

A psicologia Hospitalar em diversos contextos: Uma construção a partir de fontes multimídias.

Hospital psychology in several contexts: A construction from multimedia sources.

Tiago Gonçalves Corrêa *

Vanessa Arruda Pires **

Karina Pereira da Silva ***

Natália Barbosa Oliveira ****

Resumo: A existência humana encontra no hospital uma nova configuração não problematizada ou deixada de lado em outros contextos, configuração essa que é perpassado por um emaranhado de novas significações, visto que questões como doença, morte e a própria existência são colocadas em evidência. Este artigo tem por objetivo apresentar possíveis intervenções do psicólogo no contexto hospitalar. A metodologia utilizada tem caráter qualitativo, consiste na revisão bibliográfica de grandes autores e pesquisadores da área. Nos chama a atenção é a falta de Políticas Públicas e carência de planos de Estado e governo que garantam a presença do Psicólogo Hospitalar no contexto de saúde pública. Tal ensaio desvelou questões intrigantes e complexas, nos possibilitou uma maior compreensão e entendimento da prática do psicólogo hospitalar frente ao contexto saúde e doença.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Atuação do Psicólogo no hospital. Psicologia e Hospitalização.

Abstract: Human existence finds in the hospital a new configuration that is not problematized or set aside in other contexts, a configuration that is permeated by a tangle of new meanings, since issues such as illness, death and existence itself are highlighted. This article aims to present possible interventions of the psychologist in the hospital context. The methodology used has a qualitative character, it consists of the bibliographical review of great authors and researchers of the area. We are called attention is the lack of Public Policies and lack of State

* Graduando em Psicologia. Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, IBIOTEC. E-mail: tiagocorrea1996@gmail.com. Bolsista de Iniciação Científica do Programa PIBIC – UFG.

** Graduanda em Psicologia. Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, IBIOTEC. E-mail: vanessaarrudapires@gmail.com

*** Graduanda em Psicologia. Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, IBIOTEC. E-mail: karinapereiradasilva7@gmail.com

**** Graduando em Psicologia. Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão, IBIOTEC. E-mail: nataliabo11@hotmail.com

and government plans that guarantee the presence of the Hospital Psychologist in the context of public health. This essay revealed intriguing and complex issues, allowed us a greater understanding and understanding of the practice of the hospital psychologist in the context of health and illness.

Keywords: Hospital Psychology. Psychologist's performance in the hospital. Psychology and Hospitalization.

INTRODUÇÃO

A existência humana encontra no hospital uma nova configuração não problematizada ou deixada de lado em outros contextos, configuração essa que é perpassado por um emaranhado de novas significações, visto que questões como doença, morte e a própria existência são colocadas em evidência.

Desta forma, este artigo tem por objetivo apresentar possíveis intervenções do psicólogo no contexto hospitalar. A metodologia utilizada tem caráter qualitativo, consiste na revisão bibliográfica de grandes autores e pesquisadores da área.

Em um primeiro momento é necessário entender como a instituição hospitalar se constitui no bojo de nossa sociedade. Esta surge como um local de assistência aos pobres, destinada a excluir e separar, ou seja, um local para moribundos, pobres e doentes, sem caráter curativo. (Pessini,2002)

Nesse sentido, o profissional psi, ao adentrar no campo hospitalar, deve como afirma Angerami-Camon rever “[...] seus próprios postulados adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo escamoteamento na busca da compreensão da existência humana.” (1994, p. 16)

Compreendendo a particularidade de tal ambiente e a sua singularidade tão quanto a singularidade de seus enfermos, o psicólogo ao atuar frente a esse cenário deve ter, sem sombra de dúvidas, um enorme respeito ético por todos os que de algum modo estão fragilizados em virtude da entrada em um ambiente hospitalar.

