

ACOLHIMENTO E ESCUTA COMO PRÁTICA DE TRABALHO DO PSICÓLOGO NO CONTEXTO HOSPITALAR¹

HOSTING AND LISTENING AS PRACTICES OF PSYCHOLOGISTS IN A HOSPITAL SETTING

Karine Velasco², Ligia Andreia Ferrony Rivas³ e Félix Miguel Nascimento Guazina⁴

RESUMO

No presente artigo, objetivou-se problematizar a escuta e o acolhimento em saúde como prática significativa do trabalho da Psicologia no contexto hospitalar, sob a perspectiva da Psicologia da Saúde. Tal iniciativa é fruto de reflexões e inquietações sobre a prática de estágio no ambiente hospitalar. Neste estudo, foi realizada uma revisão teórica não sistemática sobre ferramentas que norteiam o trabalho da Psicologia e que marcam a singularidade do psicólogo nesse cenário. Dessa forma, discutiram-se duas ferramentas significativas: a escuta ao sujeito internado e o acolhimento ao cuidador. No estudo, evidenciou-se a importância da escuta como uma prática que singulariza o psicólogo como ator social na arquitetura hospitalar e o acolhimento ao cuidador como sustentabilidade dessa escuta, ratificando seu compromisso com o usuário do serviço.

Palavras-chave: psicologia, hospital, práticas psicológicas.

ABSTRACT

The present article is about the hosting and listening in health care area as a significant practice in the work of Psychology in the hospital context, under the perspective of Health Psychology. Such initiative is a consequence of reflection and concerns about the training practice in the hospital environment. In this study it was done a theoretical review on the tools that guide the work of Psychology and that mark the uniqueness of a psychologist in this setting. Thus, two meaningful tools were discussed: the listening to the hospitalized patient and the hosting of the caretaker. In this study it was evidenced the importance of the listening as a practice that makes the psychologist singular as a social actor in the hospital architecture, and the hosting of the caretaker as the sustainability of this listening, in order to confirm his commitment with the service user.

Keywords: psychology, hospital, psychological practices.

¹ Trabalho realizado durante Estágio Curricular de Psicologia - Centro Universitário Franciscano.

² Acadêmica do Curso de Psicologia - Centro Universitário Franciscano.

³ Coautora. Discente do Programa Especial de Educação - UFSM.

⁴ Orientador - Centro Universitário Franciscano.

INTRODUÇÃO

A entrada da psicologia no contexto hospitalar é bastante recente. Sua inserção é repleta de paradoxos. Façamos primeiramente uma distinção. Segundo Castro e Bornholdt (2004), a Psicologia Hospitalar é um termo tipicamente brasileiro, já que, nos outros países, geralmente essa área é conceituada como Psicologia da Saúde (SPINK, 2003). O termo Psicologia Hospitalar, para essas autoras, seria inadequado, porque restringe ao lócus hospitalar um conjunto de teorias, técnicas e reflexões que ultrapassa tal ambiente, uma vez que os cuidados com a saúde não se limitam a ele (CASTRO; BORNHOLDT, 2004). Dessa forma, de acordo com Chiattonne (2011), a Psicologia Hospitalar é apenas uma estratégia de atuação em Psicologia da Saúde. Diante dessa consideração, optamos por usar o termo *psicologia no contexto hospitalar*, compreendendo que o trabalho do psicólogo, neste cenário, extrapola a arquitetura hospitalar e se articula com outros dispositivos de cuidado da rede de saúde, como preconizam as diretrizes do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Angerami-Camon (2003), a psicologia no contexto hospitalar tem como objetivo primeiro a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização. Ele salienta que

(...) o processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas principalmente, como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e sua implicação na vida do paciente (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 24).

