que ninguém, inclusive eu mesmo, sabia qual seria o papel de um psicólogo neste lugar onde a principal característica é receber pacientes com risco eminente à sua integridade física e de vida.

A UPA 24 horas é definida como uma unidade de complexidade intermediária entre a atenção primária (US) e a atenção terciária (Hospitais). Seu funcionamento é ininterrupto, ou seja, 24 horas por dia, 7 dias da semana. O local recebe vítimas de agravos à saúde de natureza clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e outros. Sua função é a estabilização do paciente para posterior encaminhamento e o tempo de permanência, segundo a legislação, não deve ultrapassar 24 horas.

Não há previsão de Psicólogo em sua equipe mínima, mas cabe ao gestor local definir sobre a participação deste profissional na equipe.

Como incluir então a Psicologia num ambiente como o da UPA 24 horas, onde avaliação e atendimento ocorrem num curtíssimo prazo, sendo que na maioria dos casos vemos o paciente apenas uma vez?

Como oferecer alívio ao sofrimento subjetivo e ao mesmo tempo avaliar a situação atual e pregressa a fim de encaminhar o caso com resolutividade, avaliando e minimizando os riscos?

No início a atuação concentrou-se nos pacientes em crise de saúde mental, tendo como principais demandas as psicoses agudizadas, transtornos de humor (quadros depressivos e maníacos), intoxicações e abstinências por substâncias psicoativas e tentativas de suicídio.

A UPA 24 horas constitui-se num cenário com vários atores: o paciente em sofrimento, sua família (quase sempre desestruturada) e a equipe de médicos e enfermeiros, em sua maioria despreparada para atuar frente aos pacientes de saúde mental.

Para que a Psicologia pudesse inserir-se neste cenário de crise foi necessário encontrar uma forma para sua atuação que respondesse às mais variadas demandas encontradas e a que mais se adaptou foi a Interconsulta Psicológica, que segundo Rossi (2008) tem como objetivos:

- 1 - Auxiliar profissionais de outras áreas no estabelecimento de hipóteses diagnósticas e tratamento de demandas subjetivas ou psicossociais.
- 2 - Intermediar a relação entre equipe, paciente e família.

Após o período inicial de adaptação, com dificuldades inerentes à inclusão de um serviço novo, percebe-se que a presença do profissional Psicólogo passa a ser bem aceita e pode-se afirmar que hoje seu lugar na composição da equipe está bem estabelecido e reconhecido como fundamental para a melhora da resolutividade no acolhimento e encaminhamentos das demandas de saúde mental.

Além dos atendimentos de urgências em saúde mental, hoje participamos de comunicação de más notícias, na baixa adesão ao tratamento clínico, no atendimento aos familiares de pacientes em cuidados paliativos, bem como situações de vulnerabilidade e violência.

A chegada da residência de Psicologia em Urgência e Emergência em 2016 trouxe dinamismo, auxiliou no aprimoramento da assistência e no estabelecimento de rotinas e protocolos (estes ainda informais) de

avaliação e encaminhamentos.

Há muito ainda a ser feito, principalmente no que tange à necessidade de treinamento continuado às equipes em relação ao manejo de pacientes de saúde mental e uma aproximação maior com os equipamentos da RAS e da RAPS.

REFERÊNCIAS

Rossi, L. Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas - FMUSP. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 256 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 85-334-1166-9 1. Serviços médicos de emergência. 2. Legislação de saúde. I. Título. II.

CONTEXTOS DE ATENDIMENTO – PACIENTES CRÔNICOS

Jessica Caroline dos Santos (CRP-08/17059)

PACIENTES CRÔNICOS

A descoberta da doença crônica provoca mudanças no estilo de vida, impactos familiares, laborais e sociais. Além do mais, essa condição acarreta inúmeras reflexões e também um processo de culpabilização pela ausência de autocuidado e de uma leitura acerca dos sintomas expressados.

O surgimento dessas doenças pode ser pensado pelo aumento da expectativa de vida, transtornos relacionados com o estilo de vida, aumento no custo da assistência a saúde e reformulação do modelo biomédico (STRAUB, 2014).

