www.psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Documento produzido em 15.05.2016

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PARA ADMISSÃO HOSPITALAR

2016

Thais Alves da Silva
Graduanda em Psicologia, Muriaé/MG (Brasil)

E-mail de contato:
thaisalvesicm@gmail.com

RESUMO

Por longos anos o conceito de saúde foi caracterizado pela ausência de doença e o modelo biomédico preponderante. Hoje, no entanto, essa ideia fora superada por uma visão mais positiva, no qual, o processo saúde-doença é determinado por aspectos multifatoriais. A OMS (1946) passou admitir a saúde como o bem estar físico, psíquico, social e mais tarde também espiritual. A partir de então, novas estratégias de promoção e prevenção à saúde são consideradas numa perspectiva biopsicossocial. Adoecer é um evento não esperado muito menos desejado. O indivíduo adoentado está exposto a vulnerabilidades de natureza física, psicológica e social. Como se não bastasse à presença da patologia alguns ainda precisam ser hospitalizados. A hospitalização marca uma ruptura com o curso da vida, na qual, o indivíduo se vê fora de seu contexto familiar, submetido a uma nova rotina e a mercê de cuidados médicos e de enfermagem. O adoecimento e a modificação do cotidiano podem causar sofrimento psíquico e agravar o quadro clínico. Visando tais proposições e pautado em uma minuciosa revisão bibliográfica o texto pretende discorrer sobre a preparação psicológica para admissão hospitalar, quais seus benefícios e a importância do psicólogo nesse processo. Os resultados indicaram que a preparação psicológica é um modelo de intervenção cujos benefícios apontam a redução de efeitos adversos associados à hospitalização, aumenta os índices de adesão ao tratamento, elaboração de estratégias de enfrentamento mais eficientes e que é indispensável à presença do psicólogo para intermediar tais processos.

Palavras-chave: Psicologia hospitalar, saúde, admissão hospitalar.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

INTRODUÇÃO

A ideia perpetuada por longos anos de que saúde é ausência de doença, levou as práticas medicas, principalmente, na busca da cura dos indivíduos que manifestavam algum mal. Esta visão passou a criar novos problemas dentro da atuação na atenção à saúde. Tratava-se a doença e não o doente (AYRES, 2007; MAIA E SABASTIANI, 2005).

A doença, no princípio, era vista um com castigo enviado por deuses devido ao pecado ou maldição. Longos anos percorreram-se até que a ciência medica começasse a ter explicações racionais para o surgimento das patologias, mas desde então inúmeros estudos tem surgido e com o avanço da tecnologia cada vez mais se tem a precisão das causas patológicas e sua localização (AYRES, 2007).

Embora se tenha avançado enquanto à técnica, metodologia e tratamentos eficazes muito se têm retrocedido quanto ao cuidado do ser humano em sua subjetividade e singularidade. A segmentação do corpo humano direcionou no passado, e ainda influência, as práticas voltadas para o modelo biológico e justifica a desumanização de alguns procedimentos médicos (MAIA E SEBASTIANI, 2005).

Mesmo diante a tanta evolução a medicina não conseguiu explicar todos os processos humanos. O que possibilitou aos seguidores afinco do modelo positivista-cartesiano considerar e aceitar outras relações entre o processo saúde-doença, além daqueles mensuráveis e comprovados cientificamente em laboratórios (CZERESNIA, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, passou a admitir que saúde é o bem estar físico, psíquico, social e, anos mais tarde, também espiritual. Esse modelo biopsicossocial trouxe consigo avanços na forma de entender o homem em sua completude dá-se ai uma nova era de interesses políticos, sociais e novas ciências são incluídas nas diferentes propostas de atenção à saúde (MAIA E SEBASTIANI, 2005).

Adoecer é uma experiência, para muitos, desagradável que expõe o indivíduo a vulnerabilidades de natureza física, psíquica e social. Gera inúmeros transtornos e respostas desadaptativas como a ansiedade, estresses, agressividade entre outras. E quando esse indivíduo precisa ser hospitalizado pode agravar o caso e gerar sofrimento psíquico (CAIUBY, 2013).