Angerami-Camon (1994), nos auxilia a compreender a atuação do psicólogo em tal ambiente ressaltando que é muitas vezes recoberta de polêmicas, visto que, a formação dos profissionais é falha no sentido da escassez de aportes teóricos que sustentem nossa prática

nesse ambiente. Entretanto, desde de 1994 pra cá, algumas coisas mudaram, tais temáticas vem sendo discutidas com mais cuidado e sempre prezando por uma atuação que compreenda o ambiente e, mais ainda, o sujeito que de cuidados necessita.

Faz-se necessário discutir alguns pontos correlatos ao ambiente hospitalar. Fator comumente observado em hospitais e casas de recuperação, é a despersonalização do paciente, este perde seu nome, sua singularidade e passa ser uma definição alfanumérica, ou simplesmente a patologia que o acomete, desta forma, cabe ao psicólogo, refletir sobre sua prática e perceber quando tal situação ocorre, alertar e conscientizar a equipe multiprofissional sobre as consequências de tal atitude, ou seja, cabe ao psicólogo mais que a outros profissionais não perder o sujeito por de traz da doença.

Ao trabalhar no sentido de estancar os processos de despersonalização no âmbito hospitalar, o psicólogo estará ajudando na humanização do hospital, pois seguramente esse processo é um dos maiores aniquiladores da dignidade existencial da pessoa hospitalizada. Um trabalho de reflexão que envolva toda a equipe de saúde é uma das necessidades mais prementes para fazer com que o hospital perca seu caráter meramente curativo para transformar-se numa instituição que trabalhe não apenas com a reabilitação orgânica mas também com o restabelecimento da dignidade humana. (Angerami-Camon,1994, p.19)

Consoante o discutido a cima, e como base nas leituras recomendadas pelo professor e discussões realizadas, observamos que um dos principais objetivos da Psicologia Hospitalar é a minimização do sofrimento que acomete os que adentram tal ambiente e também eventos decorrentes do momento de internação. Assim, é extremamente importante que o psicólogo tenha a noção que o atendimento não ocorrerá dentro dos moldes do *setting terapêutico* propriamente dito, mas que tal atendimento é muitas vezes perpassado e sofre influências significativas frente ao ambiente que ocorre.

O Psicólogo no hospital, assim como em qualquer outro ambiente deve ter sua prática levando em conta as regras e normas da institucionalização do ambiente, e sobretudo não pode perder e deixar de lado o significado do adoecer na sociedade neoliberal, assim comungamos com Angerami-Camon que

[...] o adoecer nesta sociedade é, conseqüentemente, deixar de produzir e, portanto, de ser; é vergonhoso; logo, deve ser ocultado e excluído, até porque dificulta que outros, familiares e amigos, também produzam. O hospital perfaz este papel, recuperando quando possível e devolvendo sempre, com ou sem

culpa, o doente à sua situação anterior. Se um acidente de percurso acontece, administra o evento desmoralizador, deixando que o mito da continuidade da produção transcorra silenciosa e discretamente. A intervenção do psicólogo nesse sentido não pode prescindir de tais questionamentos com o risco de tornar-se algo desprovido da profundidade necessária para abraçar a verdadeira essência do sofrimento do paciente hospitalizado. (1994, p.27)

Assim, o trabalho do psicólogo vai também no sentido de auxiliar o paciente a compreender a sua volta a rotina, após o período de hospitalização, visto que devemos considerar o humano de forma integral, considerando sua historicidade e seu contexto, não somente o doente deslocado de seu contexto.

Desta forma, ao pensar nossa atuação em tal contexto devemos sempre estarmos amparados e resguardados por uma atuação que priorize a humanização no contexto hospitalar, deste modo a atuação do profissional psi traz em seu âmago uma atuação frente as relações interpessoais.

Se tratando da prática do profissional psicólogo no contexto hospitalar é necessário compreender a dinâmica multidisciplinar que se apresenta como uma linha eficaz que perpassa este campo, ou deveria perpassar. A prática multidisciplinar existe quando equipes de áreas diferentes atendem um mesmo paciente, porém, de forma independente. O trabalho multidisciplinar desenvolve-se pautado na concepção biopsicossocial, concepção esta que compreende o indivíduo como um ser conjunto, onde o termo saúde é interpretado a partir da inter-relação entre bem estar físico, psíquico e mental.