Nessa perspectiva, inúmeras características configuram o mundo do sujeito que passa por um processo de internação. Para Goffman (2001), uma das principais características complexas desse contexto é a barreira entre o sujeito e o mundo externo - mundo que será manipulado pela medicina científica, que esquadrinha o corpo para dar conta da doença, e que não dá visibilidade ao sujeito que adocece (CAMARGO JR.; 2003). Esse traz em si uma complexidade própria, suas histórias, seus contextos de vida, temores e, muitas vezes, a sensação de que deixa de ser dono do seu próprio eu (ARAGON; 2007; BOTEAGA, 2006). Para além dessas questões, a insegurança quanto aos processos de recuperação e a imprevisibilidade do tempo de internação fazem com que os sujeitos internados experimentem sentimentos de desamparo, uma vez que o internado fica à mercê da equipe em múltiplas exposições a procedimentos invasivos (TORRES, 2008). A autora ainda salienta que, muitas vezes, o único recurso é suportar “a doença, o sofrimento, o isolamento e a dependência absoluta em que se encontra” (TORRES, 2008, p. 44).

Assim, a despersonalização ocorre por meio do estigma e da falta de singularidade, uma vez que o paciente é tratado como ser passivo, doente e marcado pelo número do leito (ANGERAMI-CAMON, 2003). Dessa forma, muitas vezes, há um esvaziamento das ligações afetivas que aproximam as pessoas dos seus familiares e seus lugares, das suas memórias. Com isso, é comum a família, por não saber lidar com o desamparo, desincumbir-se de acompanhar o paciente nas rotinas hospitalares (ARAGON, 2007). Para Torres (2008), isso se deve, muitas vezes, pelo fato de a família ter de lidar com os limites inerentes ao adoecer.

Dentre as possibilidades de trabalho da psicologia no âmbito hospitalar, está a intervenção direta com o sujeito internado, o atendimento aos familiares e cuidadores, a interconsulta, a participação na discussão multidisciplinar dos casos, os encaminhamentos para a rede de cuidados de saúde extramuros do hospital, a capacitação de equipes, entre outras atividades (CAMPOS, 1995; ROMANO, 2008). Portanto, esse campo de atuação constrói-se a partir de lugares muito distintos e preconizados pela psicologia tradicional. O psicólogo vai ao encontro do sujeito e, através dos sucessivos encontros, constrói com ele a demanda de trabalho.

A partir desse percurso teórico entende-se que, para atuar no âmbito do hospital, é necessário discutir duas ferramentas importantes: a escuta, como uma prática que singulariza o psicólogo - ator social na arquitetura hospitalar - e o acolhimento ao cuidador, como sustentabilidade dessa escuta.

Portanto, o objetivo deste artigo é problematizar a escuta e o acolhimento em saúde como prática significativa do trabalho da psicologia no contexto hospitalar, sob a perspectiva da Psicologia da Saúde. Nesse sentido, buscou-se explorar teoricamente a escuta qualificada e o acolhimento feito aos familiares no ambiente hospitalar, entendendo que tais ferramentas são vetores importantes para identificar e avaliar o estado emocional do paciente e de seus cuidadores.

METODOLOGIA

Este trabalho apresenta uma abordagem qualitativo-exploratória que considera a atividade científica para além de meros procedimentos tecnológicos (SCARPARO; GUARESCHI, 2008). Configura-se como uma revisão de literatura que visa, a partir de textos, documentos e artigos científicos, explicitar criticamente uma problemática específica (GIL, 2008).

Trata-se de uma revisão não sistemática das principais obras relacionadas à Psicologia da Saúde. Depois de realizada a revisão bibliográfica, emergiram dois conceitos fundamentais de análise: a escuta e o acolhimento no contexto hospitalar. Conceitos norteadores para discussão que segue.

A ESCUTA COMO PRÁTICA SINGULAR DO TRABALHO DO PSICÓLOGO NO HOSPITAL GERAL

Dentre as funções do estagiário de psicologia no cenário de trabalho, perfilavam como fundamentais: práticas de acolhimento com o internado e seus cuidadores, prevenção e promoção de saúde, avaliação psicológica, conhecimento do contexto sociofamiliar do sujeito internado, encontros e reuniões com a equipe, entre outros (CAMPOS, 1995, p. 23). Diante desse espectro de funções, optou-se por explorar de forma mais sistematizada a escuta realizada nos leitos e o acolhimento dos cuidadores, peças fundamentais para o êxito do tratamento do doente internado.