O modelo como se processa a admissão hospitalar já pode se constituir como uma experiência adversa condicionando o modo como o paciente irá enfrentar o período de hospitalização (DOCA E COSTA JR., 2007). Segundo os autores referidos pesquisas revelam resultados satisfatórios em relação à preparação psicológica, no que diz respeito à redução dos níveis de ansiedade e estresse,

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

aumento do nível de adesão ao tratamento e desenvolvimento de estratégias de enfrentamentos mais eficazes.

O presente estudo tem a finalidade de discorrer sobre a preparação psicológica para admissão hospitalar, quais seus benefícios e a importância do psicólogo nesse processo. A relevância do estudo se da pelo iminente chamado que a psicologia tem recebido para atuar-nos diferentes setores da saúde pública e privada.

A metodologia utilizada para a construção deste trabalho foi o levantamento bibliográfico nas principais fontes de pesquisa acadêmica online Google acadêmico, Scielo, BVSPSI, dentre outros com as palavras-chave: preparação psicológica para admissão hospitalar, conceito de saúde e doença, psicologia da saúde no ambiente hospitalar. Livros que contemplavam tais assuntos também foram utilizados como fonte de pesquisa.

Infelizmente, não foi encontrada uma variedade de publicações que tratasse do tema principal deste artigo. Nesta vertente temos publicações mais voltadas para o público infantil e adolescente. O que suscita a necessidade de novas pesquisas que venha abranger um público maior.

CONCEITUAÇAO DE SAÚDE E DOENÇA: UM PROCESSO SÓCIO HISTÓRICO

Em toda a história pode-se perceber a polaridade entre o processo saúde-doença em que simplesmente explicava-se tal fato através de seus polos opostos, ou seja, saúde seria então o contrario de doença. Essa visão limitada carregou durante anos a ideia de homem segmentado, no qual se tratava a doença e não o doente (AYRES, 2007).

A partir do reducionismo do corpo humano em suas bases morfológicas e funcionais categorizados pelas ciências anatômica e fisiológica a doença passou a ser reconhecida cientificamente (CZERESNIA, 2009). Mas, antes das concepções científicas a doença era entendida como resultado de forças místicas que atingiam o organismo por causa do pecado ou maldição. Muitas das vezes uma manifestação maligna ou de maus espíritos (SCLIAR, 2007).

Adoecer era um castigo enviado pelos deuses por uma transgressão individual ou coletiva que denunciava o pecado. A medicina mágico-religiosa, predominante nessa época, era responsável por executar rituais requeridos para se reatar a aliança com as divindades, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs (BARROS, 2002).

Segundo Scliar (2007), Hipócrates (460-377 a.C.) considerado o pai da medicina, introduz uma visão racional bem diferente da concepção mágico-religioso pregado até então, o homem se tratava de uma unidade organizada e a modificação dessa unidade seria a doença. Barros (2002) menciona que ele propôs a existência de quatro fluidos (humores) bile negra, bile amarela, fleugma e sangue associando, respectivamente, a terra, fogo, água e ar o que coincidia com as primeiras

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

explicações dadas pelos filósofos pré-socráticos para as origens do universo e da vida. "Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos" (SCLIAR p.32, 2007).

Os estudos da escola hipocrática direcionaram estratégias para a recuperação da saúde, mas, sobretudo, de prevenção das doenças, no qual se pode notar a valorização do ambiente de trabalho, da habitação ou da dieta, na determinação do bom estado de saúde (BARROS, 2002). Scliar (2007) afirma que, partindo das primícias hipocráticas, Galeno (122-199) "via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio" (p. 33).

Mais tarde, na idade Média europeia, o peso histórico religioso mantinha-se presente e a doença ainda era vista como consequência do pecado e a cura era obtida por intermédio da fé ficando impermeável à incorporação das descobertas médicas. O cuidado dos enfermos, geralmente, ficava por conta das entidades religiosas que administravam os hospitais. (BARROS, 2002; SCLIAR, 2007).

Os Hospitais apresentavam uma prática de assistência social, voltada para a salvação espiritual desvinculados da medicina que atuava somente em momentos de crise. Sua função era separar e excluir aqueles que de alguma forma ameaçavam a coletividade por sua condição doente e, geralmente, servia de refúgio para a população pobre. Anos depois, esse panorama mudaria e "sob a égide de valores, como ordenação, eficiência e disciplinamento do mundo do trabalho e da vida urbana, surgiu um novo olhar sobre a instituição hospitalar. Esta se tornou responsabilidade do Estado e local de estudo, investigação, tratamento e formação de profissionais da medicina" (RIBEIRO, DACAL, 2012 p. 67).

