Introdução

Este estudo busca analisar os aspectos do atendimento terapêutico na Psicologia Hospitalar a pacientes com câncer.

Durante o trabalho do profissional de psicologia, grande é a importância do setting terapêutico, que representa elemento importante para relação entre terapeuta e o seu paciente. O setting terapêutico na instituição hospitalar apresenta características verificadas, que serão verificadas e discutidas neste estudo, como a dificuldades da ação do profissional de psicologia com a realidade deste setting terapêutico, sendo que a instituição hospitalar é um elemento complicador no atendimento psicológico.

Este estudo caracteriza-se pelo levantamento bibliográfico como procedimento inicial, seleção da literatura de interesse, discussão do pensamento encontrado a respeito do tema como fundamentação teórica e verificação dos fatos em confronto com a teoria, bem como a confrontação das respectivas definições.

O estudo inicia por apresentar os aspectos relacionadas a psicologia hospitalar, destacando seus elementos diferenciais da psicologia clínica e os aspectos da identidade profissional do profissional de psicologia, segue-se por setting terapêutico, como seus elementos, suas características no tratamento de pacientes, e em seguida apresenta o atendimento terapêutico na psicologia hospitalar com pacientes com câncer.

1- Psicologia Hospitalar

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2003), o profissional em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.

De acordo com Sebastiani (2003) o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista). Nessa época, o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que, de alguma maneira, persiste até hoje. Muito provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da saúde é denominado Psicologia Hospitalar, e, não, Psicologia da Saúde.

Segundo Fossi (2004) a psicologia hospitalar tem construído sua história, passo a passo, considerando que há menos de duas décadas, a atuação do psicólogo em instituições hospitalares não estava regulamentada como uma ampla e necessária práxis psicológica. Os profissionais aventuraram-se por este caminho, mas muitos já o trilhavam, delineando os rumos desta área como a conhecemos hoje. Assim, as atividades desempenhadas pelos psicólogos organizacionais e clínicos necessitam se moldar às demandas institucionais. Nos hospitais gerais, faz-se, então, necessário a escuta terapêutica com usuários, e, consequentemente, a escuta de seus familiares. Médicos e enfermeiros observam que diversos usuários acabam voltando ao hospital novamente “doentes”, solicitando atendimento e cuidados. As equipes médicas (e também outros funcionários do hospital) relatam que, em alguns casos, somente a ajuda médica não basta para o

tratamento ser bem-sucedido: o ser humano é muito mais que um corpo físico, e assim, o atendimento integral à saúde é indiscutível. Portanto, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente e assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável.

Dessa forma, a atividade em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, na medida em que médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e os demais profissionais envolvidos nesse atendimento estabeleçam uma integração, para que a pessoa seja tomada como um todo, para que ela possa ter um atendimento humanizado, contemplando assim, outras necessidades dos usuários. A contribuição da psicologia hospitalar não se limita ao usuário ou à instituição, mas a especificidades que auxiliam todo o trabalho da equipe médica. A experiência da multidisciplinariedade proporcionou a continuidade da construção da identidade do psicólogo, enquanto um profissional do campo da saúde.

Cabe ressaltar que nós nos deparamos com dificuldades para encontrar material teórico e pesquisas na literatura científica internacional sobre a Psicologia Hospitalar como campo específico. Uma das razões seria que essa denominação é inexistente em outros países além do Brasil (Sebastiani, 2003; Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002). Yanamoto, Trindade e Oliveira (2002) e Chiattone (2000), inclusive, explicam que o termo Psicologia Hospitalar é inadequado porque pertence à lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas.

Já existindo a fragmentação das práticas e dispersão teórica da Psicologia, a adoção do termo Psicologia Hospitalar caminha no sentido oposto à busca de uma identidade para o psicólogo como profissional da saúde que atua em hospitais (Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002).

1.1- Psicologia Hospitalar e a Identidade Profissional

Segundo Castro (2009) a inserção da Psicologia Hospitalar como área de atuação em Hospitais Gerais, envolve um trabalho junto a outros profissionais de saúde e que deve ser realizado por meio de equipe multidisciplinares ou interdisciplinares com objetivos de melhor prestar atendimento aos pacientes hospitalizados e garantir maior qualidade de vida e de tratamento humanizado a essas pessoas.

De acordo com Campos (1992), com base nas prioridades de saúde da população, dizendo que esse é um dos grandes desafios que o psicólogo enfrenta atualmente no campo da assistência pública à saúde, na medida em que implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde pública, requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário, bem como um modo sempre mutante de fazer saúde, ou seja, os psicólogos hospitalares são, portanto, protagonistas e intérpretes de um processo universal de construção de um novo pensar e fazer em saúde, definidos pela abordagem holística inerente à Psicologia, na solução dos problemas mais relevantes da saúde contemporânea. Dessa forma, as perspectivas de desenvolvimento da psicologia hospitalar apontam para o crescimento de profissionais envolvidos por uma enorme gama de demandas sociais que definem os problemas de saúde; a introdução efetiva de psicólogos nas equipes hospitalares, conservando a essência delimitada pela formação em Psicologia; ampliação da atuação do Psicólogo em áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Segundo Gorayeb (2001) quando os primeiros psicólogos brasileiros começaram a trabalhar em hospitais, na década de 1960, não havia ainda um modelo claro a ser seguido, de um lado por que eram pioneiros no país e de curro lado por que a própria psicologia como ciência estava ainda se consolidando em países mais desenvolvidos, não tendo ainda produzido modelos experimentados e bem sucedidos. Assim, uma boa pane destes profissionais passou a reproduzir práticas do consultório psicológico na sua atividade no hospital, ou mesmo a trabalhar como assessor de Psiquiatras, sem uma verdadeira interação entre os profissionais com cada um contribuindo

com seus conhecimentos específicos, ou mesmo exercendo somente a função de psicometristas, sem participar ativamente do atendimento ao paciente.