As doenças crônicas em geral, podem estar “relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades” (BRASIL, 2013, p.5). As intervenções devem ser focadas principalmente no acolhimento, escuta, ações multiprofissionais focadas num bem estar integrado do paciente e o encaminhamento para exames e outros dispositivos. O principal foco é a qualidade de vida do paciente e seus familiares, sendo que o processo de cuidado contínuo nem sempre levará a cura.

Essas condições crônicas estão diretamente relacionadas a mortalidade, devido a falta de adesão aos tratamentos, além disto, são responsáveis pelas internações de repetição e estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Essas condições impactam diretamente na qualidade de vida, rotinas de vida diária e no sentimento de bem estar (BRASIL, 2013).

Para ilustrar as doenças crônicas intituladas não transmissíveis, podemos

retratar a doença renal crônica. Trata-se de uma lesão renal progressiva e irreversível das funções dos rins. Os sintomas são descritos resumidamente como: vontade frequente de urinar no período da noite; inchaço nos tornozelos ou ao redor dos olhos; pressão sanguínea elevada; anemia (palidez anormal); fraqueza e desânimo constantes; náuseas e vômitos frequentes e outros são assintomáticos. Os principais fatores de risco são diabetes e hipertensão (RIELLA, 2018).

Desse modo, diante os vários impactos que esses pacientes estão expostos é necessário o desenvolvimento de uma linha de cuidados. O planejamento do cuidado pode ser realizado por meio do uso das tecnologias leve em saúde. Em resumo trata-se de técnicas de acolhimento, escuta desses pacientes. É necessário realizar também o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que refere-se a “uma ferramenta para qualificar o atendimento à pessoa com doença crônica, favorecendo a discussão de um sujeito singular em situação de maior vulnerabilidade e complexidade” (BRASIL, 2013 p.20). Esse planejamento precisa visar a saúde integral do paciente, sendo construído juntamente com a equipe multiprofissional e estimulando o autocuidado do paciente e o cuidado dos seus familiares.

Neste sentido, é essencial trabalhar a autonomia do paciente crônico. O desenvolvimento do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do usuário enquanto sujeito ativo de seu próprio tratamento. Ao apropriar-se do seu autocuidado o paciente pode experimentar práticas de uma vida mais saudável, refletindo na sua adesão ao tratamento. O objetivo é que o paciente tenha iniciativa e preocupação com seu próprio

tratamento, não dependendo das prescrições profissionais (BRASIL, 2013). Por outro lado, segundo o estudo de Oliveira et al., (2016), o encorajamento da equipe foi o principal fator de qualidade de vida de pacientes renais.

Para contribuir com o desenvolvimento do cuidado é preciso estabelecer rotineiramente um processo de conscientização junto a doença crônica. Isso pode ser viabilizado por meio da Educação Permanente em saúde. Diante os desafios das práticas educativas em saúde é preciso priorizar a superação dos modelos tradicionais de educação dos profissionais e caminhar no sentido de estratégias educacionais que valorizam o trabalhador, seu conhecimento prévio e sua experiência profissional. O foco deve ser no levantamento dos problemas e possíveis soluções, na aprendizagem significativa e organizada em pequenos grupos, sempre tendo como referência e ponto de partida as questões do mundo do trabalho que incidem sobre a produção do cuidado (BRASIL, 2013).

Em outra perspectiva, a experiência do diagnóstico uma doença crônica requer transformações e superações, é preciso se reconectar aos processos psicológicos e buscar um entendimento dos processos simbólicos instaurados (KREINHEDER, 1993). Cabe a seguinte reflexão: Quais os movimentos Psicológicos necessários a serem repensados para que haja um equilíbrio entre o corpo e a alma que um novo sentido se instaure.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. 2013.

KREINHEDER, Albert. Conversando com a doença. Grupo Editorial Summus, 1993.

OLIVEIRA, A. P. B. et al. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. J Bras Nefrol.2016.

RIELLA, Miguel Carlos. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos. 2018.

STRAUB, Richard O. Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial. Artmed Editora, 2014.