Os pressupostos de Paracelsus (1493-1541), segundo Barros (2002), marcam uma transição entre a escola galênica e o modelo biomédico. A química, influenciada pela alquimia, começava a se desenvolver e direcionar a medicina. O autor supramencionado indica que, nessa época, é possível visualizar "uma composição mineral na matéria, inclusive na orgânica, chamando a atenção para as semelhanças existentes entre os processos químicos e os processos vitais" (p. 71), desse modo medicamentos de origem metais e minerais passaram a ser empregados no tratamento de algumas doenças.

Scliar (2007) salienta que René Descartes (1596-1650), influenciado pelo desenvolvimento da mecânica, postulou que o corpo funcionaria como uma máquina. Para ele mente e corpo eram unidades distintas não existindo, portanto, a possibilidade de interferir uma sobre a outra separando (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

> No seu Discurso do Método Descartes fórmula as regras que se constituem os fundamentos de seu novo enfoque sobre o conhecimento [...]. A primeira regra preceitua que não se deve aceitar como verdade nada que não possa ser identificado como tal, com

> toda evidência, isto é, hão de ser, cuidadosamente evitados a precipitação e os preconceitos não ocupando o julgamento com nada que não se apresente tão clara e distintamente à razão que não haja lugar para nenhuma dúvida. A segunda regra propunha separar cada dificuldade a ser examinada em tantas partes quanto sejam possíveis e que sejam requeridas para solucioná-la. A terceira dizia respeito à condução do pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples e fácil daí ascendendo, aos poucos, para o conhecimento do mais complexo, mesmo supondo uma ordem em que não houvesse precedência natural entre os objetos de conhecimento. A última regra se referia à necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento de tal maneira que seja possível certificar-se de que nada foi omitido (DESCARTES, 1960 apud BARROS, 2002 p. 73).

A ciência proliferava-se e o desenvolvimento da anatomia se destacava. Os órgãos passaram a ser localizados como responsáveis pelas doenças e afastou-se a ideia da concepção humoral. A descoberta dos agentes etiológicos promoveu uma revolução, as doenças poderiam ser curadas e prevenidas (SCALIA, 2007). "A teoria microbiana passa a ter, já nos fins do século XIX uma predominância de tal ordem que, em boa medida, faz obscurecer concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou que proclamavam a decisiva participação, na eclosão das mesmas dos fatores de ordem socioeconômica" (BARROS, 2002 p. 74).

A medicina, e as ciências como um todo, avançava e abarcava os fenômenos antes conhecidos como procedência divina em modelos racionalistas. Por quase 14 séculos o paradigma mecanicista foi hegemônico e ainda nos dias atuais ressoam os legados dessa época (BARROS, 2002; SCLIAR 2007). O ponto central desse ideário é o curativismo o mecanicismo e a noção de unicausalidade. Esses elementos reforçam a ideia de que a saúde é a ausência de doença, direcionando, as práticas em saúde, única e exclusivamente na busca de remissão dos sintomas e/ou a cura de doenças observáveis no indivíduo (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

A criação da máquina a vapor marca uma nova etapa. A revolução industrial entre inúmeros avanços e mudanças mercantis trouxe modificações urbanas em que seus efeitos incidiram diretamente sobre a saúde da população. Os estudos se multiplicavam em relação a essa nova conjuntura social, as condições sanitárias e de trabalho contribuindo para o surgimento, em 1883, de um sistema de seguridade social e de saúde. A pesar da ideia de intervenção do Estado na área da saúde pública ser disseminada ampliada e copiada por outros países ainda não existia um consenso aceito universalmente sobre o que era saúde (SCLIAR 2007).

> A Liga das Nações, surgida após o término da Primeira Guerra, não conseguiu esse objetivo: foi necessário haver uma Segunda Guerra e a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para que isto acontecesse. O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

> do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que "Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade". Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR 2007, p. 36-37).