Uma primeira condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes a sua especificidade. No caso de estarem esclarecidas as atribuições do psicólogo, espera-se que ele seja capaz de se mostrar competente o suficiente para que sua prática seja vista como necessária (TONETTO e GOMES, 2006, p.03).

Apesar de ter alcançado significativo avanço, o trabalho em equipe ainda se trata de um grande desafio para a psicologia hospitalar, visto que, a tão almejada prática multidisciplinar ainda é pouco adotada, sendo esta ainda por vezes atravessada por uma dura discriminação hierárquica. A discriminação hierárquica acontece quando as especificidades de cada indivíduo que faz parte da equipe são descartadas em função de uma relação de poder. Esta se trata de uma realidade cruel encontrada em muitas instituições e o profissional psicólogo enquanto membro deste grupo, experiencia este processo de exclusão, onde para além de prejudicial para

o campo e a interação entre a equipe, prejudica também e principalmente, quem mais necessitaria desta cooperação: o paciente.

A equipe multidisciplinar dentro do hospital é formada por aqueles que participam diretamente com os pacientes, são os médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. No entanto, a equipe multidisciplinar é formada de acordo com as necessidades do paciente, ou seja, a demanda do enfermo que fará com que os profissionais se unem com a finalidade de proporcionar o seu bem-estar.

Entretanto, primeiramente serão as definições dos médicos e a condição orgânica do indivíduo que vão decidir a interação entre os profissionais, as técnicas e medicações que melhor atendem a demanda do paciente, assim se tem um atendimento integral, rompendo com o conceito de que saúde é a ausência de doença e com a concepção de que o ser humano é somente um corpo físico. Porém, um aspecto importante é a postura do médica que é imposta como um modelo a ser seguido, com uma visão do ser humano como objeto de estudo, portanto, se estabelece uma relação de poder sobre a equipe multidisciplinar onde somente o médico detém o saber.

Desse modo, Fossi e Guareschi (2004) salientam que o psicólogo inserido no hospital pode contradizer com a ordem estabelecida pela medicina, de que a cura ocorre somente pelo biológico. Dessa forma, para uma maior interação entre as equipes multidisciplinares, cada profissional deve se responsabilizar por sua área, mas não evitando uma troca de saberes e sim evidenciando as informações sobre o paciente.

Em entrevistas realizadas com profissionais de algumas instituições hospitalares, Tonetto e Gomes (2006) confirmam que a realidade a qual este profissional está submetido em seu campo de trabalho está alicerçada em tentar ultrapassar barreiras preconcebidas acerca do fazer psicológico.

As psicólogas consideram que para se inserir no hospital e conseguir desenvolver seu trabalho é preciso ser persistente na defesa de suas idéias e buscar interagir com os demais profissionais. É preciso indicar quais benefícios podem ser obtidos com a intervenção psicológica para que o serviço passe a ser solicitado. Com esses cuidados, o trabalho tende a ser aceito e valorizado por parte daqueles profissionais que reconhecem a interferência de aspectos emocionais no quadro clínico de seus pacientes. Os reducionismos profissionais e as diferenças hierárquicas são identificados como fatores que impedem o desenvolvimento da prática multidisciplinar. (TONETTO e GOMES, 2006 p. 7)

Se tratando da prática multidisciplinar, é importante ressaltar que esta é vista como um ideal de arranjo institucional, porém ainda pouco concebido e mesmo valorizado na prática. No

campo da psicologia em particular, outro fator que auxilia como limitador da efetivação desta prática, trata-se da carência da quantidade de profissionais necessários dentro da instituição, o que acaba causando sobrecarga de trabalho e dificuldade em atender a demanda.

É nítido compreender que existem vários fatores limitantes acerca do fazer do profissional psicólogo dentro da instituição. Entretanto, é necessário sempre ter a clareza de que, trata-se de um campo de extrema relevância na contribuição de um bem estar biopsicossocial do indivíduo e seus familiares. Pensando assim, este profissional deve manter-se resistente em sua práxis, buscando sempre contribuir de modo eficiente, apropriando-se de uma concepção multidisciplinar, almejando conquistar espaço e respeito.

Discutindo questões correlatas a humanização é importante que o psicólogo tenha parâmetros e uma discussão pertinente sobre dor e sofrimento, visto que a sociedade contemporânea a dor é algo tido como ruim e incomodo, tudo é feito pensando sua extinção. Diante tais formulações é relevante que os conceitos de sofrimento e dor estejam no olhar do psicólogo, a fim de auxiliar na humanização do atendimento.

Assim, temos em Pessini, (2002, p. 59) que “o sofrimento ocorre quando existe a possibilidade de uma destruição iminente da pessoa, continua até que a ameaça de desintegração passa ou até que a integridade da pessoa é restaurada novamente de outra maneira”. Configurando-se como uma grande descarga psíquica para os pacientes hospitalizados e familiares, principalmente quando há um risco eminente de morte, cabe então, ao psicólogo está atento ao processo e discutir tal temática, no sentido de amparar e auxiliar a família e o paciente.

No que tange ao trabalho dos profissionais de saúde em relação a dor, Pessini (2002), salienta que

[...] grande parte dos profissionais de saúde não sabem o que significa “dor” quando falam nela. A dor tem duas características importantes: a primeira é que estamos diante de um fenômeno dual: de um lado, a percepção da sensação; de outro, a resposta emocional do paciente a ela. A segunda característica é que a dor pode ser sentida como aguda, e portanto passageira, ou crônica, e conseqüentemente persistente. (p.59)

Devemos ter em mente que, tais conceitos embora pareçam próximos e até por vezes sinônimos, não devem ser confundidos visto que, muitas vezes nem sempre quem está sentindo

dor, estará de fato sofrendo, compreendemos o sofrimento aqui como uma construção subjetiva, ou seja, está relacionada aos valores e conceitos que o indivíduo traz consigo.

Um dos principais perigos em negligenciar a distinção entre dor e sofrimento no contexto clínico é a tendência dos tratamentos se concentrarem somente nos sintomas físicos, como se apenas fossem a única fonte de angústias para o paciente. Isto resulta, freqüentemente, na situação de pacientes que estão fisicamente mais confortáveis por causa da terapia da dor, mas cujo sofrimento continua presente. (Pessini, 2002, p. 59)

Assim, é importante ressaltar que os cuidados devem ser redobrados aos pacientes com deficiência na comunicação, sendo necessário uma comunicação por meio de gestos, expressões faciais e um contato físico respeitoso. A presença do familiar nos casos mais críticos é muito importante para diminuir a ansiedade, insegurança e desconforto do paciente, auxiliando também os profissionais a não negar o núcleo em qual vive o enfermo, pois, algumas vezes o contato com o paciente é um ato sem reflexão.

Desse modo, as autoras Inabal, Paes e Telles (2005) evidenciam que a

Comunicação adequada para os familiares é conversar e receber informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber; é entender o que o outro quer transmitir e sentir-se bem atendido, tratado também com carinho e paciência. É aquela em que há informações claras e objetivas; há explicações sobre o estado do paciente e sobre os equipamentos, sondas, catéteres e drenos nele existentes. Existe a necessidade das famílias de se comunicar com a equipe de Enfermagem durante os horários de visita, receber orientações e esclarecer dúvidas, assim como, ter satisfeita sua necessidade de conforto, receber palavras carinhosas e atenção. (INABAL, PAES e TELLES, 2005, p. 428).