CONTEXTOS DE ATENDIMENTO – UTI

Tayna Nayara Nunes (CRP-08/17115)

CONTEXTO UTI - ONDE ESTAMOS E PARA ONDE CAMINHAMOS.

Quando se fala em Unidade de Terapia Intensiva o imaginário social associa esta unidade a um ambiente desumano, repleto de aparelhos tecnológicos e não é raro ouvirmos frases do tipo: “se foi para a UTI não volta mais”. Nesse discurso esquece-se que dentre todos os ambientes hospitalares é neste local que um paciente com risco de óbito terá suas maiores chances de sobreviver.

No que se refere a atuação com pacientes em UTI, o atendimento geralmente está atrelado a própria situação de doença e internação e todos os desdobramentos psíquicos que emergem no sujeito nesta condição, Freud (1937) afirma que em estados de crise agudo, e aqui podemos pensar a situação de internação em UTI, o interesse do ego é absorvido pela realidade dolorosa rechaçando outras questões. A urgência de uma internação em UTI pode lançar o sujeito a uma situação de desamparo, de modo que o real se escancara e instaura um tempo fora do simbólico, assim o papel primordial do psicólogo é criar um espaço de escuta, permitindo ao paciente que o mesmo expresse suas questões, percepções, angustias e desejos. Com este espaço de escuta cria-se a possibilidade para que a subjetividade possa emergir e toda a situação possa se inserir na cadeia significativa do sujeito, de tal maneira que o tempo de compreender se faça (MOURA, 2003).

Contudo, nem sempre um paciente que chega a UTI encontra-se em condições clínicas que permitem um atendimento psicológico, nessa situação o atendimento é direcionado aos seus familiares. Os primeiros dias de internação são permeados por muita ansiedade, angústia e estresse para a família, sendo importante que psicólogo esteja presente logo nestes primeiros dias para criar este espaço de escuta aos familiares.

Em função da singularidade de cada situação de doença, da estrutura e histórico de cada paciente e do papel ocupado nas relações familiares é que as demandas familiares serão constituídas. Conflitos e componentes de culpa podem emergir, tendo em vista o contexto de crise que se instala no seio familiar.

A participação do psicólogo em reuniões familiares em conjunto com a equipe também são frequentes e de suma importância. Em geral essas reuniões abordam temas como: a gravidade de um paciente, a indicação de instituição de cuidados paliativos, a abertura de protocolo de morte encefálica, e servem também para o estabelecimento de vínculo entre equipe e família, para o esclarecimento de dúvidas e manejo de situações que possam estar gerando conflitos.

Todo esse contexto pode ser observado em diferentes UTI's. Atualmente a UTI Geral do CHC vem fazendo parte do projeto Melhorando a Segurança do Paciente em Larga Escala no Brasil, que é desenvolvido pelo Ministério da Saúde por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) em parceria com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) e visa reduzir em cinquenta por cento a taxa de infecções relacionadas à assistência a saúde.

Uma das frentes de trabalho desse projeto é a inserção da família nos cuidados diários do paciente, promovendo a comunicação transparente e aberta entre pacientes, familiares e membros da equipe multiprofissional, buscando tornar o cuidado centrado no paciente e familiares um valor fundamental de nossa unidade, engajando-os como parceiros em todas as atividades que dizem respeito a eles.

Projeto este que é ousado e demanda grande envolvimento do psicólogo, tanto em termos de atuação com os pacientes e familiares como com a própria equipe,

pois envolve uma importante mudança na cultura assistencial, na posição em que pacientes e familiares são colocados, permitindo-os se apropriarem desta vivência, deixando de serem coadjuvantes e receptáculos de ações, para se tornarem protagonistas dos cuidados que lhes dizem respeito.

REFERÊNCIAS

1. FREUD, Sigmund, 1856- 1939. Fundamentos da clínica psicanalítica. Tradução Claudia Dornbusch. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (Obras incompletas de Sigmund Freud).
2. MOURA, Marisa Decat. Psicanálise e Hospital 3- Tempo e Morte: da urgência ao ato analítico. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2003.

EXTENSÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR – HOSPICE

Ronny Kurashiki Oliveira (CRP-08/21254)

Os cuidados paliativos são caracterizados pelas abordagens de equipes de saúde multiprofissionais que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados com doenças potencialmente fatais e atuam através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e dos outros problemas psicossociais e espirituais.

São por essência cuidados de proteção dispensados ao paciente e sua família durante a jornada do adoecimento. Por muito tempo esses cuidados foram realizados de forma banalizada, no entanto, vemos crescer no Brasil um movimento de profissionalização dos cuidados paliativos. Cada vez mais produções científicas dão base para que as intervenções sejam realizadas de forma segura, visando o conforto do paciente com prática baseadas em evidência.

A palavra “hospice” designa tanto uma filosofia de tratamento como uma instituição que busca o alívio dos sintomas de pacientes sem chance de cura. Enquanto filosofia, é a base do que conhecemos hoje como Cuidados Paliativos, concepção que foi aprimorada pela OMS em 2002. Enquanto instituição o diferencial é a assistência mais abrangente, com foco em cuidados paliativos. Enquanto em internações hospitalares comuns o foco é o tratamento da doença em si e como combatê-la, no hospice mantém-se o foco no paciente enquanto ser humano, valorizando sua autonomia, independência e vivências pessoais e não apenas em sua doença.

Cicely Saunders, fundou o St Christopher’s Hospice em 1967 e este foi a primeira instituição a reunir os especialistas em controle da dor e controle de sintomas com aqueles das áreas de cuidado humanitário, ensino e pesquisa clínica.

Do contexto Histórico das instituições, em 1840, na França, os hospices eram abrigos para peregrinos durante seus percursos, possuindo origem religiosa,

onde enfermos que estavam morrendo recebiam cuidados. Em 1900, foi fundado um estabelecimento do gênero em Londres e, posteriormente, e em 1967, foi inaugurado o St Christopher’s Hospice, que revolucionou essa filosofia e deu início a outros hospices independentes, fundado por Cicely Saunders.

Cicely Saunders, formada como assistente social e em formação como enfermeira, conheceu um paciente judeu de quarenta anos chamado David Tasma, proveniente do gueto de Varsóvia. David recebera uma colostomia paliativa devido a um carcinoma retal inoperável. Cicely o visitou até sua morte, tendo com ele longas conversas. David Tasma deixou-lhe uma pequena quantia como herança, dizendo: “Eu serei uma janela na sua casa”. Este foi, segundo Cicely Saunders, o ponto de partida para o compromisso com uma nova forma de cuidar.

EXTENSÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR – HOME CARE

Marcia Caetano da Costa – (CRP-12/15007)

O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A atenção domiciliar tem sido uma modalidade de atendimento crescente no Brasil nos últimos anos tanto nos setores público quanto privado. Parte da motivação para este crescimento surge da possibilidade de diminuição dos custos hospitalares de internação, maior disponibilidade de leitos, diminuição dos riscos de infecção, bem como possíveis benefícios do tratamento em um ambiente conhecido pelo doente, podendo propiciar uma melhoria na qualidade de vida geral do paciente e seu entorno.

Em relação ao trabalho do psicólogo no contexto domiciliar, este pode se dar de modo isolado ou em equipe. Quando isolado, realizando psicoterapia em domicílio, o profissional deve ter consciência de que este tipo de atendimento deve ser direcionado à pessoas que estejam impossibilitadas para o atendimento em consultório, por questões físicas ou emocionais.

Outra possibilidade de trabalho é em equipe interdisciplinar de atenção domiciliar. Nesse contexto o psicólogo atuará em conjunto para melhoria da qualidade de vida e manutenção do processo saúde/doença do paciente em domicílio, visto que a demanda para essa modalidade de intervenção vem dos diversos processos de adoecimento, como por exemplo doenças crônico-degenerativas.

O atendimento que pode ser ao paciente, seu familiar ou então seu cuidador é realizado de modo a identificar recursos emocionais para enfrentar o adoecimento e favorecer o curso do tratamento e/ou processo de terminalidade. As demandas tanto de acompanhamento quanto de orientações podem vir por solicitação do próprio paciente e/ou cuidadores ou por identificação da equipe.