Muitas críticas sobrevieram sobre tal conceito "a intensificação da divisão do indivíduo em pedaços contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo" (BARROS, 2002 p. 80). Porém, apesar dos esforços científicos as próprias intervenções não humanizadas ocasionavam processos psicossomáticos nos indivíduos, que abalava as verdades apresentadas pelo modelo biomédico (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

A OMS, ao longo dos anos 80 e 90, promoveu conferências mundiais e regionais que passaram a discutir e propor novas diretrizes para os programas e políticas de atenção à saúde. Fatores como comportamento; economia; estilo de vida; políticas públicas; meio ambiente; violência; entre outros começaram a compor o cenário de estudos das Ciências da Saúde, não mais focados somente no binômio saúde-doença e no curativismo, mas considerando o processo saúde e desenvolvimento humano como ponto de partida para a formulação das políticas de saúde. As propostas em saúde passa então alicerçasse sob a égide da interdisciplinariedade, intersetorialidade embasadas numa leitura biopsicossocioambiental (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

Mesmo após o conceito exposto pela OMS existe o desafio da busca da amplitude, da integração das partes na direção da totalidade. O homem segmentado pela ciência ainda enfrenta os legados do modelo biomédico e a falta de humanização que esse processo histórico acarretou. "Pode-se dizer que a objetividade lograda pelos discursos biomédicos modernos (domínio instrumental da doença) e o produto particular de uma certa racionalidade prática (busca prática da saúde) conferiu validade ética, moral e política a um certo quê fazer e como fazer" (p. 6). Excluiu-se o que é humano em prol da técnica, do saber e a relação entre profissional da saúde e o doente tornou-se fria (AYRES, 2007).

A transição do modelo biomédico para o biopsicossocial é um ganho incomensurável para a população. Embora ainda se tenha um longo percurso para que de fato a saúde seja compreendida como aspecto global e subjetivo ao indivíduo, pode-se observar o interesse pela prática da humanização no que diz respeito ao cuidado com o outro. Fato antes nunca pensado em prol de uma ciência teórica e prática, que muita das vezes gerava tensão e processos psicossomáticos.

> A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem à experiência singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. Contudo, é por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significado ás queixas de seu paciente. É

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

> na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional da saúde, que ocorre a tensão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhes dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivencia (CZERESNIA, 2009 p.46) .

O avanço científico nos permitiu discernir que saúde não é, somente, o contrario de doença (AYRES, 2007), para conceituar é preciso analisar a época, o lugar, a classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. Sendo assim a compreensão de saúde ou doença vai muito além de uma mera classificação semântica ou puramente biofisiológica, sobretudo, é um conceito perpassado por um processo sócio histórico, do qual cada indivíduo toma para si o representante que condiz com sua experiência para expressar o que é saúde ou doença (SCLIAR, 2007).

PSICOLOGIA DA SAÚDE NO AMBITO HOSPITALAR

Os pressupostos mecanicistas, que priorizava a técnica, instrumentos puramente mecânicos, automáticos segundo critérios teóricos, determinavam a estruturação e a hegemonia do modelo biomédico. A forte visão cindida do homem do processo corpo-mente influenciou a construção de práticas voltadas ao psíquico ou ao biológico, na maioria das vezes desconectadas tanto de seu pensar quanto em seu fazer. De maneira contundente esta visão afetou todos os segmentos da ciência (SEBASTIANI e MAIA, 2005).

Hoje, no entanto, essa ideia fora superada por uma visão biopsicossocial, no qual, o processo saúde-doença é determinado por aspectos multifatoriais. Pois, embora tanta técnica e critérios nem todos os processos humanos poderiam ser explicados pelo modelo cartesiano-positivista. Ainda assim, observa-se uma disputa em defesa do modelo biomédico e suas proposituras (ALMEIDA, 2000.).

Existe uma expectativa em responder a essas lacunas deixadas pelo modelo biomédico (RIBEIRO e DACAL, 2012). A psicologia da saúde vem sendo solicitada a dar sua parcela de contribuição e intervir sobre contextos individuais e grupais expostos as diferentes moléstias ou outras condições de agravo à saúde a partir de uma leitura global do ser humano. (SEBASTIANI e MAIA, 2005). Aqui vale ressaltar que uma ciência não se sobrepõe em detrimento a outra, mas se completam.