A reprodução das práticas de consultório, segundo Gorayeb (2001), que consiste em tentar levar para a beira do leito a postura de psicoterapeura clássico, não floresceu e não poderia mesmo florescer, por não trazer respostas às necessidades do paciente e da própria equipe. Além disto, carecia de ambiente apropriado e não atendia às demandas de apoio e informação que o paciente internado tem. É imprescindível, ao se trabalhar com Psicologia em ambiente hospitalar, entender-se que ali não se faz somente Psicologia, mas sim Psicologia Médica. E por psicologia médica se entende o estudo das situações psicológicas envolvidas na questão mais ampla de saúde do paciente, com destaque para o aspecto da saúde orgânica. Os aspectos psicológicos são vistos e tratados como associados à questão de saúde física, não devendo desta ser dissociados. Não se trata de diminuir a importância da psicologia, mas sim de adequá-la, para uma maior eficiência.

De acordo com Gorayeb (2001) deve-se ressaltar que o paciente hospitalizado não é semelhante ao cliente de consultório, visto que não procurou o psicólogo por demanda espontânea e não apresenta quadros clássicos de psicopatologia. Acometido de uma doença orgânica, grave ou aguda, tem uma demanda psicológica específica. Necessita comunicar-se bem com seu médico, ou colocado de uma forma correta, necessita que seu médico se comunique adequadamente consigo, necessita informações e apoio. Se por decorrência de suas características psicológicas anteriores ou por excessiva pressão da situação, apresenta um distúrbio psicológico transitório é fundamental para os participantes da equipe de atendimento entender que este distúrbio e situacional, específico e, na maior parte das vezes, relacional. Neste contexto, o papel do psicólogo hospitalar é essencial para apoiá-lo, esclarecê-lo, informá-lo, levar a equipe a se relacionar efetivamente com ele, dar-lhe todas as informações de aspectos específicos de sua patologia e do prognóstico. Com isto, o Psicólogo Hospitalar adquire um papel extremamente relevante para a harmonia da equipe e para a saúde do paciente.

Para Gorayeb (2001) certamente diferente da situação de inserção dos profissionais não médicos em hospitais do assim chamado Primeiro Mundo, onde esta integração já se deu ou ocorre de uma maneira

diferente de nossa realidade. Um exemplo de situação ideal de participação do Psicólogo em uma equipe de saúde no ambiente hospitalar é o que ocorreu na C.M.S. U. (Combined Medical Specialities Unit) do Duke University Medical Center, na Carolina do Norte, Estados Unidos, onde psicólogo, psiquiatra e clínico geral compartilhavam a direção de uma equipe de profissionais em uma unidade especial para o tratamento de pacientes com doenças combinadas (de mais de uma especialidade médica), distúrbios psicossomáticos ou doenças crônicas recorrentes (Brooks et al., 1988).

Até a época em que foi regulamentada a profissão do psicólogo, a prática médica tradicional no Brasil prescindia da ação de outros profissionais, exceto do enfermeiro e dos auxiliares de enfermagem. Os poucos conhecimentos existentes por parte dos outros profissionais de saúde e a própria fragilidade da formação, aliada ao noviciado de algumas profissões, não argumentavam a favor da inserção de outros profissionais na prática de atendimento à saúde de pacientes hospitalizados.

Dentro desta visão tradicional, a essência do atendimento era feita pelo médico, que prescrevia medicamentos ou condutas que eram executados por ele próprio, (como nos atos cirúrgicos), ou por outros profissionais, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem (nos curativos e administração de remédios ou procedimentos) e eram recebidos pelo paciente, sempre passivo. A compreensão nesta época, e, lamentavelmente, em algumas práticas ainda vigentes hoje, era a de que se o doutor prescreveu, o paciente seguiria as instruções fornecidas pelos profissionais, e se curaria. Porém, como hoje é sobejamente conhecido, isto não é verdade.

Mas, a evolução do conhecimento nas outras áreas da saúde, como fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional começou a introduzir gradualmente estes outros profissionais dentro do hospital e no contexto de atendimento aos pacientes internados. Assim, começou a haver uma subdivisão dos trabalhos, não ainda uma integração dos trabalhos, deixando os outros profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) de orientar dietas, prescrever exercícios físicos, orientar atividades ou apoiar e aconselhar emocional e psicologicamente aos pacientes.

Depois, as equipes multidisciplinares floresceram no país, especialmente nos centros mais desenvolvidos ou onde havia atividade

universitária concomitante. Por multidisciplinar quero dizer que as equipes tinham a presença de mais de um profissional ou de mais profissionais alem dos tradicionais das áreas médica e de enfermagem. Nem sempre tinham todos os profissionais e, especialmente, nem sempre agiam como equipes.

Segundo Gorayeb (2001), a própria prática viria a demonstrar a necessidade de uma maior integração entre estes profissionais. Passou-se, em seguida, a contar com a existência de algumas equipes interdisciplinares, com os membros da equipe interagindo entre si, em busca de uma melhor qualidade de vida para os pacientes. Hoje, no Brasil, ainda temos muitos hospitais tradicionais, que funcionam somente com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, especialmente os hospitais privados ou de pequenas cidades. Temos hospitais que já admitem a presença de outros profissionais da saúde, principalmente nutricionistas e fisioterapeutas. Temos hospitais que admitem todos os profissionais necessários, incluindo psicólogo, biomédico, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros, mas que ainda vivem situações de equipes multiprofissionais, sem grande interação entre os profissionais. E, finalmente temos hospitais, em geral universitários ou em grandes centros urbanos, que possuem equipes interdisciplinares, com grande interação entre os membros.

Em um ambiente hospitalar, segundo Gorayeb (2001)em todas as situações onde podem se desenvolver as ações de um Psicólogo, e imprescindível que estas ações se iniciem com uma análise sistemática, uma análise funcional (Gorayeb e Range, 1988) do ambiente e das demandas que são colocadas ao psicólogo pela equipe e pelos pacientes. Esta análise funcional deve indicar as condições do ambiente, identificando aspectos do ambiente físico, condições materiais (como existência ou não de salas específicas para o trabalho do psicólogo), horários de reunião da equipe, fluxo dos pacientes, etc.