Um outro fator que perpassam o cotidiano hospitalar, é o processo de morrer, recorremos a Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004), para nos auxiliar neste caminho. Ela nasceu na Suíça, teve reconhecimento mundial por meio de seu trabalho com pacientes portadores de doenças graves. Seu prestígio ocorreu em 1969 ao publicar o livro *On Death and Dying* (Sobre a Morte e o Morrer). Formada em medicina, especializou-se em psiquiatria. Nesta obra descreveu as fases do luto, que os pacientes apresentavam ao serem diagnosticados com doença terminal. Onde tal luto jamais ocorre de maneira igual, mas é experienciado de modo particular. Kübler-Ross é uma das autoras mais referidas sobre a terminalidade da vida, do luto e do morrer.

A primeira fase do luto, de acordo com o “Método Kübler-Ross” é a negação. Onde sua primeira reação ao saber da morte, é dizer “não”, negando o fato. A segunda fase é a raiva,

podendo ser voltada para qualquer coisa ou pessoa que o sujeito enlutado queira. A terceira fase é a barganha, onde o sujeito tenta persuadir Deus, ou uma força superior, prometendo mudanças em troca da cura. A quarta fase é a depressão. Porém não de modo patológico, ou seja, sem necessidade da intervenção de medicamentos. A quinta e uma última fase é aceitação. O enlutado admite essa realidade, compreende a falta, e encara os novos sentidos da perda. (Kübler-Ross e Kessler 2005)

Seu legado foi além da descrição dos cinco estágios/fases do luto, em seus estudos de caso, elucida situações relacionais entre a equipe, os pacientes, seus familiares e entre os próprios profissionais. Nessa obra, Kubler-Ross elabora temas fundamentais como a interdisciplinaridade, os aspectos que abrangem a difusão de notícias difíceis, a consideração à autonomia dos pacientes e o valor da família em coparticipação para a edificação de terapêuticas singulares, entre outros.

Desenvolvimento

Narrativa do Filme “Para Sempre Alice” (2014) e do documentário “Profissão Repórter – Tratamento de Câncer no SUS” (2016)

Documentário: Profissão Repórter – Tratamento de Câncer no SUS.

O documentário faz parte do jornalismo da rede Globo, chamado Profissão Repórter, o programa busca retratar a rotina do profissional correspondente em situações cotidianas da população brasileira, bem como tratar de modo crítico questões políticas e sociais.

Neste episódio específico, que foi exibido dia 02/11/2016 o tema tratado era saúde pública e seus dilemas, o eixo temático dessa proposta era acompanhar o tratamento de câncer no Sistema Único de Saúde. A reportagem retrata histórias de quem depende desse recurso e na maioria dos casos não consegue o tratamento contra o câncer. Realidade que elucida o descaso no tratamento contra a doença, sendo este um tema de crítica e denúncia.

Dentre as situações evidenciadas estão a quantidade exacerbada de pacientes ainda na fila de espera, sem previsão de tratamento ou alta, onde na maior parte dos casos a morte chega antes de sua vaga no leito. Existindo também casos em que, o tratamento é iniciado, mas acaba sendo interrompido por falta de medicamento e recursos no hospital, levando-os a falecer em casa. Alguns casos são orientados a recorrer ao Ministério Público para que tenham um mandato

judicial exigindo o atendimento e assim por meio dessa interferência jurídica o paciente tem a possibilidade de ser priorizado. O que infelizmente resolve paliativamente seu caso, mas prejudica os demais pacientes que encontram-se a espera.

Além dos transtornos sofridos pelo paciente, a reportagem ressalta também a angústia daqueles que acompanham e testemunham seus entes queridos definharem-se à espera da dignidade e compromisso ético-político que as políticas públicas deveriam promover e resguardar. Enquanto justificativa para falta de verba o Governo, Estado e Município, culpabilizam um ao outro, isentando-se de suas responsabilidades e deveres com a sociedade. Neste prazo, o sujeito é quem arca com as falhas do sistema por meio do oneroso e inadequado processo de atendimento público.

Portanto, é válido reafirmar que o SUS está entre os melhores modelos de proposta de saúde pública, entretanto tal classificação não se sustenta perante a realidade, visto que, não se concretiza fora do papel, reduzindo-se apenas a um amontoado de palavras esvaziadas de sentido.