Czeresnia (2009) afirmam que o discurso medico-cientifico, não contempla a significação mais ampla do conceito de saúde ou doença. Para ela, a saúde não se trata de um objeto mensurável em conceitos científicos assim como também o sofrimento vinculado ao adoecer.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

A experiência de adoecer é um evento não esperado muito menos desejado. O indivíduo fica exposto a vulnerabilidades de natureza física, psicológica e social. Sob a perspectiva psicológica, estar adoentado acarreta inúmeras perdas transitórias ou permanentes. Como se não bastasse à presença da patologia, alguns indivíduos ainda precisam ser hospitalizados, agravando o caráter potencial do adoecimento (DOCA E COSTA JR., 2007).

A hospitalização marca uma ruptura com o curso da vida, na qual, o indivíduo se vê fora de seu contexto familiar, submetido a uma nova rotina e a mercê de cuidados médicos e de enfermagem. O adoecimento e a modificação do cotidiano podem causar sofrimento psíquico e agravar o quadro clínico (CAIUBY, 2013).

Essa exposição a experiências de perda do bem estar físico e psicológico, de seu ambiente natural e seus pertences, de controlar as rotinas e a si mesmo é um preditor de estresse. Respostas desadaptativas podem ser observadas nesse processo, como baixa autoestima, humor deprimido, protestos, agressividade entre outros sentimentos e emoções que irão afetar diretamente na adesão ao tratamento podendo retardar a recuperação (CAIUBY, 2013; DOCA E COSTA JR., 2007).

Nesse momento se faz importante a presença do psicólogo hospitalar que acolhe e trabalha com os pacientes, bem como com as famílias, pela humanização das relações paciente/profissional a fim de minimizar o sofrimento causado pela hospitalização (CAIUBY, 2013). Mas, diga-se de passagem, que a presença do profissional de psicologia no ambiente hospitalar é recente. A própria práxis e a legitimação do espaço psicológico nestas instituições pode se confunde ao fazer clínico da psicologia no consultório privado, fato que compromete a atuação do psicólogo (RIBEIRO e DACAL, 2012).

Segundo Brasil (2001), o especialista em psicologia hospitalar

> oferece e desenvolver atividades em diferentes níveis de tratamento, tento como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove interações direcionadas á relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem nesse processo (p.13).

Caiuby (2013) indica que as atribuições específicas conferidas a este profissional são: a assistência ao paciente, sua família e equipe de saúde; triagem; avaliação diagnóstica em psicologia; psicodiagnóstico; formulação e aplicar protocolos durante a hospitalização; realização de interconsultas; intervenções psicoterapêuticas individuais ou em grupo; orientação psicológica a família e a equipe de saúde; realização de grupos operativos com a equipe de enfermagem; registro de dados.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

Ribeiro e Dacal, (2012) mencionam que o profissional que atua em uma instituição hospitalar deve-se atentar não somente aos aspectos ou as causas psicológicos que envolvem o adoecimento, mas deve considerar a subjetividade em torno da doença, ou seja, a intervenção

> não se limita à dor do paciente, mas inclui a angústia declarada da família e angústia disfarçada, e geralmente negada, da equipe de saúde. Para além destas manifestações em nível individual, a prática do psicólogo no contexto hospitalar contempla, sobretudo, as relações entre tais sujeitos e a construção coletiva do conjunto de sentidos acerca da doença [...] uma prática que se caracteriza por apresentar a particularidade do estabelecimento da ligação entre a medicina e a ciência psicológica, e por abranger a tríade paciente, família e equipe de saúde, sendo norteada pelo fundamento do saber biopsicossocial, pela atuação interdisciplinar e pela humanização da assistência (p. 78).

A integração da equipe multidisciplinar é indispensável para que o atendimento e tratamento alcance a amplitude do ser humano, não de forma hierarquizada ou hegemônica de saberes, mas em prol do melhor que se pode oferecer ao indivíduo fragilizado pelo adoecimento (ALMEIDA, 2000). Neste sentido a formulação de protocolos como o de intervenção psicológica, pode reduzir o impacto da experiência de hospitalização (DOCA E COSTA JR., 2007).

A utilização desses protocolos e de prontuários são instrumentos valiosos que facilitam a interlocução de informações do paciente entre os multiprofissionais. Porém, deve-se tomar cuidado para não reduzir os pacientes aos mesmos, a sua patologia ou ao número do leito. O psicólogo hospitalar, independente da orientação teórica, precisa atentar-se a tal fato e manter uma escuta diferenciada em suas atividades, a fim de contextualizar as queixas do paciente, familiar ou da equipe de saúde, sob uma perspectiva biopsicossocial pela humanização da assistência (ALMEIDA, 2000; CAIUBY, 2013; RIBEIRO E DACAL, 2012.).

A psicologia da saúde é uma ciência que tem contribuído em diversos ramos do sistema de saúde. Nós últimos anos, a prática do psicólogo vem se ampliando e a legitimação de novos espaços se concretiza. O hospital, por exemplo, é ambiente onde as intervenções realizadas com os pacientes têm surtido efeitos benéficos ao processo de tratamento e recuperação, como também a interlocução entre a equipe de saúde em prol do bom funcionamento interdisciplinar (RIBEIRO e DACAL, 2012).

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA PARA ADMISSÃO HOSPITALAR: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Segundo Almeida (2000) a literatura em psicologia da saúde indica a necessidade e relevância de uma preparação psicológica sistematizada que garanta a integração do indivíduo em seus aspectos biopsicossociais. Embora exista um consenso sobre a necessidade ainda não se obtém um literário, nem prático sobre sua definição (DOCA E COSTA JR, 2009).

Doca e costa Jr. (2007) destacam resultados positivos, especialmente no que diz respeito aos índices de adesão ao tratamento, redução da ansiedade antecipatória e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes. No entanto, a maior parte dos estudos que investiga os efeitos da preparação psicológica se dá "para eventos específicos da internação pediátrica e não para o processo de internação como um todo" (DOCA E COSTA JR., 2007 p. 168) é "frequentemente executada antes de exames e procedimentos invasivos, provavelmente por se considerar o alto potencial aversivo desses eventos" (DOCA E COSTA JR., 2009 p. 80).

A atuação do psicólogo hospitalar, no que se refere à preparação psicológica, deve priorizar a redução da percepção da dor, ansiedade, estresses durante a hospitalização e a exposição a procedimentos médicos e não prevenir sua ocorrência (DOCA E COSTA JR. 2009). Existem alguns pontos chaves para o sucesso do processo de preparação psicológica como: ser desenvolvido nos momentos iniciais da internação; combinar diferentes métodos de intervenção, envolver toda a equipe multiprofissional; e ser adaptada à realidade da unidade e as necessidades dos usuários (DOCA, COSTA JR. 2007).

O procedimento de preparação psicológica pode ocorrer em três fazes distintas, a saber: antes da hospitalização, por meio de ações preventivas de cunho educativo, que podem acontecer tanto na comunidade quanto em ambulatórios; no momento da admissão hospitalar, que envolve o fornecimento de informações sobre normas e rotinas da unidade, procedimentos que provavelmente serão executados e treino de habilidade de enfretamento; antes de exames e procedimentos invasivos familiarizando o paciente com a situação a ser enfrentada através de fornecimento de informações e/ou retirada de dúvidas, e no caso das crianças e adolescentes, utilização de distrações com atividades lúdicas, jogos e outros recursos concorrentes com o procedimento médico a ser realizado (DOCA, COSTA JR. 2007; 2009).

Carvalho (2012) preconiza que o psicólogo deve ser claro, garantir coerência e consistência ao transmitir informações, dosar a informação, utilizar de folhetos, instrumentos audiovisuais entre outros disponíveis para melhor esclarecimento das rotinas e procedimentos, manter sequência, ao longo do dia, de informações acrescentadas ou corrigidas e, sobretudo, mostra-se disponível. Almeida (2000) pontua que a linguagem técnica utilizada pelo médico e equipe de saúde deve ser evitada, pois pode criar uma barreira de comunicação e impedir que o paciente compreenda o que

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

se passa com seu próprio corpo e, consequentemente, inviabilizar uma relação de cooperação entre ambos.

Outra preocupação é apontada por Ribeiro e Dacal (2012) com relação à atuação do psicólogo voltada ao arcabouço teórico-metodológico da clínica, que muita das vezes é direcionada e estabelecida em função das etapas do tratamento médico de uma sintomatologia especifica. Os autores chamam a atenção ao perigoso discurso centrado na doença, no acometimento e na experiência do adoecer que tal prática pode produzir.

DOCA E COSTA Jr. (2007) indicam que para a implantação do programa de preparação psicológica, o psicólogo deve propor ações preparatórias e práticas. Acredita-se que essas ações poderão reduzir os efeitos adversos da internação e manter um repertório comportamental funcional durante a hospitalização.

Tabela 1: Implantação de preparação psicológica I segundo Doca e Costa Jr. (2007)

Ações Preparatórias		**Objetivos**
1º Passo	Envolvimento da equipe de saúde	Levantamento das queixas típicas da internação, a fim de prevenir comportamentos disfuncionais percebidos como fatores de estresse e reduzir os gastos hospitalares com a diminuição do tempo de internação.
2º Passo	Treinamento da equipe de saúde	Desenvolvimento de habilidades sociais como: empatia, relacionamento profissional e social, comunicação simplificada e eficiência na resolução de problemas e prioridade para intervenção em situação de crise.
3° Passo	Definição dos Métodos	Levantamento da Realidade filosófica, social e cultural do hospital e dos usuários atendidos que irão nortear as ações de intervenção.
4º Passo	Organização dos recursos	Elaboração de cartilha(s) informativa(s), vídeo(s) informativo(s) e/ou educativo(s), disponibilização de material lúdico relacionado a temáticas hospitalares.
5° Passo	Divulgação e Preparação	Divulgação do programa e treinamento da equipe para executá-lo.
6º Passo	Execução Avaliação do Programa	Execução e avaliação sistemática dos efeitos a curto, médio longo e prazo.

Tabela 2: Implantação de preparação psicológica II segundo Doca e Costa Jr. (2007)

Ações Práticas		**Objetivos**
1º Passo	Recepção e acolhimento	Iniciar uma relação de ajuda humana, na qual o profissional efetue uma escuta empática e livre, capaz de acolher as expectativas do paciente e seu familiar, bem como avaliar os aspectos gerais de sua condição psíquica.
2º Passo	Orientações e Informações	Apresentar a unidade, fornecer informações sobre as normas e rotinas de funcionamento, tais como horário de refeição, uso de vestimenta adequada e atividades desenvolvidas na unidade e rotinas médicas.
3° Passo	Execução dos procedimentos	Explicar os procedimentos técnicos de rotina, conforme as normas de cada instituição hospitalar antecipadamente ao paciente e ao familiar.
4º Passo	Avaliação Especifica	Processo de avaliação específica de cada especialidade a fim de verificar as experiências e expectativas quanto à internação, recursos de enfretamento e nível de adesão ao tratamento.

5° Passo	Preparação e Acompanhamento	Estabelecimento de um programa de acompanhamento de acordo com as necessidades biopsicossociais suscitada, podendo envolver atendimentos individuais, técnicas psicoterápicas, treino de enfrentamento e resolução de problemas, relaxamento entre outras.
6º Passo	Preparação para alta hospitalar	Orientar ao paciente e o familiar sobre como proceder em casa, a fim de dar continuidade ao tratamento e favorecer a superação das dificuldades que podem ser encontradas.

As ações preparatórias irão elucidar o sucesso do programa, pois nelas serão elaboradas as estratégias, ações de intervenção, recursos a serem utilizados, planejamento das atividades e os treinamentos. Para tanto, a equipe de saúde deve estar envolvida, pois é ela quem vai delimitar as necessidades da instituição, os rumos metodológicos e teóricos a serem seguidos e realizará a avaliação sistemática e periódica do programa (CARVALHO, 2012).

Já as ações práticas como, o próprio nome sugere, estão voltadas a execução do programa, em atender as expectativas tanto da equipe de saúde, quando do paciente e o familiar na busca de um atendimento mais humanizado e que reduza os efeitos adversos da hospitalização. “Além de afetiva e disponível, deve priorizar o atendimento às necessidades e direitos dos usuários” (DOCA E COSTA JR., 2007 p.176).

Doca e costa Jr. (2009) salientam que apesar de a literatura apontar resultados positivos com a prática da preparação psicológica, principalmente, entre crianças e adolescentes dos quais se obtém o maior número de publicações, a falta de uma abordagem sistemática limita as conclusões sobre eficácia. Portanto, apesar de existirem resultados benéficos alcançados por essa intervenção na redução dos efeitos adversos produzidos pela hospitalização temos a contraposição das lacunas existentes na área, a insuficiente descrição metodológica de programas dessa natureza e a limitação das pesquisas a cerca da eficácia dos resultados.

Fato que expõe a necessidade de aprofundar mais nessa temática a fim de validar a preparação psicológica como pratica necessária e indispensável para admissão hospitalar, não somente ao público infantil, mas a população de uma forma geral. De modo a beneficiar o paciente, a equipe de saúde e a própria instituição em um tratamento mais humano e eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os legados da história autonomista/reducionista da medicina retiraram do homem sua subjetividade em prol do saber e da técnica. A doença era o foco principal dos estudos e investimentos, direcionados a sua mensuração sistemática. A forma de tratamento desumana justificada pela busca da cura era suficiente explicação para as primeiras invasivas práticas medicas.

Hoje, no entanto, novas ciências se apropriação do campo da saúde, fato que, inaugurou novas formas de interpretar o ser humano enquanto ser no mundo e em suas relações. A visão biopsicossocial da saúde é um marco que reconhece o homem de forma global e subjetiva.

A partir de então as formas de tratamento da doença são pensadas de maneira humanizada em prol do melhor que se pode oferecer, enquanto material e mão-de-obra, ao paciente. A preparação psicológica para admissão hospitalar é um programa que visa o homem em sua completude e propõe a redução dos níveis de ansiedade e estresse entre outros benéficos apresentados neste trabalho.

Apesar destes benefícios o estudo elucida limitações no que se refere ao processo de implantação do programa de admissão hospitalar por não haver abordagem sistemática que abranja variada faixa etária. O fato de não existir um consenso, teórico ou prático, objetivos, técnicas e procedimentos de execução e avaliação inviabilizam os estudos de eficácia. Diante isso, fazem-se necessários o desenvolvimento de novas pesquisas sobre o programa de preparação psicológico a fim de estabelecer protocolos de ações práticas.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAMIDA, E. C. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 3, p.24-27, 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v20n3/v20n3a05.pdf>.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1 ,p. 43-62, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ayres_Jose/publication/228656691_Uma_concepo_hermenutica_de_sade/links/00b7d521e2569726f6000000.pdf>.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **SAUDE E SOCIEDADE**. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-82, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>.

Siga-nos em
facebook.com/psicologia.pt

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP no 014/00, de 2001. Altera e regulamenta o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Brasília Rádio Center Brasília, DF, 10 mar. de 2001. p. 23. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf>.

CAIUBY, A. V. S.; Intervenções psicológicas no hospital-geral e os desafios da atualidade. In: ANDREOLI, P. B. A.; CAIUBY, A. V. S.; LACERDA, S. S. **Manuais de especialização**: psicologia hospitalar. Barueri: Manole, 2013. p. 99-145.

CARVALHO, M. D. **Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para o Internamento na redução dos níveis de ansiedade em adolescentes hospitalizados**. 2012. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Faculdade de Psicologia e iência da Educação, Univerdidade de Coimbra, Coimbra 2012. Dispoível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/22527/1/tese%20Dulce%20C.%20-%20PPPI.pdf>.

CZERESNIA, D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. Orgs. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009. p. 43-58. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=-UEqBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA19&dq=conceito+de+saude+oms&ots=CS88Yx7oKi&sig=LTNXHS8XST_08MQPKJKHJOrypu4#v=onepage&q=conceito%20de%20saude%20oms&f=false>.

DOCA, F. N. P.; CASTRO Jr. A. L; Preparação psicológica para a admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **PAIDEIA**, Brasília, v. 17, n. 37, p. 167-179, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a02v17n37.pd>.

DOCA, F. N. P. COSTA JR., A. L. Preparação psicológica nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 28, n. 1, p. 79-87, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a08v28n1.pdf >.

OMS. UNIVERCIDADE SE SÃO PAULO. Biblioteca virtual de direitos humanos. **Constituição da Organização Mundial da saúde (OMS/WHO).** Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html

RIBEIRO, J. C. S. e DACAL M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas da Saúde Pública: notas para reflexão no contexto. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 65-84, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200006>.

SEBASTIANI R.W, MAIA E.M.C. Contribuições da psicologia da saúde – hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir Bras**. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25568.pdf >.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>.