Tratando-se da primeira função mencionada, toma-se a escuta como uma importante ferramenta do cuidado no campo da saúde no contexto hospitalar. Escutar, neste cenário, significa “acolher toda a queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar para o diagnóstico e ao tratamento” (BRASIL, 2007, p.16). Para além disso, é através da escuta que ajudamos a (re)construir “os motivos que levaram seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida - as relações com seus convivas e com seus desafetos” (BRASIL, 2007 p.16-17). Dessa forma, nossas práticas direcionam-se sobre o sujeito internado, no sentido de escutá-lo, superando a velha noção de passividade do sujeito internado frente aos procedimentos realizados no hospital, herança de um modelo médico centrado de solução e queixa (CAMARGO JR; 2003).

A escuta qualificada e comprometida implica em ouvir o sujeito e sua família, a fim de conhecê-lo para além dos contornos patológicos. Isso alinha-se aos preceitos da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em suas diretrizes, encaminha as práticas de saúde à valorização da dimensão subjetiva, comprometidos com a produção de sujeitos autônomos em seus processos de saúde (BRASIL, 2004). Portanto, humanizar um atendimento por meio de uma escuta diferenciada significa, entre outras atitudes, inserir o sujeito que se encontra adoecido no seu tratamento. É importante reposicioná-lo como agente de seu próprio processo de saúde, construindo assim maior grau de responsabilização sobre seu cuidado e que esses processos se estendam para além do contexto hospitalar. Isso só é possível, na medida em que se viabiliza esse espaço de escuta e intercâmbio de informações entre profissional e usuário, envolvendo este num elo de acolhimento (CECILIO; MERHY, 2003).

Observa-se, frequentemente, no campo de estágio, uma falta de comunicação da equipe técnica e médica com o usuário do serviço. Muitas vezes, os atendimentos seguem unicamente uma direção protocolar, em vez de um atendimento efetivo e humanizado. Compreende-se que essa dificuldade de aproximação e acompanhamento médico-usuário possivelmente derive da fragmentação do saber. Isso significa afirmar que o psicólogo é visto como o responsável pelas questões subjetivas e emocionais, e o médico, pelas questões orgânicas. Essa fragmentação de funções, contudo, não considera que o ser humano é, ao mesmo tempo, somático e psíquico (FOSSI; GUARESCHI, 2005).

Outro ponto relevante sobre a dificuldade de comunicação está associado ao diagnóstico. Muitas vezes, o uso de palavras técnicas trava a linha de entendimento. A transmissão de informação centrada na doença mostra-se insuficiente, já que o sujeito que padece de um problema de saúde e está internado precisa saber sobre seu corpo, a fim de que se produza maior autonomia nas decisões e autocuidados, elementos que, por sua importância, fundamentam as ações básicas da humanização do atendimento à saúde no território nacional (NATIONS; GOMES, 2007). Para além disso, faz-se necessário que a equipe considere a rotina e a vida do sujeito para além do muro do hospital, a fim de poder adequar o tratamento da doença ao contexto singular que está demarcado pela forma de viver da pessoa (FOSSI; GUARESCHI, 2005).

Por outro lado, não se pode desconhecer que muitos profissionais da área da saúde, ainda envolvidos por uma lógica de cuidado centrada na doença, cercam-se não só de métodos sofisticados para garantir os diagnósticos, mas também de uma linguagem de difícil compreensão para o paciente. Esse tecnicismo no falar pode ser um elemento dificultador do esclarecimento sobre as doenças e os tratamentos, o que leva o usuário e os familiares à alienação sobre o estado clínico. A fala repleta de termos técnicos provoca a impressão de que o paciente sabe menos sobre o seu corpo do que aqueles que o tratam. Conseqüentemente, verifica-se a falta de postura ativa diante do tratamento e da busca pela autonomia em cuidados relacionados à saúde.