Como parte de uma equipe também é função do psicólogo realizar a mediação da comunicação entre os atores envolvidos, realizando um diagnóstico situacional e trabalhando os aspectos emocionais do cuidado em todas as suas frentes.

Algumas particularidades ao atendimento domiciliar necessitam ser observadas com muita atenção pelo psicólogo tanto para atendimento isolado quanto como parte de uma equipe, tais como o contrato, setting terapêutico, frequência das sessões/visitas, limites do campo e manejo do vínculo com os membros da família. Quando nos casos de cuidados de suporte/paliativos, nos quais ocorre o óbito em domicílio, além de prestar suporte psicológico, o psicólogo deve estar atento aos familiares afim de identificar o risco de luto complicado e realizar os devidos encaminhamentos.

Independente da modalidade de atendimento, o psicólogo deve sempre refletir sobre seus limites e possibilidades, bem como as questões éticas envolvidas no trabalho domiciliar. Também se faz importante estar atento à questões de sua abordagem teórica para que as intervenções possam ser melhor fundamentadas e aprofundadas com pacientes, familiares, cuidadores e equipe.

EXTENSÕES DO ATENDIMENTO HOSPITALAR – AMBULATÓRIO

Mariana Pinheiro Hofmann (CRP-08/16505)

ATENDIMENTO AMBULATORIAL DENTRO DE UM HOSPITAL ONCOLÓGICO

O atendimento ambulatorial ao paciente em tratamento oncológico caracteriza um dos tantos tempos de atuação do psicólogo que se dedica à prática hospitalar. Tempo este que mostra-se de fundamental importância para, dentro das urgências médicas que sua passagem pelo hospital impõe, o paciente possa debruçar-se sobre si, e tomar um tempo de seu tratamento para, com base no processo terapêutico, reassumir seu lugar de sujeito, não sujeito ao desejo do Outro da instituição hospitalar, mas a seu próprio desejo.

Permitir-se retirar da sequência de tratamentos, atendimentos médicos, exames, e utilizar-se deste espaço para olhar para si de maneira integrada, respeitando suas particularidades, representa, na prática, melhora na qualidade de vida e maior adesão aos tratamentos propostos.

Não raro questiona-se a necessidade de manutenção de espaços ambulatoriais em serviços de psicologia hospitalar, bem como o tempo despendido com estes atendimentos.

E não sem surpresa nota-se, nesses questionamentos, a dificuldade de, como nos lembra Moura (2003), emprestar uma relativa pausa a esta pressa que se impõe a realidade hospitalar.

Este tempo mostra-se fundamental para o sujeito que, deparando-se com comunicações impactantes naquilo que se estabelece como sua rotina no hospital (confirmação do câncer, recidivas, metástases, necessidade de tratamentos invasivos, alterações corporais, entre outros), demanda por vezes um tempo diferente do tempo cronológico para compreender estas informações, bem como realizar planejamentos diante de mudanças em sua rotina. O preparo para processos como cirurgias, transplantes e quimioterapias também mostra-se interessante quando inserido na rotina de ambulatórios, mostrando

resultados positivos tanto na antecipação do paciente à alguns temas, como para a posterior reabilitação do paciente.

Busca-se nesta mesa redonda discutir modalidades de atendimento que permeiam e ampliam o cuidado com o paciente em momento de cuidado hospitalar, estando ele internado ou não no momento. E nota-se, junto às outras maneiras de conduzir este cuidado, como é preciso garantir ao paciente este espaço privilegiado de fala sobre si mesmo, e bancar junto a instituição a possibilidade de atuar neste espaço, tão específico e rico, do ambulatório.

XVIII FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

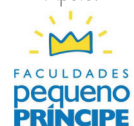


AS VÁRIAS PRÁTICAS DA(O)
PSICÓLOGA(O) HOSPITALAR

Realização:



Apoio:



XVIII FÓRUM DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

AS VÁRIAS PRÁTICAS DA(O)
PSICÓLOGA(O) HOSPITALAR



Realização:



Apoio:

