

# O HOSPITAL E SUAS DEMANDAS PARA O PSICÓLOGO

Trabalho realizado no Âmbito da Saúde Mental

2018

**Fernanda A. Vezzani Miranda Gasparini**

Graduada em Psicologia, com ênfase na Promoção e na Prevenção da Saúde Mental e também em Processos Clínicos. Experiência em Hospital Oncológico e Clínica Ampliada com Crianças na modalidade de estágio.

E-mail de contato:

[feravmg@yahoo.com.br](mailto:feravmg@yahoo.com.br)

---

## RESUMO

Foram as transformações no conceito de saúde, ocorridas entre as décadas de 70 e 90, quando esta passou a ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial, que se constitui então um marco na criação de um espaço para a atuação do psicólogo nos Serviços de Saúde, incluindo os hospitais. É esse modelo biopsicossocial que sustenta a prática do psicólogo ao proporcionar escuta do paciente em suas dimensões física, psíquica e social, no ambiente hospitalar, com foco no sujeito e não em sua patologia. Embora nos dias atuais, os hospitais sejam vistos como empresas, as técnicas e práticas da psicologia organizacional não se aplicam a esse ambiente em virtude do mesmo lidar com “produtos” diferenciados: a Vida e a Morte; o que torna a atuação do psicólogo nessas instituições, uma tarefa complexa. Evidente que reproduzir práticas clínicas de consultório em leitos de enfermaria ou no próprio setor de quimioterapia, é inviável por não trazer respostas às necessidades do paciente muitas vezes em processo de terminalidade, e nem mesmo aos seus acompanhantes, sejam estes familiares ou não; ressaltando ainda a carência de ambiente propício para atendimento que contemple, por exemplo, o sigilo, enquanto uma necessidade do atendido e uma prática ética. O objetivo deste trabalho é vislumbrar o modelo de clínica ampliada no ambiente hospitalar, sob o olhar teórico da psicanálise quanto ao sujeito, fazendo uso da observação, escuta, acolhimento e da psicoterapia breve como técnicas interventivas possíveis, neste ambiente dotado de rotatividade, onde os processos são, na maioria, breves e alternados, numa tentativa de promoção de saúde. Abordando, ainda que de forma sucinta, em razão da dinâmica hospitalar, a questão do luto na perspectiva psicanalítica, com uma breve

explicação de suas principais fases, com o objetivo de salientar a importância da elaboração do mesmo. Também a relevância do conceito de cuidados paliativos que preconiza um atendimento multi e interdisciplinar, a fim de fornecer alívio para dor e sintomas estressantes diversos; reafirmar que vida e morte são processos naturais; integrar aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente, oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. E neste rol de cuidados paliativos, surge o conceito de dor total, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões reais ou potenciais. É sempre subjetiva e relacionada com experiências traumáticas do sujeito – o que ressalta a relevância do Psicólogo na intervenção quanto a dor, visto que toda dor tem componentes psicológicos e estes são importantes em todos os tipos (aguda, crônica e recorrente) e todos os estágios da dor. Logo, o Psicólogo tem papel preponderante na prevenção de dores desnecessárias e disfunções associadas, no amplo espectro da prevenção primária ao cuidado terminal, num ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Psicólogo, hospital, luto, cuidados paliativos, dor total.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



---

## 1. O TRABALHO NO HOSPITAL

Foram as transformações no conceito de saúde, ocorridas entre as décadas de 70 e 90, quando esta passou a ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial, que se constitui então um marco na criação de um espaço para a atuação do psicólogo nos Serviços de Saúde, incluindo os hospitais. E é esse modelo biopsicossocial que sustenta a prática do psicólogo ao proporcionar escuta do paciente em suas dimensões física, psíquica e social, no ambiente hospitalar.

Embora nos dias atuais, os hospitais sejam vistos como empresas, as técnicas e práticas da psicologia organizacional não se aplicam a esse ambiente em virtude do mesmo lidar com

“produtos” diferenciados: a Vida e a Morte; o que torna a atuação do psicólogo nessas instituições, uma tarefa complexa, considerando, a ainda vigente, hegemonia do saber médico.

Logo nos primeiros atendimentos do estágio, ficou evidente que reproduzir práticas clínicas de consultório em leitos de enfermaria ou no próprio setor de quimioterapia, é inviável por não trazer respostas às necessidades do paciente muitas vezes em processo de terminalidade, e nem mesmo aos seus acompanhantes, sejam estes familiares ou não. Ressaltando também a carência de ambiente propício para atendimento que contemple, por exemplo, o sigilo, enquanto uma necessidade do atendido e uma prática ética.

Este relatório final de estágio, tem como objetivo relatar, através da percepção desta estagiária, a prática da clínica ampliada no ambiente hospitalar, sob o olhar teórico da psicanálise quanto ao sujeito e seu(s) acompanhante(s), fazendo uso da observação, escuta, acolhimento e da psicoterapia breve como técnicas interventivas possíveis, neste ambiente dotado de rotatividade, onde os processos são, na maciça maioria, breves e alternados, numa tentativa de promoção de saúde.

Também será abordado neste relatório final, de forma sucinta, em razão da dinâmica hospitalar, a questão do luto na perspectiva psicanalítica, com uma breve explanação de suas principais fases, relacionadas com o caso citado no decorrer deste trabalho; com o objetivo de salientar a importância da elaboração do mesmo.

## **2. ESTÁGIO OBRIGATÓRIO E LEGISLAÇÃO BRASILEIRA**

Esse relatório de estágio obrigatório supervisionado, apresenta aspectos teóricos e práticos de atendimentos, sendo função do estágio supervisionado obrigatório na graduação do profissional da Psicologia, etapa essencial no processo de formação acadêmica, que tende a promover, através da vivência na prática, os conteúdos apreendidos de forma teórica. Elucida alguns temas profissionais, favorece o intercâmbio entre outras áreas de saberes, oferta conhecimento do funcionamento de ambientes de trabalho, aliando conhecimento acadêmico com experiência vivencial. As atividades pertinentes a essa experiência de estágio, foram desenvolvidas no campo hospitalar, no âmbito da oncologia.

Embora antiga, a lei que trata das questões de estágio no Brasil, atende pelo nº 6.494, e é datada de 7 de dezembro de 1977. Ela preconiza que:

"Art. 1º - As pessoas jurídicas de direito privado, os órgãos da Administração Pública e as instituições de ensino podem aceitar, como estagiários, alunos regularmente matriculados e que

venham frequentando, efetivamente, cursos vinculados à estrutura do ensino público e particular, nos níveis superior, profissionalizantes de 2º Grau e Supletivo.

Parágrafo 1º - O estágio somente poderá verificar-se em unidades que tenham condições de proporcionar experiência prática na linha de formação, devendo, o estudante, para esse fim, estar em condições de estagiar, segundo disposto na regulamentação da presente lei.

Parágrafo 2º - Os estágios devem propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares, a fim de se constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural, científico e de relacionamento humano.

Art. 2º - O estágio, independentemente do aspecto profissionalizante, direto ou específico, poderá assumir a forma e atividade de extensão, mediante a participação do estudante em empreendimentos ou projetos de interesse social.

Art. 3º - A realização do estágio dar-se-á mediante termo de compromisso celebrado entre o estudante e a parte concedente, com interveniência obrigatória da instituição de ensino.

Parágrafo 1º - Os estágios curriculares serão desenvolvidos de acordo com o disposto no parágrafo 2º do art. 1º desta lei.

Art. 5º -A jornada de atividade em estágio, a ser cumprida pelo estudante, deverá compatibilizar-se com o seu horário escolar e com o horário da parte em que venha a ocorrer o estágio.

Em 1982, SURGE O Decreto nº 87.497/82 a fim de regulamentar e esclarecer a partir do seu Art. 3º, a lei específica de estágios:

"Art. 3º - O estágio curricular, como procedimento didático-pedagógico, é atividade de competência da instituição de ensino a quem cabe a decisão sobre a matéria, e dele participam pessoas jurídicas de direito público e privado, oferecendo oportunidade e campos de estágio, outras formas de ajuda, e colaborando no processo educativo".

O parágrafo supracitado, revela a importância peculiar da supervisão no estágio obrigatório, onde a aprendizagem passa a ser conceituada, com objetivos de: proporcionar desenvolvimento profissional; permitir a aprendizagem de técnicas pela prática; levar à formação de atitudes e hábitos profissionais, com relação ao manejo do material e atendimento do cliente, etc. O que induz a constatação de que a atividade de estágio inaugura exercício profissional, concedido sob determinadas condições pré-estabelecidas. Vale ressaltar que, o estagiário acadêmico, quando no exercício de suas funções e devidamente acolitado por um profissional habilitado e disponível no

momento do estágio, acaba por manipular métodos e técnicas psicológicas que, patentemente, são restritos do profissional Psicólogo.

## **2.1 - Caracterização Do Ambiente Hospitalar**

Durante as visitas, são feitos atendimentos nos leitos da enfermaria, tanto para os pacientes, quanto para seus acompanhantes, onde é oferecida uma escuta, acolhimento e sempre que possível, fazemos uso de psicoterapia breve, encaminhando os pacientes para o ambulatório de Psicologia. O mesmo ocorre no setor de quimioterapia, conforme tabela em anexo.

Esses atendimentos compreendem em média cerca de 20 pessoas na enfermaria. E após a evolução destes pacientes, nos direcionamos ao setor de quimioterapia, onde nos dirigimos aos pacientes e seus acompanhantes, fazendo uma abordagem branda e oferecendo o serviço de psicologia, disponibilizando para eles também a escuta, o acolhimento e psicoterapia breve. No setor da quimioterapia, costumamos atender em média, cerca de 30 pacientes.

O Hospital de Câncer de Campo Grande é uma instituição O Hospital de Câncer de Campo Grande - Alfredo Abrão (HCAA) - Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul (FCPMS) é uma entidade filantrópica, beneficente e sem fins lucrativos. Trata-se do único hospital especializado em oncologia de Mato Grosso do Sul, possuindo médicos e profissionais de enfermagem de alta qualidade que atendem 98% de pacientes oriundos do SUS. A admissão dos pacientes se dá pelo Sistema de Regulação (SISREG), conforme normas do Ministério da Saúde.

O HCAA realiza atendimentos voltados ao diagnóstico (consultas e exames), tratamento (cirurgias, medicações, quimioterapias, radioterapias, braquiterapias, hormonioterapias), reabilitação (psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição) e à prevenção (palestras e campanhas) relacionados à doença.

HCAA possui 64 leitos, sendo 10 UTI, 10 consultórios, áreas de Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico com 3 salas cirúrgicas, espaço Day Clinic para procedimentos/cirurgias de pequeno porte, Central de Materiais Esterilizados, Exames Laboratoriais e de Imagem, Farmácia, áreas de Quimioterapias e Radioterapias e demais dependências.

## **3. A PSICANÁLISE E O LUTO NO HOSPITAL**

A atuação dos profissionais de saúde baseada em um modelo assistencial cuja concepção de saúde equivaleria à ausência de doença com ênfase nos sintomas, nos aspectos físicos, sem um olhar voltado para a promoção da saúde, para a valorização da dimensão subjetiva, singular e social

do paciente na prática do cuidado (Ferreira, 2005) serviu como base para a criação de políticas de humanização em saúde através do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde – PNHAH (Brasil, 2001).

Durante este período de graduação, foi possível compreender que as percepções, as ações, as emoções são inerentes à nossa imagem corporal, uma vez que a nossa imagem corporal tem início desde o nascimento e, dois importantes fatores tem participação nessa formação – a dor e o controle motor dos membros. A dor, em especial, nos ajuda a decidir o que desejamos manter próximo ou afastado do ego. Também foi possível entender que o esquema corporal é uma unidade que não só incorpora partes do mundo externo, como também abre mão destas (SCHILDER, 1935).

Partindo da premissa de que psiquê e corpo formam um todo no contexto hospitalar, onde as partes se auto influenciam mutuamente (Romano, 1999), embora a psicanálise nos ensine que o corpo humano não antecede nem se conjuga com o organismo, uma vez que este é fundado pela extensão da satisfação pulsional (Freud, 1915); logo, não está a préstimo das necessidades fisiológicas – o que acaba por marcar a diferença entre homem/animal. E a pulsão localiza-se entre o psíquico e o somático, conseqüentemente ocorre a produção de efeitos absolutamente subjetivos mediante uma intervenção no corpo. Com isso, foi possível verificar que os aspectos psicológicos no ambiente hospitalar são vistos e tratados como associações às questões de saúde física, o que não diminui a importância e a necessidade da Psicologia, cabendo apenas uma adequação a fim de se obter uma maior eficiência.

O paciente hospitalizado não procura o Psicólogo por demanda espontânea, nem mesmo apresenta quadros clássicos de psicopatologia, pois, quando acometido de uma patologia grave, aguda ou terminal, costuma emanar demanda psicológica específica, voltada ao seu estado de saúde e/ou como consequência deste.

Portanto, no contexto hospitalar, o papel do Psicólogo é essencial para apoiar, esclarecer, informar e facilitar a comunicação do paciente com a equipe, a fim de que o mesmo tenha conhecimento de sua patologia, de seu prognóstico, e possa assim, organizar, racionalizar suas questões a fim de cessar ou pelo menos diminuir seu sofrimento psíquico. Trata-se do momento onde o paciente vislumbra a possibilidade de elaborar suas questões mais íntimas, de ressignificar suas condições de vida, em amplo aspecto.

O Psicólogo abranda a permanência do paciente no hospital, oferecendo-lhe escuta, acolhimento e sempre que possível e necessário, também psicoterapia breve, cabendo ao psicólogo promover bem estar que se estenda aos acompanhantes dos pacientes, na tentativa de harmonizar o ambiente de forma a beneficiar equipe e o paciente, bem como favorecer o tratamento, cabendo ao psicólogo explorar repertórios de comportamentos e sentimentos adquiridos no contexto da

internação que possam ser úteis, favoráveis em diversas outras situações, sejam de risco ou mesmo aquelas fora do contexto de doenças e tratamentos médicos, a que o indivíduo for submetido.

A curto, médio e longo prazo, a presença e a ação do Psicólogo no ambiente hospitalar, traz implicações benéficas para toda essa cadeia de saúde, pois torna a lida da equipe mais fácil, diminui a angústia de pacientes e acompanhantes e nos casos que não envolve terminalidade oncológica, ainda propicia questões econômicas que beneficiam tanto a instituição quanto o SUS, e em alguns casos, o próprio paciente e sua família, acelerando o processo de alta através do engajamento no tratamento, por exemplo.

Ainda sobre a equipe, vale destacar que é comum encontrar alguma resistência ao trabalho do Psicólogo advinda dos profissionais da enfermagem principalmente; mesmo diante dos avanços sobre os contextos multidisciplinares e interdisciplinares, que dispões sobre a importância do trabalho conjunto com trocas de informações e respeito mútuo ao saber de seus pares.

O sujeito dentro do modelo biomédico é objeto de seu cuidado, uma vez que o discurso médico ainda é centralizador em seu saber e intervencionista fisiologicamente, enquanto que, para a psicanálise, é o sujeito do inconsciente que interessa, em razão da sua subjetividade e de seu posicionamento no processo.

Num hospital oncológico, a necessidade de atendimento passa pelo paciente cirúrgico ou não, em quimioterapia, radioterapia; pois, além dos desconfortos tradicionais da própria doença, o estar hospitalizado e distante da família, da rotina, do trabalho, da vida cotidiana, traz uma série de implicações emocionais, comportamentais e sentimentais aos pacientes e seus pares, em razão do receio pelo desconhecido e pelo medo em si, uma vez que o câncer promove uma ruptura na vestimenta imaginária que o sujeito tem de si; cuja proposta psicanalítica de tratamento é a via do simbólico, a palavra (JANET, 1909).

O paciente com diagnóstico extremamente grave, cujo prognóstico é a terminalidade, seja ela breve ou remota, são pacientes que a princípio esboçam dificuldade para aceitar seu diagnóstico ou prognóstico, sendo imprescindível o papel e a atuação do profissional da Psicologia junto à esses pacientes, uma vez que a Organização Mundial da Saúde recomenda que a informação/comunicação de terminalidade seja dada pelo médico responsável pelo atendimento deste paciente (World Health Organization, 1993); cabendo ao Psicólogo favorecer a evolução em seu processo de compreensão, aceitação e elaboração de sua condição de finitude, e o luto dos familiares; o que pede um preparo pessoal do profissional da Psicologia em razão dos conteúdos que emergem do inconsciente, tanto dos pacientes quanto do próprio Psicólogo, sendo de extrema necessidade a supervisão e o acompanhamento terapêutico deste; quanto o morrer, o luto, o sofrimento e as demais demandas insurgentes.

O luto, qualquer seja ele, é uma etapa da perda significativa, seja ela da vida ou de parte do corpo. É natural e inerente a existência humana, e acompanha todo ciclo vital. Por isso se faz tão importante e necessário ser vivido para depois ser superado. Observando que, qualquer alteração no decurso do luto, pode trazer danos de moderados a graves, como a depressão.

Freud, em *Luto e Melancolia* (1917), nos aponta que o luto não é uma doença; pode ser acometido por uma tristeza profunda que tende a ser superada depois de um determinado tempo. Observa-se a catexia (sobrecarga de energia psíquica num objeto), quando a energia libidinal disponível na psiquê é vinculada à representação mental de uma pessoa, ideia ou coisa; também a persuasão narcísica, e, ao final deste processo, o ego acaba desinibido. Quando o luto é patológico, ou seja, o sujeito apresenta os mesmos sintomas do luto, exceto por uma perturbação na autoestima, é chamado por Freud de melancólico, tendo como característica evidente o fato de se autodepreciar de maneira exagerada. Neste quadro, além do distúrbio na autoestima, estão implicados também a regressão ao narcisismo primário e a ligação interminável com o objeto perdido.

Já a Teoria do Apego do psicanalista inglês John Bowlby (1907 – 1990), também pode ser usada para ilustrar o luto, uma vez que o luto pode ser aludido ao processo que sofre a criança, *verbi gratia*, pela ausência materna. Na Teoria do Apego, estar próximo a outro ser humano é essencial para a sobrevivência biológica e psíquica, pois a personalidade seria formada através da vinculação; do contato com o outro. Isso explica a dificuldade em desvincular-se, romper os laços. Verifica-se quatro fases: a primeira é da Desorientação, Torpor, Negação e Isolamento: no momento da perda, a mensagem, de acordo com esta teoria, é de que “me encontro em risco”; está presente a negação e o isolamento, que funcionam como uma estratégia psíquica e social de proteção. Posteriormente, dá-se o anseio e a busca da figura perdida (segunda fase), onde a procura, o choro são mecanismos adaptativos de tentativa de recuperação da vinculação da figura perdida, por meio de respostas biológicas. Na sequência, na terceira etapa, que é de dor profunda e desespero, surgem alguns sentimentos ambivalentes, como dor, raiva, medo, angústia, desespero, culpa. É marcada pela apatia e depressão, podendo desencadear quadros psicossomáticos. Até que finalmente, na quarta e última fase, quando o luto não se torna postergado ou disfuncional, dá-se sua elaboração, quando o enlutado se encontra pronto para “reinvestir em outro objeto”.

O corpo, nesse contexto, recebe o status de objeto para intervenção médica, através do dualismo cartesiano, que preconiza um lastro, uma fenda na psiquê, podendo o cirurgião ater-se no fisiológico; descartando a subjetividade do sujeito, o que nos oferece a ideia de que o corpo em questão se trata apenas de um aparato orgânico. Então entende-se que, numa equipe multidisciplinar ou interdisciplinar, cabe ao Psicólogo, e neste caso atento as práticas psicanalíticas, trazer à equipe, um olhar para o sujeito, enquanto a doença é tratada.

Nesta experiência hospitalar, é possível perceber que a morte e a dificuldade em elaborar perdas são temas recorrentes, o que justifica a presença do Psicólogo nesse ambiente, dado que a



adesão ao tratamento e até mesmo o adoecer muitas vezes se relacionam diretamente com a constituição subjetiva e história de vida do sujeito (SIMONETTI, 2004).

O luto é assinalado como a extinção de um elo significativo entre uma pessoa e seu objeto. Trata-se de um processo necessário e fundamental para findar o vazio deixado por qualquer perda significativa. É composto por 5 etapas, de acordo com a psiquiatra suíça Elisabeth Kübler-Ross (1969/2017), especializada em cuidados paliativos, que, após trabalhar por anos com pacientes em terminalidade, desenvolveu o Modelo Kübler-Ross, considerado um divisor de águas para a medicina. Ressalto que, apesar das fases distintas, não há como admitir tacitamente que todos os enlutados passarão consecutivamente por todas as etapas, nem mesmo passarão por todas.

A primeira fase é da negação, onde o sujeito enlutado nega sua perda e, embora pareça pouco realista, acaba por conter mudanças bruscas de humor neste período. Pode ser explícita (pela fala, por exemplo) ou implícita (através do comportamento). Não se sustenta indeterminadamente, pois, logo se dá um conflito com a realidade, que a extingue. Na sequência, é possível observar a etapa da raiva, uma vez que a tristeza profunda produzida pelo luto nos leva ao fato de que a morte/perda é irreversível e nesta fase de crise, predomina o rompimento entre a ideia de que a vida é desejável e a morte é inevitável. A raiva surge como fruto da frustração e da impotência diante da perda. E é projetada em várias direções. Na etapa da negociação, fantasiemos a ideia de reverter o processo, e buscamos estratégias para tornar essa barganha possível. Aproxima-se muita da etapa de negação. É uma fase breve, pois logo se percebe que está não se encaixa na realidade. A quarta fase do luto, segundo Kluber-Ross, é a da depressão, onde deixamos de fantasiar, e uma tristeza profunda, que não é patológica, se instala. A última etapa deste modelo, é a aceitação, onde o sujeito dá-se conta da sua perda, e consegue se reorganizar ativamente, proporcionando conforto ao esquema mental.

#### **4. CUIDADOS PALIATIVOS E DOR TOTAL**

Diante a extensa demanda de visitas e acompanhamento dos mais diversos pacientes e acompanhantes, foi possível verificar a aplicabilidade do conceito de dor total. Conceito este, relativamente pouco conhecido das equipes de Cuidados Paliativos, mas frequentemente ignorado pelos profissionais da saúde em geral, nesse último rol, inclui-se o Psicólogo.

Quando falamos em cuidados paliativos, estamos fazendo referência à assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 2002). Tendo como princípios relevantes: fornecer alívio para dor e sintomas estressantes diversos; reafirmar que vida e morte são processos naturais;

integrar aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente, oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Dito isso, avanço para o foco sobre a dor total, que pode ser interpretada não somente como um fenômeno físico, mas como um sintoma imbuído de dimensões emocionais, sociais e espirituais. Significa que, embora os mecanismos físicos que levam à dor serem exatamente os mesmos em todos os pacientes, o impacto que a dor provoca em cada um deles é único, totalmente subjetivo, uma vez que o contexto em que ela ocorre é estritamente individual; e o que pode ser tido como suportável para sujeitos em condições normais do cotidiano, como uma professora com dor de cabeça ao final de um dia exaustivo de trabalho; para um paciente oncológico, significa uma verdadeira tortura incapacitante.

A IASP (International Association for The Study of Pain, 1979) define a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões reais ou potenciais. É sempre subjetiva e relacionada com experiências traumáticas do sujeito – o que ressalta a relevância do Psicólogo na intervenção quanto a dor, visto que toda dor tem componentes psicológicos e estes são importantes em todos os tipos (aguda, crônica e recorrente) e todos os estágios da dor. Logo, o Psicólogo tem papel preponderante na prevenção de dores desnecessárias e disfunções associadas, no amplo espectro da prevenção primária ao cuidado terminal, num ambiente hospitalar.

Diante das leituras feitas para elaboração deste relatório, foi possível verificar de forma fidedigna que, foi a Psicanálise quem iniciou a abordagem psicológica da dor, através dos estudos sobre a dor psicogênica e na verificação da importância de aspectos inconscientes nos quadros dolorosos, que compreendem os processos subjetivos envolvidos no sentir a dor. A escuta freudiana do paciente permanece atual na análise de medos, desejos, mundo interior do paciente, que contribuem para o sofrimento da dor.

O conceito de dor total foi criado pela enfermeira, assistente social e médica Cicely Saunders, nascida em 22 de junho de 1918, na Inglaterra; que dedicou sua vida aos doentes fora de possibilidade de cura. Para ela, quando não era mais possível curar, era possível cuidar. E, com o objetivo de permitir que o paciente pudesse viver de forma plena e digna sua doença e também sua morte, fundou o “Hospice” São Cristóvão, em 1967, e que até os dias de hoje é reconhecido como referência mundial em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa (ANCP, 2018).

A palavra “hospice” significa abrigo, albergue, hospedaria em português. Sua origem vem da Idade Média, onde, durante as Cruzadas, era comum achar “hospices” em monastérios, que abrigavam não somente os doentes e moribundos, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos. E também quando, nas longas peregrinações aos lugares santos, os viajantes aí encontravam hospedagem, alívio e apoio para seus males. Cansados e doentes, os viajantes muitas vezes morriam nos “hospices”, terminando sua árdua caminhada nesses albergues (SAUNDERS, 1991).

Inspirada no conceito dos antigos albergues, Saunders criou um “hospice” que visava o cuidado dos pacientes, através de uma composta por multiprofissionais, abarcando médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, religiosos, voluntários e outros profissionais sempre que se fazia necessários. E quando estes pacientes são os considerados terminais pela medicina (cuja doença é progressiva e não há recursos ou tratamentos que alterem seu curso) entra em ação a noção de cuidados paliativos a fim de livrar os pacientes da dor e do sofrimento, oferecendo informações e controle das decisões ao paciente; ouvi-lo e acolhê-lo como ser humano, com suas dificuldades, medos, esperanças, crenças e valores (FRANCO, 2010).

No cuidado para com a dor, Cicely Saunders percebeu a presença de um estado complexo de sentimentos dolorosos em pacientes terminais. Seus componentes são: dor física – ligada ao organismo do paciente, passível de verbalização ou expressões faciais/corporais de sofrimento; dor psíquica ou mental – àquela que advém de inúmeros fatores e pode estar relacionada a saúde mental e má administração de processos de enfrentamento, como por exemplo a realização da finitude (medo do sofrimento e da morte, tristeza, raiva, revolta, insegurança, desespero, depressão); dor social – comum quando o sujeito perde seu papel social e se caracteriza, por exemplo, pelo isolamento social ou dificuldade de comunicação (rejeição, dependência, inutilidade); dor espiritual – costuma surgir através do medo da morte, da perda de sentido na vida, de esperança e principalmente de significado, é um aspecto mais complexo no que tange a dor por se tratar de algo altamente individual (PESSINI, 2002).

Ainda de acordo com a IASP, o sistema complexo que envolve a percepção da dor demonstra que fatores psicológicos são de importância fundamental na mediação do processamento da dor. O sentimento de perda de todos os implicados leva a um estado de luto antecipatório, que requer também atenção especial do terapeuta. Sabe-se que o processo de luto não começa com a morte e com as relações existentes antes da morte. As dores do luto acabam por se confundir com as dores físicas e todas elas interagem no processo de sofrimento e cabe ao Psicólogo manter-se atento com o propósito de interpretar os possíveis e frequentes apelos que emergem nessas condições, uma vez que o desejo de não sofrer ou de manter o controle sobre a própria vida faz-se presente (FONSECA, 2004).

Assim, ao atendermos a dor total de um paciente em processo de terminalidade, o profissional da psicologia precisa estar preparado para enfrentar a questão da perda, da própria dor, da morte, lembrando que o sentimento de finitude é estranho ao sujeito e as projeções são comuns, mas evitáveis.

## 5. REFLEXÃO FINAL

Evidentemente que existe um vão de conhecimento e experiência entre os dois sujeitos enlutados deste relatório, e isso caracteriza a ação subjetiva de cada um e contribui de forma bastante eficaz e eficiente para a minha formação como Psicóloga e principalmente, como ser humano.

O trabalho do psicólogo que atende pelas bases analíticas e do próprio psicanalista nos ambientes hospitalares é um tema que vem sido reformulado, repensado, reestruturado para atender as demandas da saúde em tempos atuais, de maneira a superar o atendimento feito tradicionalmente nos settings terapêuticos. E neste contexto, não estão apenas os sujeitos enlutados ou seus entes, mas também àqueles que perderam parte de seu narcisismo<sup>1</sup> corporal em razão do adoecimento (FREUD, 1914).

A psicologia hospitalar é o campo de tratamento e entendimento dos aspectos psicológicos que emergem em razão do processo de adoecimento (SIMONETTI, 2004). Logo, o período de internação e o adoecimento em si são rupturas com o cotidiano, com a rotina, com o curso normal da vida do sujeito, sejam elas suas relações familiares, sociais, com o trabalho, etc. Portanto, cabe ao psicólogo avaliar e intervir por meio das técnicas de observação, escuta, aconselhamento e psicoterapia breve sobre os efeitos do adoecimento e tratamento na realidade psíquica, destacando aspectos psicológicos implicados no processo do adoecer, seja no momento da internação ou no ambulatório, proporcionando assim um olhar mais voltado à subjetividade do indivíduo hospitalizado.

A contribuição do conceito de dor formulado por Cecily Saunders foi essencial para corroborar com o tratamento de pacientes oncológicos, uma vez que este nos fornece uma dimensão ampla e compreensível do sofrimento, seja ele do paciente ou de seu cuidador. Acaba por fomentar a importância da cadeia multi e interdisciplinar do cuidado, abrangendo toda e qualquer abordagem teórica. E nos coloca diante da lacuna na formação de médicos e profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, essencial para o atendimento adequado, uma vez que, ainda hoje,

---

<sup>1</sup> Narcisismo: amor de si próprio (STRATTON & HAYES, 1994).

no Brasil, a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa, mesmo que em 2009, o Conselho Federal de Medicina tenha incluído em seu novo Código de ética Médica, os Cuidados Paliativos como princípio fundamental. Deste modo, entendo que cuidados paliativos formam um olhar humanizado do paciente e por isso trata-se de uma necessidade da saúde pública. E deveria ser cadeira dos cursos de graduação – como psicologia, enfermagem - nas instituições que preconizam a saúde mental como condição de vida.

Para encerrar, agradeço a oportunidade de estagiar em ambiente hospitalar, ainda que o campo não esteja preparado para o trabalho do psicólogo como parte da equipe. Ficou evidente que se trata de uma atmosfera com deficiências diversas e que a hegemonia do saber médico como as nuances burocráticas funcionam como um entrave neste processo. Finalizo explicitando a extrema necessidade de continuidade dos estágios em Hospitais para que em breve possamos quebrar esses paradigmas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANCP - Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Recuperado de: <http://www.http://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/>. Acesso em 19 de junho de 2018.

BRASIL. Decreto nº 87.497, de 18 de agosto de 1982. Regulamenta a lei nº 6494. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de ago. 1982.

BRASIL. Lei nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977. Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimento de ensino superior e ensino profissionalizante do 2º Grau e Supletivo e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 dez. 1977.

BRASIL. Lei nº 8.859, de 23 de março de 1994. *Modifica dispositivos da Lei nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, estendendo aos alunos de ensino especial o direito à participação em atividades de estágio.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 1994.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.* Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

BRASIL. (2001). *Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.* Rio de Janeiro: INCA.

BRASIL. Portaria nº 1.002, do *Ministério do Trabalho e Previdência Social*, de 29 de setembro de 1967. Institui nas empresas a categoria de estagiário e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 out. 1967.

BRASIL. Resolução nº 01, de 21 de janeiro de 2004. *Conselho Nacional de Educação.* Estabelece Diretrizes Nacionais para a organização e a realização de Estágio de alunos da Educação Profissional e do Ensino Médio, inclusive nas modalidades de Educação Especial e de Educação de Jovens e Adultos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 fev. 2004.

Conselho Federal de Psicologia (1995). *Psicologia - Legislação.* Brasília: CFP.

Ferreira, J. (2005). *O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico.* Ed. 14. São Paulo: Revista Saúde e Sociedade.

FONSECA, J. P. (2004). *Luto antecipatório.* Campinas, SP: Editora Livro Pleno.

- Franco, M. H. P. (2008). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Summus.
- Franco, M. H. P. (2010). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Franco, M. H. P. (2014). *Atendimento Psicoterapêutico No Luto*. São Paulo: Zagodoni.
- Franco, M. H. P. (2015). *A Intervenção Psicológica Em Emergências - Fundamentos Para A Prática*. São Paulo: Summus.
- Freud, S. (1996). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1996). *As pulsões e suas vicissitudes*. In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (1996). *Luto e melancolia*. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. XIV, pp.245-266). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Gorayeb, R. Nunes, e cols. (1991). *O psicólogo como interconsultor num Hospital Geral: análise da eficácia de atuação*. I Congresso Iberoamericano de Psicologia Clínica e da Saúde. Granada, Espanha.
- Janet, P. (1909). *Les Névroses*. Paris: Bibliothèque de Philosophie Scientifique.
- Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kubler-Ross, E. (2017). *Sobre a Morte e o Morrer*. Ed. 10. São Paulo: Martins Fontes.
- Ministério do Trabalho (1994). *Classificação Brasileira de Ocupações*. Brasília: SPES.
- Muylaert M. A. (1995). *Corpoafecto: o psicólogo no hospital geral*. São Paulo: Escuta, 1995.
- Pessini, L. (2002). *Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar*. Job006 Revista Bioética, NS Final 11/25/02.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios Para a Prática Da Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach*. Londres: Edward Arnold.

Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.

Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Stratton, P.; Hayes, N. (1994). *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Pioneira.