Igualmente, o fato de o sujeito entrar no hospital supõe uma brusca ruptura com muitas experiências que faziam parte de sua rotina e serviam de sustentação do seu eu e sua relação com o mundo. Sendo o hospital uma instituição voltada ao cuidado de pessoas que, durante um determinado momento de sua vida, ficam impossibilitadas de garantir algumas de suas próprias necessidades, por conta da vulnerabilidade ocasionada pela doença, pode-se dizer que o hospital ocupa, em alguns momentos, as vestes de uma Instituição Total⁵, amplamente conceituada por Goffman (2001). Em outras palavras o sujeito, por um período, deixa de ter autonomia sobre suas escolhas e decisões, recebe o estigma social que vem atrelado à sua doença, perde o contato com membros da família, desliga-se dos seus ofícios laborais e suas rotinas, passa a comer, dormir, tomar banho e acordar em horários mais rígidos, obedecendo às normas que compõe a lógica hospitalar. Além dessas marcas de compasso temporal, o paciente vê seu corpo, que é a sua forma de interação com o mundo, de experienciá-lo e transformá-lo, sendo constantemente atingido, explorado, exposto, invadido e controlado. O corpo fica, muitas vezes, em completa dependência, e o sujeito adere forçosamente a um estado de despersonificação que pode influenciar o surgimento de uma desqualificação pessoal, dando vazão a um possível abandono no seu processo interior de cura orgânica ou emocional (ANGERAMI-CAMON, 2003). Tudo isso pode enfraquecer sua estrutura egóica e levar o paciente a um estado mais regressivo e, portanto, a uma dificuldade em falar sobre sua situação.

O trabalho da psicologia pode, considerando a dinâmica anteriormente exposta, fornecer ao paciente um olhar que coloque entre parênteses sua patologia e observe, para além de um corpo adoecido, um sujeito histórico e desejante (AMARANTE, 1999). Esse olhar que desloca a doença sem desprezá-la, pode ajudar na construção de mais recursos emocionais para lidar de uma forma ampla com seu processo de adoecimento, o que torna o doente o autor de seu processo de saúde. Esse olhar só é possível, a partir de uma escuta comprometida com esse usuário.

No caso de doenças graves, cujas características estão impregnadas de cronicidade e cujos limites estão fortemente demarcados pela morte, o paciente pode apresentar, associado à dor e à falta de

⁵ Local de residência e trabalho onde um grande número de pessoas com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada.

autonomia, um estado de “luto antecipado” que se desdobra em fases tais como a negação, barganha, irritação, depressão e aceitação (KLUBER-ROSS, 2008). Sabe-se que essas fases são porosas e geralmente se interpenetram. Seja qual for a fase pela qual o sujeito estiver transitando, faz-se importante escutá-lo sem que essa escuta possa estar atravessada por julgamentos. Dar espaço para a exposição e a distensão de emoções é permitir que o trânsito pelas fases seja mais fluido. Esse trânsito implica estabelecer também o lugar que a psicologia ocupa junto ao sujeito em sofrimento.

Também se sabe que nem todo o processo de enlutamento compõe-se das etapas anteriormente mencionadas. Entretanto, faz-se importante conhecer esses diferentes estados a fim de poder mapear com maior cuidado possíveis alterações não adaptativas que possam estar acontecendo. Assim mesmo o reconhecimento das características do luto é material importante, porque se torna subsídio para a equipe médica identificar os aspectos emocionais do paciente, a fim de conter os comportamentos ou as expressões inadequadas da equipe, as quais possam vir a ser geradas por interpretações superficiais.

O psicólogo, então, por meio de uma escuta contextualizada, conhece mais acerca dos recursos e alcances da pessoa diante do seu tratamento, dentro e fora do ambiente hospitalar, o que transpassa os limites da patologia. Trata-se de uma escuta que pretende considerar o outro “(...) na sua alteridade, independente do lugar (...)” (MORÉ; MACEDO, 2006, p. 22). Essa escuta qualificada que considera os aspectos do contexto do sujeito permite o desenvolvimento de uma postura clínica ampliada, que permite e invoca o atravessamento de diferentes saberes, deslocando o protagonismo para todos os envolvidos numa mesma intervenção. Para que se possa ter sucesso nessa escuta, no entanto, é mister a manutenção de uma postura acolhedora e sensível.

Diante do exposto, uma das ferramentas de trabalho da psicologia que se torna fundamental é o acolhimento em suas diversas complexidades.

O ACOLHIMENTO AO CUIDADOR NO HOSPITAL COMO PRÁTICA DE TRABALHO DA PSICOLOGIA

Vários estudos recentes têm apontado o acolhimento como uma estratégia de cuidado no campo da saúde. Ele é configurado como uma das referências ético-estético-políticas pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011 p. 56), o acolhimento (...) refere-se a um compromisso coletivo em cultivar os vínculos de maneira responsável, reconhecendo e incluindo diferenças, estimulando a co-produção de autonomia e a valorização da vida em todos os encontros produzidos em saúde (...) diz respeito ao modo de relação, de produzir encontros.

A partir disso, o acolhimento pode ser compreendido como forma de aproximação entre os usuários com a equipe de saúde, visando a uma relação mais humanizada e solidária com a realidade hospitalar do sujeito enfermo (PROCHNOW et al., 2009). Pode-se dizer que o acolhimento é uma tecnologia das relações humanas que deveria fazer parte da formação de profissionais qualificados na área da saúde

(MALDONADO; CANELLA, 2009). Tecnologia que se traduz em como recebemos as demandas e construímos as práticas de saúde por meio delas. É uma ação de aproximação, um “estar com”.

Os trabalhos interdisciplinares ou multidisciplinares fazem parte da assistência integral à saúde dos usuários. A integralidade em saúde deveria basear-se em ações ou cuidados que promovem o bem-estar do indivíduo; e os profissionais deveriam interagir entre si, respeitando seus limites de prática e beneficiando o sujeito (CECILIO; MERHY, 2003). Diante das considerações acima, constata-se a importância de se estudar o acolhimento como prática nos diferentes níveis de saúde (PROCHNOW et al., 2009).

Para Prochnow et al. (2009), o acolhimento no hospital é fundamental, já que a própria hospitalização torna o indivíduo enfermo e seus familiares/cuidadores vulneráveis, nos níveis físicos e emocionais. A prática de acolhimento contribui para que tanto os familiares quanto o sujeito enfermo sintam-se protegidos no ambiente hospitalar. É comum, logo após a internação do sujeito, que medo, angústia do desconhecido e a sensação de perda de identidade, trazida pelo afastamento de casa, manifestem-se. No entanto, se há uma equipe que ampare e disponibilize toda a assistência necessária, essa situação é amenizada (DIAS; NUERNBERG, 2010). Sendo assim, percebe-se a importância do profissional psicólogo nesse contexto, devido às angústias dos familiares e usuários.

A partir dessas considerações, iremos discutir a prática do acolhimento com cuidadores, ao reconhecê-los como parte integrante e fundamental no cuidado em saúde. É importante entender que os cuidadores são integrantes ativos diante da saúde do outro, sendo necessário também um cuidado a esses indivíduos que se encontram vulneráveis no ambiente hospitalar. O cuidado envolve ações de respeito, responsabilidade, preocupação com o outro e promoção de bem-estar (SANCHES, 2006). As formas como nos comunicamos, atendemos e acompanhamos o cuidador é uma maneira de mostrarmos nossa acessibilidade e disposição (MALDONADO; CANELA, 2009).

Os cuidadores são um dos protagonistas que possuem contato mais direto com o paciente. Por isso, nota-se a importância de direcionar-lhes cuidados, orientação e assistência, pois a figura do cuidador ainda é muito confusa por parte da equipe. Entendemos que o cuidador é tão importante quanto a equipe, pois enquanto esta direciona seus cuidados a partir da técnica e do bem-estar do paciente, o cuidador pode ser considerado como um elo paciente - casa, paciente - família (PEREIRA; DIAS, 2007).

Em casos mais específicos, quando o cuidador recebe a notícia do diagnóstico de alguma doença crônica ou terminal, toda a família está envolvida, seja de forma ativa ou passiva, e todos redistribuem seus papéis e adquirem novas funções. E isso mexe com toda a estrutura psíquica dessas pessoas envolvidas, que acabam tendo que mudar em prol do outro. Disso surgem inúmeros sentimentos, como culpa, angústia e remorso, que se manifestam tanto nos cuidadores quanto nos pacientes (VALDUGA; HOCH, 2012).

Situações como essas deixam o cuidador fragilizado internamente, porém essa fragilidade é percebida a partir do comportamento desse cuidador. Alguns podem ser quietos, não interagi-

rem, falarem pouco e estarem junto ao leito para fornecer apenas cuidados ao enfermo, outros podem ser queixosos ao extremo, solicitando em demasia a equipe, reclamando do atendimento. As duas situações mostram que o cuidador se encontra debilitado, e é importante que possamos deter um olhar mais acolhedor sobre esses sujeitos. É necessário que possamos atentar para os significados das manifestações psíquicas dos cuidadores, para assim efetuarmos uma prática com precisão naquilo que o cuidador precisa (FERREIRA et al., 2012).

De acordo com os autores supracitados, o diálogo é outro fator importante, pois facilita as soluções de necessidades. Quando o cuidador chega ao hospital, encontra-se perdido, confuso, desorientado, por isso é fundamental perguntar como chegou até o local, se sabe o porquê de estar no hospital, entre outras questões, para, através da escuta, contribuir para amenizar suas angústias e medos. Ao decorrer da internação, por exemplo, visitas da equipe com a finalidade de saber sobre seu bem-estar também amenizam possíveis fantasias. Enfim, o diálogo ajuda a compreender as necessidades de saúde e tranquilizar as partes envolvidas.

Pode-se dizer que o ato de acolher possui algumas considerações a serem pensadas, que são: a ambiência do local e a garantia de atendimento, acesso aos serviços e escuta às necessidades. A ambiência é o tipo de tratamento ofertado com relação ao espaço físico, social, profissional e às relações que proporcionam atenção acolhedora, resolutiva e humana. A garantia de atendimento é um direito do usuário para que receba todas as ações prescritas, e que estas estejam acessíveis. Por último, é necessário que cada profissional escute o usuário e leve em consideração sua queixa ou seu pedido, já que eles têm significado diante da realidade enfrentada (VALDUGA; HOCH, 2012).

Todo esse tipo de cuidado e atenção direcionado ao outro faz parte do que chamamos de atendimento integral à saúde. O atendimento integral à saúde visa atender da melhor forma as necessidades dos usuários e de seus cuidadores, a partir de ações desenvolvidas pelos profissionais, atentando às demandas explícitas e implícitas nos diálogos (CECILIO; MERHY, 2003).

O atendimento integral auxilia na compreensão da realidade que cada usuário enfrenta. Em situações em que usuário e família recebem o diagnóstico de uma doença terminal, é importante que a equipe esteja centrada em um trabalho inter ou multidisciplinar, integrando ações que significam cuidado e atenção. Um diagnóstico de câncer mexe com toda a estrutura psíquica em nível familiar e individual, há ambivalência de sentimentos, negação, frustração até o momento da aceitação do diagnóstico, vivência do luto antecipatório e morte. Sendo assim, percebe-se o quanto é importante a prática de acolhimento, já que em situações de morte essa ferramenta ajuda tanto o usuário/cuidador quanto a própria equipe (VALDUGA; HOCH, 2012).

Aos poucos, a prática do acolhimento vem se integrando às formas de cuidado prestadas ao usuário e ao cuidador, o que contribui para que singularidades sejam compreendidas. Uma assistência integral contribui para dividirmos saberes e responsabilidades, estabelecendo que práticas de atenção à saúde sejam criativas e singulares (DIAS; NUERNBERG, 2010).

O acolhimento vira prática de atuação para os profissionais quando estes reconhecem sua eficácia. Por exemplo, é muito significativo que haja acolhimento quando o indivíduo chega ao hospital, que seja reconhecido pelo nome e não por sua enfermidade. Também é preciso estar atento aos aspectos subjetivos dos usuários que chegam ao hospital, pois isso contribui ao longo do tratamento e é fundamental para entender a história do usuário, se tem relação com a doença, e saber o que se pode potencializar visando à qualidade de vida (TRINDADE; TEIXEIRA, 2002). Percebe-se então outra questão ao acolhimento, que é olhar para a subjetividade do usuário. No momento em que isso é incluído no tratamento, estabelece-se uma relação de respeito e confiança.

Sendo assim, consideramos que estudar a prática de acolhimento no campo hospitalar é importante por contribuir na construção de elos com o usuário e com os seus familiares cuidadores. Assim, resolvemos focar no acolhimento aos cuidadores por perceber que, muitas vezes, não são considerados como parte integrante do tratamento e/ou não se percebe quanto de sofrimento sustentam. A psicologia vem fornecer esse acolhimento permitindo um espaço de escuta ao cuidador, no intuito de possibilitar que expresse seus sentimentos perante a prática do cuidado. Esse acolhimento também contribui para amenizar o sofrimento, aliviar as angústias e fazer com que os cuidadores reconheçam o seu papel perante a equipe de saúde e o doente. Portanto, o acolhimento, como ferramenta para o psicólogo, vai além de atender o sujeito em um momento delicado, como a internação hospitalar. Acolher é ter cuidado e atenção com a dimensão humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, o objetivo foi problematizar a escuta e o acolhimento em saúde como prática significativa do trabalho da psicologia no contexto hospitalar, sob a perspectiva da Psicologia da Saúde.

Observa-se que as demandas hospitalares são, muitas vezes, permeadas de dor, medo, angústia, entre outras fantasias que a internação suscita no sujeito. A partir disso, começamos a compreendê-lo no universo hospitalar, sem desconhecer sua singularidade, que se relaciona com a sua condição extra-hospitalar. São essas questões que, invariavelmente, ajudarão a determinar não só a adesão aos tratamentos dentro de novas rotinas, como o grau de autonomia e autocuidado que o sujeito adoecido poderá manter a partir disso. Diante disso, nossa atuação se desenvolve em olhar o sujeito no todo, ou seja, considerar sua história de vida antes do hospital e fazer com que faça parte do tratamento. A finalidade é fazer com que o sujeito sinta-se singular diante da nudez que o hospital provoca. E as ferramentas que o psicólogo possui são inúmeras e podem ser colocadas em prática desde o atendimento individual até a realização e participação de capacitações com os demais profissionais, no intuito de promover qualidade de vida e bem-estar a todos os protagonistas desse cenário.

Neste sentido, a escuta singular torna-se importante ferramenta do cuidado, na medida em que é por meio dela que o sujeito adoecido sente-se acolhido, percebe que sua existência está além da doença e é valorizada, conseguindo, assim, perceber e reconstruir o sentido do seu adoecer. Escutá-lo,

antes de tudo, é favorecer uma postura ativa do sujeito diante do seu estado de saúde, já que, através de sua fala, poderá expressar dúvidas, temores, fantasias, minimizando o desconhecimento e o medo que sente diante da doença, erguendo-se numa postura mais autônoma de autocuidado.

Promover ao outro o bem-estar, principalmente no ambiente hospitalar, é um dos princípios básicos da humanização. Acreditamos que o hospital pode se tornar um ambiente acolhedor para quem necessita de seus serviços, além de realizar uma prática que considere a complexidade do sujeito, desde a análise do lugar onde mora até o planejamento do seu tratamento na forma inter ou multidisciplinar.

Foi inspirado nos princípios básicos da humanização que este artigo deu maior ênfase às ferramentas do psicólogo, sendo essas a escuta e o acolhimento. A primeira não se separa da segunda, pois, na medida em que se escuta o sujeito adoecido para além da sua doença, invariavelmente se dá a ele acolhimento. O sujeito adoecido sente-se amparado na sua fragilidade, ao mesmo tempo em que se sentirá valorizado na sua existência quando o psicólogo, como membro da equipe de saúde, oferecer um espaço no qual o sujeito possa se sentir ativo e, em alguma medida, seu próprio agente de cuidado.

Entendemos que esse campo da psicologia é muito amplo e possui inúmeras práticas a serem estudadas, com a finalidade de contribuir academicamente para os profissionais psicólogos, fornecendo informações sobre as possibilidades de prática no hospital. O trabalho da psicologia, em geral, não ocupa um lugar de protagonismo dentro da equipe de saúde, o que não lhe retira a importância. De fato, o psicólogo hospitalar deve agir não exatamente na cura, mas promovê-la no sentido de cuidar das fissuras simbólicas e imaginárias que se desprendem das reais. Em outras palavras, é papel e função do psicólogo usar ferramentas que permitam a facilitação do processo de hospitalização. Não se trata de impor intervenções técnicas e padronizadas, mas sutilmente permitir que o sujeito possa expressar-se e ser protagonista de sua história, sentindo-se amparado e valorizado. O psicólogo, rejeitando o papel de protagonista, acompanha o paciente, dando e assegurando-lhe bordas e limites.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, R.; COSTA, E. S. (Org.). *Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente*. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, mai./ago. 1999. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20em%20Debate_n58.pdf#page=1000>. Acesso em: out. 2012.

ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

ARAGON, L. E. P. **O impensável na clínica: virtualidades nos encontros clínicos**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BOTEGA, N. J. Reação a doença e a hospitalização. IN: BOTEGA, N. J et al. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**: interconsulta e emergência. 2. ed. Porto Alegre, p. 209-214, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS: Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMARGO JR., K. R. **Biomedicina, saber & Ciência**: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, T. C. P. **Psicologia Hospitalar**: a atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo: EPU, 1995.

CASTRO, E. K; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar. **Psicologia ciência e profissão**. São Paulo, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.

CECILIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In: CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde**: um novo significado para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

DIAS, C. A; NUERNBERG, D. Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 44, n. 2, p. 465-483, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2010v44n2p465>>. Acesso em: nov. 2012.

FERREIRA, H. P. et al. O impacto da doença crônica no cuidador. **Revista Brasileira Clínica Médica**, v. 10, n. 4, p. 278-284, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3045.pdf>>. Acesso em: nov. 2012.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

KLUBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm a ensinar aos médicos, enfermeiros, religiosos... 9. ed., Martins Fontes: São Paulo, 2008.

MALDONADO, T. M; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde**: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Ribeirão Preto, SP: Editora Novo Conceito, 2009.

MORÉ, C. L. O. O., MACEDO, R. M. S. **A Psicologia na comunidade**: uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

NATIONS, M.; GOMES. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n9/11.pdf>>. Acesso em: maio 2012.

PEREIRA, L. L; DIAS, A. C. G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 38, n. 1, p. 55-65, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1924/1430>>. Acesso em: nov. 2012.

PROCHNOW, A. G. et al. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 11-18, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5347>>. Acesso em: fev. 2013.

ROMANO, B. V. **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SANCHES, O. M. **Concepções do enfermeiro docente sobre o cuidado**. Dissertação apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial a obtenção de título de Mestre de Enfermagem. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/6115>>. Acesso em: jun. 2011. 89 p.

SCARPARO, H.; GUARESCHI, N. Refletindo sobre a pesquisa e produção de conhecimento. In: SCARPARO, H. (Org.) **Psicologia e pesquisa**: perspectivas metodológicas. Porto Alegre: Sulina, 2008, p. 17-26.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde**: práticas, saberes e sentidos. Vozes: Petrópolis, 2003.

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia em serviços de saúde - Intervenção em centros de saúde e hospitais. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 171-174, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312002000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: abr. 2013.

TORRES, A. O paciente em estado crítico. In: ROMANO, B. (Org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 41-62, 2008.

VALDUGA, E. Q; HOCH, V. A. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. **Unoesc & Ciência** - ACHS, Joaçaba, v. 3, n. 1, p. 15-32, 2012. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/achs/article/view/1537>>. Acesso em: nov. 2012.