Além disto, o profissional deve efetuar um levantamento bibliográfico exaustivo da literatura nacional e internacional sobre o distúrbio e sobre os seus aspectos psicológicos. Somente após isto poderá propor um plano de trabalho à equipe e iniciar efetivamente sua ação.

Esta forma de agir, mais concreta, vem de encontro às características de formação de base biológica do Médico, do Enfermeiro e de

outros membros da equipe, voltados para uma linha de pensamento mais concreto. Com propostas concretas o psicólogo estará falando a mesma linguagem e aumentando a possibilidade de comunicação efetiva. Com uma visão detalhada da literatura e das características epidemiologias das doenças que a equipe trata, seu plano de trabalho tem maiores chances de ser mais produtivo, inovador e gerador de conhecimentos. Isto só trará benefícios à sua interação com a equipe e à sua ação com os pacientes. Somente desta forma o psicólogo estará preparado para interagir com a equipe como um membro participante e não como mero coadjuvante.

Os relatos a seguir constituem-se em algumas experiências ocorridas em Hospitais Universitários que, a meu ver, devem mesmo ser os primeiros a introduzir as mudanças para que esta experiência bem sucedida e possa ser reproduzida em outros hospitais.

Para Gorayeb (2001) um exemplo bastante eficiente de como uma equipe interdisciplinar se constituiu foi a criação do então chamado "Ambulatório de Distúrbios da Diferenciação Sexual" (D.D.S.) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (H.C.F.M.R.P.U.S.P.). A equipe do D.D.S., como é até hoje chamada, constituí-se de assistentes sociais, cirurgiões pediátricos, endocrinologistas, enfermeiros, geneticistas, ginecologistas, psicólogos e urologistas.

Tratam da criança ou mesmo do adulto diagnosticado tardiamente, cujo aparelho reprodutor, por um problema genético ou endocrinológico, tenha se formado indiferenciadamente, prejudicando a função reprodutora, o funcionamento uretral e o desempenho sexual. Muitas vezes a indiferenciação é tanta que os pais não sabem se o filho, ao nascer, é do sexo masculino ou feminino.

Os primeiros casos que chegavam ao hospital traziam consigo um pouco da contusão familiar e social que o distúrbio produzia. A intervenção de uma equipe médica e uma equipe com múltiplos profissionais era imprescindível. A ação do assistente social para avaliar a situação familiar e econômica e do psicólogo para apoiar, orientar, aconselhar e, mesmo, avaliar o sexo "comportamental da criança, eram parte fundamental do tratamento. A necessidade de reuniões periódicas para troca de informações e tomada de decisões diagnosticas e terapêuticas virou rotina. Esta interação resultou em

maior conhecimento do trabalho mútuo entre membros da equipe, em produção de conhecimento, formação de estudantes e residentes e constituiu-se em modelo para outros hospitais. O que é mais importante é que contribuiu para grande alívio, conforto, segurança e melhoria de qualidade de vida para pais e crianças (Gorayeb, Petean, 1999).

Assim, a psicologia no contexto hospitalar deverá encaminhar-se para a integração compreensiva de modelos teóricos aparentemente distantes, diminuindo os espaços entre a diversidade da área, dando-lhe finalmente significação, através de esforços psicológicos no cuidado à saúde e na prevenção das doenças, pois é a partir dela que podemos estabelecer condições adequadas de atendimento aos pacientes, familiares e equipes de saúde no hospital.

Remor (1999) destaca que a Psicologia da Saúde, com base no modelo biopsicossocial, utiliza os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-comunitária por isso, o trabalho com outros profissionais é imprescindível dentro dessa abordagem. Gonzalez-Rey (1997), nos trás significativas orientações dizendo que essa área fundamenta seu trabalho principalmente na promoção e na educação para a saúde, que objetiva intervir com a população em sua vida cotidiana antes que haja riscos ou se instale algum problema de âmbito sanitário. O trabalho é multiplicador, uma vez que capacita a própria comunidade para ser agente de transformação da realidade, pois aprende a lidar, controlar e melhorar sua qualidade de vida. Dessa maneira, torna-se evidente que a Psicologia da Saúde dá ênfase às intervenções no âmbito social e inclui aspectos que vão além do trabalho no hospital, como é o caso da Psicologia Comunitária, porém contribuindo para o processo de promoção de saúde.

A importância de se delimitar procedimento e formas de atuação da Psicologia Hospitalar neste contexto se devem também à necessidade de se garantir uma identidade profissional e de valorizar cada vez mais o serviço da Psicologia e esses benefícios.

Desta forma a Psicologia Hospitalar, têm garantido justificativas plausíveis à sua inserção no hospital geral, no entanto, não somente nas situações apresentadas acima, mas principalmente orientando sua prática à minimização do sofrimento causado pela hospitalização e por eventuais

seqüelas emocionais decorrentes deste processo, assim como na busca pela humanização das relações travadas neste contexto, a psicologia hospitalar encontra amplas possibilidades de atuação.

Esta atuação no contexto multi e interdisciplinar deve ser coordenada, interativa e integrativa entre os diferentes profissionais envolvidos com o paciente, apresentando uma contribuição de qualidade e humanização do atendimento, bem como, uma contribuição científica e metodológica de cada área do saber humano.

Segundo Chiatone e Sebastiane (1991), o Psicólogo no contexto hospitalar, deve inserir-se na equipe de saúde, redefinindo seus limites no espaço institucional com uma atuação diferenciada do contexto clínico que considere as próprias possibilidades de atuação hospitalar, as quais são determinadas e limitadas por limites institucionais, caracterizados por regras, rotinas e dinâmicas de funcionamento.

1.1.1- O Psicológico e o Paciente Hospitalar Oncológico

De acordo com Gorayeb (2001) um tipo de paciente para quem é fundamental a ação do Psicólogo no ambiente hospitalar é o paciente cirúrgico. Além dos desconfortos de ter uma doença, estar hospitalizado e longe de seus afazeres e sua família, este paciente ainda tem a ameaça de algo desconhecido e arriscado. Os pacientes têm receio do desconhecido e medo que a cirurgia e/ou a anestesia dêem problema. Aqui, como em todas as outras áreas de atendimento a pacientes hospitalizados, informação adequada, no momento certo, na dose certa, é elemento vital para reduzir ansiedade e depressão. Além disto, a literatura é farta em mostrar que informação e apoio psicológico reduzem também dias de internação, complicações e analgésicos pós-cirúrgicos (Holmes, 1987).

Segundo Gorayeb (2001) o Psicólogo deve atuar como estimulador de que o médico que vai fazer a cirurgia esclareça ao "paciente os motivos desta, o tipo, a duração e as conseqüências. Cirurgias são atos invasivos, radicais, programados para solucionar ou aliviar um problema do paciente mas, pela própria natureza invasiva, deixam seqüelas que precisam ser bem justificadas e explicadas. A responsabilidade da explicação e do principal agente do ato.

Da mesma forma, segundo Gorayeb (2001) cabe ao anestesista a explicação do tipo de anestesia, seus riscos e efeitos. Ao Psicólogo cabe induzir a equipe a ser informativa e disponível ao paciente. Depois disco, cabe-lhe apoiar o paciente, ouvir suas angústias, reduzi-las, com procedimentos específicos se necessário. É essencial que o Psicólogo inicie o atendimento do paciente cirúrgico antes da cirurgia, tenha conhecimento de aspectos da mesma sobre os quais vai interagir com o paciente, e continue apoiando o paciente no pós-cirúrgico. Em alguns casos, como em cirurgias raciais, que envolvem problemas de auto-imagem (The PFD, 1996) ou em transplantes, o psicólogo tem a responsabilidade de emitir parecer indicando ou contra indicando a cirurgia.

Se cirurgia e problemática para adultos, é duplamente problemática para as crianças pois estas se sentem mais desamparadas e a

angústia estende-se também para seus pais. Como em todas as áreas de atendimento medico, informação devidamente compreendida pelos pacientes é um elemento fundamental para uma melhor adaptação do paciente. A literatura mostra que programas de apoio e informação às crianças antes das cirurgias melhoram sua recuperação no pós-cirúrgico (Kain et al, 1998).

Dentre as diversas possibilidades de trabalho do psicólogo hospitalar, impossíveis de aqui serem esgotadas por sua extensão, destaco uma por sua recentidade e pelo fato de não lidar com pacientes doentes, na acepção clássica da palavra. Trata-se do casal infértil.

Pela existência anterior de problemas de ordem orgânica, predominantemente ocorrendo na mulher mas, importante de se dizer, que também ocorrem no homem, alguns casais não conseguem engravidar. Dada a demanda de nossa sociedade e dos próprios indivíduos, o desejo de ter um filho torna-se uma premência muito grande na vida destas pessoas.

Para Gorayeb (2001) a solução do problema do ponto de vista orgânico não é simples. Uma série de exames, alguns dolorosos e de procedimentos demorados, são necessários para o diagnóstico e preparatórios para o uso de uma técnica de fertilização assistida, como inseminação artificial ou implantação de óvulos fertilizados "in vitro", como tentativa e solução do problema. E como isto toma tempo, envolve muitos gastos financeiros por parte do casal e não há certeza do sucesso, cria-se condições ideais para o desenvolvimento de uma situação extremamente estressante, se não houver o devido apoio psicológico.

Segundo Gorayeb (2001), a experiência que temos é de lidar com casais no início de sua fase diagnostica, quando vários exames físicos são necessários. Neste momento os pacientes são triados pelo médico e assistente social, para participar do programa de Fertilização Assistida. Coloca-se cormo membros da equipe propondo apoiar o casal, se este julgar necessário. É interessante notar que, neste momento, os casais não têm demanda para o atendimento psicológico e, somente uma pequena minoria, com alguma problemática pessoal ou de relacionamento, decide usar o apoio psicológico. Depois de completados os exames, quando o casal é encaminhado para o Laboratório de Ginecologia, onde se dará o processo de fertilização assistida,

novamente todos os casais são convidados a participar de sessões de grupo de apoio psicológico e informação médica sobre os procedimentos.

A interconsulta no ambiente hospitalar é entendida como a ação de um profissional de saúde no processo de atendimento que um paciente vem recebendo. A responsabilidade pelo atendimento global do paciente é do profissional que faz o pedido de interconsulta. Ele atendia o paciente antes e vai continuar a atender depois da interconsulta. O interconsultor é sempre um especialista de outra área, chamado a esclarecer, diagnosticar ou dar solução a uma problemática de saúde que o paciente tenha e que fuja da competência do profissional ou equipe responsável. O interconsutor vem para avaliar um problema específico e vai depois que o problema é solucionado. Esta é uma prática comum entre médicos, especialmente em hospitais universitários.

Na medida em que começou a trabalhar em hospitais, ligado a equipes ou em Serviços de Psicologia independentes, o psicólogo passou a ter um status de especialista, diferente do status do psiquiatra, que mais freqüentemente lida com os casos de: distúrbio psiquiátrico ou psicótico que requerem o uso de psicofármacos e passou a ser chamado em interconsultas para tratar de questões psicológicas que pacientes apresentam no decorrer de seu atendimento medico.

Segundo Gorayeb (2001) as dificuldades de aceitação do diagnóstico e/ou prognóstico, ansiedade exacerbada em situações de exame, tristeza e/ou depressão eliciadas pelo quadro clínico ou pelo isolamento social e familiar decorrentes da hospitalização, somatizações, reações condicionadas a procedimentos, etc., passaram a se constituir em motivos para efetuar um pedido de interconsulta ao Psicólogo para participar do atendimento a um paciente internado em clínicas onde ele não atua.

Desta forma, o essencial da ação do psicólogo é ser capaz de fazer uma rápida análise da situação para identificar a origem do problema e, mesmo não sendo membro permanente da equipe, comportar-se provisoriamente como se fosse. Procurar envolver os outros profissionais numa melhor relação médico-paciente ou enfermeiro-paciente, identificar ações que possam surtir efeitos imediatos, como estimular o médico a melhor esclarecer o problema do paciente, solicitar ao serviço social que providencie condições

para que os familiares venham visitar o paciente e, especialmente, ouvir, apoiar e permitir ampla ventilação ao paciente.

Após esta intervenção inicial, pode-se detectar a presença ou ausência de quadros psicológicos específicos que precisem ser tratados na forma de uma psicoterapia breve. Nossa experiência em interconsulta vem do início de nossa ação num hospital geral uma avaliação de sua eficiência foi recentemente constatada por pacientes, equipe e familiares (Gorayeb et al., 1999).

Segundo Gorayeb (2001) cabe ressaltar que a adequada e eficiente ação do psicólogo como interconsultor num hospital geral e uma das suas ações mais visíveis perante os outros profissionais e, por isto mesmo, de maior responsabilidade para colaborar ou prejudicar a disseminação das ações do psicólogo hospitalar. Agindo com competência e eficiência só tende a aumentar a procura e valorização de sua ação profissional.

1.2- Psicologia Hospitalar e os Demais profissionais da Equipe de Saúde

A Psicologia Hospitalar, segundo Fongaro e Sebastiani (1996) não pertence unicamente a área clinica, pois ela também abrange áreas como a organizacional, social e educacional, utilizando-se de recursos técnicos, metodológicos e teóricos de diversos saberes psicológicos. A Psicologia Hospitalar busca comprometer-se com questões ligadas à qualidade de vida dos usuários bem como dos profissionais da saúde, portanto, não se restringindo ao atendimento clínico, mesmo este sendo uma prática universal dos psicólogos hospitalares. O pressuposto que permeia as atividades do psicólogo no hospital geral mostra outra visão de indivíduo, não fragmentada, mas como um todo, como um ser bio psicossocial e espiritual com o direito inalienável à dignidade e respeito.

Segundo Pinheiro (2006, p. 13):

> Os alunos não devem ser treinados sobre a aplicação de diferentes técnicas de avaliação psicológica e intervenções terapêuticas exclusivamente em situações protegidas, como clínicas-escola ou equivalentes. Isso poderá dificultar o seu relacionamento com outros profissionais da área, na medida em que este aluno não tem a vivência de trabalho em equipe multiprofissional.

Diante de todas essas questões levantadas nos deparamos com a falta de subsídios na nossa formação acadêmica, por outro lado com a crescente abertura de mercado para a Psicologia Hospitalar.

Neste sentido, vamos procurar delinear as contribuições e as diferenças existentes entre o trabalho clínico, especificamente do consultório particular e as necessidades e diversidades que implica a atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Não nos esquecendo que tanto a Psicologia Hospitalar, como a Psicoterapia tem sua construção teórica sedimentada na área clínica.

Segundo Fossi (2004) a equipe hospitalar é composta por diversos profissionais, incluindo aqueles que não assistem as pessoas hospitalizadas diretamente, tais como equipe de higienização, radiologista, anestesista, dentre outros. No entanto, consideraremos aqui a equipe multidisciplinar formada pelos profissionais que assistem diretamente os indivíduos: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta. Cabe salientar que a equipe multidisciplinar tem sua formação centrada nas necessidades da pessoa, portanto, ela não é pré-organizada. A demanda do enfermo é que fará com que os profissionais da saúde se integrem, com o propósito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, proporcionando seu bem-estar.

Para Angerami-Camon (1987) no entanto, serão os médicos os protagonistas do manejo hospitalar, pois são eles que decidem sobre técnicas, medicações, cura, internações e alta. Portanto, os demais profissionais se adequam, primeiramente, a demanda orgânica do indivíduo e às definições do médico, para posteriormente, integrar sua prática ao atendimento hospitalar. Porém, o aparecimento de inúmeras especialidades da área da saúde impossibilita que um único profissional englobe todos os conhecimentos produzidos em sua área de atuação. As múltiplas situações difíceis e inesperadas que fazem parte da realidade dos usuários dos hospitais gerais refletem no trabalho da equipe multidisciplinar, o que mostra que uma única especificidade profissional não consegue dar conta dessa gama de fatores intrínsecos a doença e a hospitalização (Chiattone, 1996). Em relação aos valores pessoais permeiam as relações profissionais, assim, acredita-se que a neutralidade médica exemplificada pelo relacionamento padrão estereotipado,

estabelecido com os demais profissionais da saúde, bem como com os beneficiários dos serviços de saúde, implicam alguns questionamentos, principalmente por parte da equipe, tendo em vista que o saber médico é pouco compartilhado. A neutralidade médica pode ser explicada, mas não justificada, pela necessidade de esvaziamento dos conteúdos e representações de vida e morte, já que a relação entre os médicos e a pessoa em sofrimento é repleta de ansiedades e fantasias (Zaidhaft, 1990). A postura médica é conseqüência da formação profissional, que pouco enfoca as relações humanas e que tem uma visão de ser humano como objeto de estudo, não considerando as emoções subjacentes ao manejo médico (Kubler-Ross, 1999). Os membros da equipe, especialmente os médicos, que tiverem sua auto-estima atrelada ao seu desempenho profissional, podem perder a noção realista das condições de recuperação de determinados casos, sendo a recuperação completa a única alternativa possível (Leão, 1998).

A inserção dos serviços de psicologia é privilegiada em instituições onde há espaço para reuniões entre os diversos profissionais da equipe multidisciplinar, pois nestas ocasiões, o psicólogo evidenciará a importância da valorização do conjunto dos aspectos emocionais do indivíduo. A equipe médica de saúde, então, busca humanizar as condições do indivíduo no seu período de hospitalização. O vínculo entre o indivíduo e a equipe multidisciplinar tem de ser considerado no manejo psicológico. É indispensável que o psicólogo saiba detalhadamente das atividades desenvolvidas pelos demais profissionais, bem como os limites de cada um, possibilitando uma atuação integrada, com manejo único. A multidisciplinariedade corre o risco de fragmentação entre os setores, e consequentemente, a fragmentação do paciente. O relacionamento precário entre a pessoa e a equipe de saúde pode acarretar mais sofrimento do que o esperado para determinados quadros. Entretanto, é a trajetória hospitalar do indivíduo que definirá o enfoque de seu atendimento psicológico, que poderá ser pré ou pós-operatório, ambulatorial, ou de enfermaria. É através desta consideração que o trabalho do psicólogo será delineado e implementado, considerando as necessidades individuais da pessoa (Angerami-Camon, 1987).

De acordo com Santos e Sebastiani (1996), a discussão sobre as equipes multidisciplinares é de suma importância, pois mesmo a proposta do

atendimento integral ao usuário sendo óbvia, na prática, tal obviedade não é efetivamente posta em ação. Ainda percebe-se dificuldades de interação entre os profissionais, disputas de poder (tanto objetivas quanto subliminares), falta de conhecimento sobre a ajuda que outras especialidades podem dar à equipe e ao indivíduo.

Yanamoto & Cunha, (1998) nos trás contribuições acerca da Psicologia Clínica no Brasil, onde a própria denominação Psicologia da Saúde já é problemática, suscitando discussões de como denominar uma área que aplica os princípios de Psicologia a problemas de saúde e doença, pois, recorrente a confusão de terminologias, como Medicina Psicossomática, com o tema em questão Psicologia Hospitalar, daí então sua maior contribuição nesse ensaio, dizendo que a confusão entre o que seria a área clínica, a área da saúde e também a Psicologia Hospitalar não é somente de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, estão em jogo os diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e sua inserção social. Justamente dessas diferenças, e/ou antagonismos teórico-ideológicos, surge uma Psicologia da Saúde. Considerando essas possíveis confusões, é importante esclarecer, também, o conceito de Psicologia Clínica.O psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde e realizando atividades como: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria.Sebastiani, (2003) afirma que é relevante que possamos entender o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista), daí a importancia da luta para reverter esse quadro.

Durante os anos 40 o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que, de alguma maneira, persiste até hoje. Muito

provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da saúde é denominado Psicologia Hospitalar, e, não, Psicologia da Saúde, o que seria mais adequado, priorizando assim a promoção de saúde.

Segundo Yanamoto, Trindade & Oliveira, (2002) o termo Psicologia Hospitalar é inadequado porque pertence à lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas, que seria abusca de promover saúde. Se já existe fragmentação das práticas e dispersão teórica da Psicologia, a adoção do termo Psicologia Hospitalar caminha no sentido oposto à busca de uma identidade para o psicólogo como profissional da saúde que atua em hospitais. Diferente do Brasil, em alguns outros países, a identidade do psicólogo especialista está associada à sua prática e não ao local em que atua, porém a (CHIATTONE 2000), que diz que a Psicologia Hospitalar é apenas uma estratégia de atuação em Psicologia da Saúde, e que, portanto, deveria ser denominada “Psicologia no contexto hospitalar”**.**

Rodríguez-Marín (2003) esclarece que a Psicologia Hospitalar é, então, o conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as diferentes disciplinas psicológicas fornecem para dar melhor assistência aos pacientes no hospital. O psicólogo hospitalar seria aquele que reúne esses conhecimentos e técnicas para aplicá-los de maneira coordenada e sistemática, visando à melhora da assistência integral do paciente hospitalizado, sem se limitar, por isso, ao tempo específico da hospitalização. Portanto, seu trabalho é especializado no que se refere, fundamentalmente, ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao menos, ao controle dos sintomas que prejudicam seu bem-estar, esse nos parece ser um dos pontos principais para a promoção de saúde, dando menos valia para a doença.Ainda em Rodriguez-Marín (2003) de forma esclarecedora sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha em hospital, sendo a primeira a função de coordenação, relativa às atividades com os funcionários do hospital; a segunda, seria a função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado; a terceira seria a função de interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente; a quarta função seria a de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com

outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes; a quinta função pode-se colocar como assistencial direta: atua diretamente com o paciente, e a sexta função é a de gestão de recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais da organização, isso tudo contribui de forma significativa para a promoção de saúde, principalmente se o psicólogo tiver oportunidade de trabalhar em conjunto com os amigos da saúde, que só vem a contribuir com esse processo.Chiattone (2000) ressalta, contudo, que, muitas vezes, o próprio psicólogo não tem consciência de quais sejam suas tarefas e papel dentro da instituição, e em muitas vezes habilidades suficientes para lidar com o contexto hospitalar, principalmente por que as universidades pouco enfatizam essa área, priorizando principalmente a formação clinica tradicional, ao mesmo tempo em que o hospital também tem dúvidas quanto ao que esperar desse profissional. Se o psicólogo simplesmente transpõe o modelo clínico tradicional para o hospital e verifica que este não funciona como o esperado, onde nos parece que essa situação bastante freqüente, isso pode gerar dúvidas quanto à cientificidade e efetividade de seu papel.

Conclusão

A psicologia tem como desafio para articular mesmo que dentro das instituições hospitalares em suas práticas junto às equipes multidisciplinares de forma a tratar o paciente de forma global, tendo a concepção de sujeito e de sociedade está dentro das práticas psicológicas nos hospitais gerais.

O setting terapêutico, mesmo que nas instituições hospitalares deve representar o espaço em que o sujeito apresenta suas emoções e sentimentos, no movimento de conhecimento e reconhecimento do que se sente e principalmente do que é.

Em sua atuação a Psicologia utiliza técnicas terapêuticas para, conhecer as estruturas psicológicas do sujeito, possibilitá-lo a resgatar a espontaneidade e criatividade existente em si mesmo. As técnicas terapêuticas permitem a vivencia do paciente, a realidade suplementar produzida no contexto da atuação do profissional psicológico.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, E. C. **O Psicólogo no Hospital Geral**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 20, n. 3, 2000, pp.24-27.

BEEBE, J. **Integrity in Depth**. College Station: Texas A & M University Press 1992.

BERNE, E., **Principles of Group Treatment**, New York, Grove Press, Inc. 1997, Estrutura e Dinâmica das Organizações e Grupos, Belo Horizonte, trad. e publicação da UNAT-Brasil.

BESTEIRO, M. M. & BARRETO, M. P. **La Formación de los Profesionales de la Salud**: la Contribución del Psicologo Hospitalario. In Remor, E.; Arranz, P. & ULLA, S. (org.). **El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario**. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicologia, 2003, pp. 121-136.

BION,W.R. **Experiências Com Grupos**: Os Fundamentos da Psicoterapia de Grupo, Trad. Walderedo I. Oliveira, São Paulo, Imago. 1975.

BOYD, C., Sciences and TA, In Tajnet - Transactional Analysis Journal in Net, San Francisco, vol.2, janeiro. Disponível na Internet. http://www.tajnet.org/articles/boyd-science-and-ta.html. (em 25/04/2010).

BROOKS, W. B., FINESTONE, D. H., JORDAN, J. S., TILLOTSON, E. G. E NEELON, F. A. **The combined medical specialities unit after five years**, North Carolina Medical Journal, 49, 11-16. 1998.

BUSTOS, Dalmiro M. **Novos rumos em Psicodrama**. São Paulo: Ática, 1992

CARVALHO, R. et allis, **O Conceito de Clínica em Psicologia**, Pós Graduação, PUCC-Campinas, pesquisa de Departamento, 1999.

CFP – **Conselho Federal de Psicologia** . Página oficial da Instituição, 2010. www.pol.org.br (25/04/2010).

CFP – **Conselho Federal de Psicologia** . Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro.2010. http://www.pol.org.br/atualidades/materias.cfm?id_area=300 (em 21/03/2010).

CHIATONNE, Heloísa B. A criança e a morte. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

CHIATTONE, H. B. C. **A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar.** In Angerami-Camon, V. A. (org.). Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, pp. 73-165.

DAMÁSIO, Antonio. **O mistério da consciência**. São Paulo: Companhia das letras, 2000.

DIMENSTEIN, M. **A Cultura Profissional do Psicólogo e o Ideário Individualista**: Implicações Para a Prática no Campo da Assistência Pública à Saúde. Estudos de Psicologia, v. 5, n. 1, 2000, pp. 5-121.

DOMAR. A. D., SEIBEL, M. M. E BENSON, H. **The mind/body program for infertility**: a new behavioral treatment approach for women with infertility. Fertility and Sterility, 53, 246-249. 1990.

DORPAT, T., MILLER, M., **Clinical Interaction and the Analysis of Meaning**, Hillsdale, N.J., Analytic Press. 1992.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1975.

FLÓREZ-ALARCÓN, L. **Discurso de Instalación**. Trabalho apresentado durante o II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena, Colombia, 2003.

FONGARO, Maria Lúcia. SEBASTIANI, Ricardo W. Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

FONSECA. J. **Psicoterapia da relação**: Elementos de psicodrama contemporâneo. São Paulo: Ágora, 2000.

FONSECA. José. **Medo e esperança**: indivíduo, grupo e sociedade. In Revista Brasileira De Psicodrama vol14.nº1, 2006. pag 15 - 21.

FURTADO, H. M. R. **Disciplina de Psicologia Clínica**: Estudo de Planos de Ensino em Universidades do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

GIORDANO, G., **Toward a Virtual Psychotherapy**, Roma, I Congresso Internazionale di Autopoiesi. In http://www.lcc.ufmg.br/autopoiese/select.html (em 25/04/2010).

GONZALEZ-REY, F. **Psicologia e Saúde**: Desafios Atuais. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 10, n. 2, 1997, pp.275-288.

GORAYEB, R. E RANGE, B. **Metodologia clínica**: técnicas comportamentais. Em: H. Lettner e B. Range, Manual de psicoterapia comportamental. São Paulo: Manole, pp. 73-84. 1998.

GORAYEB, R. P, PETEAN, E. B. E GORAYEB, R. **Orientação aos pais de um paciente com indiferenciação sexual.** VIII Encontro Nacional dos Psicólogos da Área Hospitalar, Curitiba. 1999.

GORAYEB, R. P., LONGO, A., TAZIMA, M. E G. S., PETEAN, E. B. L, VICENTI, Y. A M. A. E GORAYEB, R. **Orientação e dessensibilização pré-operatória em pacientes submetidos a cirurgias eletivas**. Congresso Internacional de Especialidades Pediátricas, Curitiba. 2000.

GORAYEB, R.. NUNES, S. L., GORAYEB, R. P, BENEZ , M. S. L. E SEVERINO, A. C. Z. **O psicólogo como interconsultor num Hospital Geral**: análise da eficácia de atuação, I Congresso Iberoamericano de Psicologia Clínica e da Saúde, Granada, Espanha. 1999.

GROESBECK, C. Jess **A imagem arquetípica do medico ferido.** Junguiana – Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica. 1:72-96. São Paulo: SBPA. 1983

GUARESCHI, Neuza. Interfaces entre psicologia e direitos humanos. In: GUERRA, A. , KIND, L., AFONSO, L., PRADO, M. (Orgs.). **Psicologia social e direitos humanos**. Belo Horizonte: Edições do campo social, 2003.

HOLMES, B. C. **Psychological evaluation and preparation of the patient and family.** Cancer, 60, 2021-2024,1997.

HYCNER, R., **De Pessoa a Pessoa**. Psicoterapia Dialógica, São Paulo, Summus, 1995.

JAPIASSU, H. **Introdução à Epistemologia da Psicologia**, Rio de Janeiro, Imago, 1975.

JUNG, C. G **The Practice of Psychotherapy**. NY: Princeton. Bollingen Series XX, The Collected Works of C.G. Jung. V.16: #123 – 125. 1982.

KAIN, Z. N., CARAMICO, L. A., MAYES, L. C., GENEVRO, J. G., BORNSTEIN, M. H. E HOFSTADTER. M. B. **Preoperative preparation programs in children**: a comparative examination, Anesth. Analg., 87, 1249-1253. 1998.

KERBAUY, R. R. **Comportamento e Saúde**: Doenças e Desafios. Psicologia USP, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

KLEIN, M., RIVIERE, J. **Amor, Ódio e Reparação**, São Paulo, Imago, 1975.

KLUBLER-ROSS, E. **Sobre o morte e o morrer**. Martins Fontes, 1999.

LAPLANCHE, PONTALIS, Vocabulário de Psicanálise, São Paulo, Martins Fontes. 1995.

LEÃO, Nilza. O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: ROMANO, Belkiss W. **A prática da psicologia nos hospitais**. (2 ed.) São Paulo: Pioneira, 1998.

LIMA, N. **Falando Marciano – Uma Técnica de Entrevista**, In Revista Brasileira de Análise Transacional, São Paulo, UNAT. 1986.

MARTINS, Sueli. Processo Grupal e a questão do poder em Martín-Baró. **Psicologia & sociedade**. Vol. 15 nº1, 2003.

MESSER, WACHTEL, P., **The Contemporary Psychotherapeutic Landscape**: Issues and Prospects, In Theories of Psychotherapy: Evolution and Current Status, Washington, APA Books, In press. 1998.

MIYAZAKI, M. C.; DOMINGOS, N. M.; VALÉRIO, N. I.; SANTOS, A. R. R. & ROSA, L. T. B. **Psicologia da Saúde**: Extensão de Serviços à Comunidade, Ensino e Pesquisa. Psicologia USP, v. 13, n. 1,2003, pp. 29-53.

MORENO, J.L. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1993.

MOURA, E. P. G. **A Psicologia (e os Psicólogos) que Temos e a Psicologia que Queremos.** Psicologia On-line pesquisa, CRP, 2010. http://www.pol.org.br/pesquisa/resposta_pesquisa.cfm?id_area=54 (em 25/04/2010).

PROULX, C. **On Jung´s theory of ethics**. Journal of Analytical Psychology, 39, 1, 101 -119. 1994.

QUEROLIM, L. **Las Despedidas – Trabalho com Grandes Grupos**, Águas de São Pedro, III Congresso de Psicanálise das Configurações Vinculares, Org. NESME.1999.

QUINODOZ, Jean-Michel, **Fatos Clínicos ou Fatos Clínicos Psicanalíticos**, Revista Brasileira de Psicanálise, vol. XXVIII, n° 4. 1994.

REMOR, E. A. **Psicologia da Saúde**: Apresentação, Origens e Perspectivas. Psico, v. 30, n. 1, 1999, pp.205-217.

RODRIGUES, D., **A Relação Terapêutica do Ponto de Vista Cognitivo**-Comportamental , In Núcleo de Psicoterapia Cognitivo–Comportamental, 1999.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. **En Busca de un Modelo de Integración del Psicólogo en el Hospital**: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicologia, 2003, pp. 831-863.

ROGERS, C., **Tornar-se Pessoa**, São Paulo, Martins Fontes, Trad. Ferreira, M. 1961.

ROGERS, KINGET, **Psicoterapia e Relações Humanas**, Belo Horizonte, Interlivros. 1977.

SANTOS, Cláudia T. SEBASTIANI, Ricardo W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar (Org.). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.

SEBASTIANI, R. W. **Histórico e Evolução da Psicologia da Saúde numa Perspectiva Latino-Americana**. In Angerami-Camon, V. A. (org.). Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, pp. 201-222.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil**: 50 Anos de História. 2003. http:www.nemeton.com.br/ (24/08/2003)

SEBASTIANI, R. W., PELICIONI, M. C.; CHIATTONE, E. B. **La Psicología de la Salud Latinoamericana Hacia la Promoción de la Salud**. International Journal of Clinical and Health Psychology, v. 2, n. 1, 2002, pp. 153-172.

SOLOMON, H. M. **Origins of the ethical attitude**. ***Journal of Analytical Psychology*.** 46, 3, 443-454. 2001.

THE PSYCHOLOGY OF FACIAL DISFIGUREMENT (The PFD). **A guide for health professionals.** London: Changing Faces. 1996.

ULLA, S. & REMOR, E. **La Investigación en el Hospital**: Tendiendo Puentes Entre la Teoría y la Práctica. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). El Psicólogo en el Ámbito Hospitalario. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicologia, 2003, pp. 161-178.

VISCOTT. David. **A linguagem dos sentimentos**. São Paulo: Summus, 1982.

WEISS, J., **How Psychotherapy Works – Process and Technique**, New York, Guilford Press. Revisto por Dorpat, T. 1993.

WOLBERG, L., **The Technique of Psychotherapy**, Revised edition, 1995.

YANAMOTO, O. H. & CUNHA, I. M. O. **O Psicólogo em Hospitais de Natal**: uma Caracterização Preliminar. Psicologia Reflexão e Crítica, v. 11, n. 2, 1998, pp. 345-362, 1998

YANAMOTO, O. H.; TRINDADE, L. C. B. & OLIVEIRA, I. F. O **Psicólogo em Hospitais no Rio Grande do Norte.** Psicologia USP, v. 13, n. 1, 2002, pp. 217-246.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.