Breve resumo do filme “Para Sempre Alice”

Criação de Richard Glatzer e Wash Westmoreland, a longa metragem “Para Sempre Alice” foi lançada em 2014. O filme aborda de forma clara e detalhada a triste realidade, bem como as profundas mudanças que o indivíduo e a família sofrem diante do diagnóstico de Alzheimer.

Alice é a personagem principal do filme e foi diagnosticada com Alzheimer precoce. Professora universitária renomada na área de linguística e autora de um dos livros mais influentes no campo, a personagem é casada com John, com quem tem três filhos, sendo eles: Anna, Tom e Lydia.

O filme inicia com um jantar em família em comemoração ao aniversário de Alice. Jovem, feliz e elegante a personagem está acompanhada do esposo, a filha mais velha Anna, seu marido e o filho do meio, Tom. Logo no início percebe-se que existe certa tensão na relação entre as duas irmãs. Lydia, a filha mais nova não se encontra presente na cena, pois mora em outra cidade e sua ausência discutida por todos, realçando o que mais tarde será discutido acerca do desconforto dos membros da família, diante da escolha de Lydia em não cursar uma

faculdade assim como os pais e irmãos fizeram. A filha mais nova optou por seguir carreira no teatro, não tendo nenhuma espécie de “plano B” em mente, como a mãe relatou.

Após esta cena o longa nos traz outro episódio de significativa relevância, pois se trata do primeiro e mínimo sintoma da doença que acomete Alice. Enquanto a personagem ministra uma palestra, ocorre um lapso de memória e a mesma se perde no meio da apresentação, retomando sua fala logo em seguida. Posteriormente a este ocorrido, outra cena impactante e significativa ocorre quando a personagem está fazendo uma caminhada no campus da universidade onde trabalha e, de repente se perde, não conseguindo identificar o caminho de volta.

Neste momento, Alice resolve consultar-se com um neurologista para fazer alguns exames e logo após uma série de consultas médicas e resultados de exames, chega-se então ao diagnóstico de Alzheimer precoce e genético. Logicamente a notícia é recebida por Alice com muita tristeza o que promove dificuldade ao relatar o laudo à família.

A notícia é recebida com muita dúvida primeiramente por John, que precisou consultar o médico de Alice para começar a ter clareza do que a acometia. Logo após a notícia é revelada aos filhos, que a recebem com grande espanto e tristeza. Junto à notícia da doença da mãe, os filhos recebem também a informação que por se tratar de uma doença genética, os filhos teriam 50% de chances de terem os genes e 100% de que, caso tivessem, a doença se desenvolvesse. Os filhos então são submetidos aos exames, exceto Lydia que se recusa a fazê-los. Anna é diagnosticada com o gene e muito abalada com a notícia resolve adiantar os planos de concretizar o sonho de ser mãe.

Após este momento de esclarecimento da doença, o filme se desenrola de forma intensa e realista em torno do drama experimentado pela doença. Alice começa a se esquecer de palavras, nomes e tudo isto reverbera de forma significativa no seu trabalho. Logo mais, ela é obrigada a se afastar do serviço, abandonando as salas de aula e assim estando entregue a um sentimento de impotência e tristeza intensa.

Alice vivencia grande dificuldade em lidar com os efeitos da doença. Embora muito resistente, criando meios como jogos e bilhetes espalhados pela casa para se lembrar de nomes, lugares e situações, ela se vê cada vez mais submetida aos trágicos efeitos da doença, o que causa-lhe profunda revolta e angústia por se sentir incapaz. Em determinado momento, ela afirma que preferiria ter um câncer ao ter Alzheimer, visto que, este vem retirando dela aos

poucos, tudo aquilo que ela lutou tanto para conquistar e, embora ainda esteja ali, é como se já não estivesse em vários momentos.

Nesta fase, observa-se de forma clara o apoio que a personagem recebe da família, que se encontra sempre presente e preocupada. Visando melhor tranquilidade para Alice, a família resolve passar uma temporada em uma casa de praia. A ideia reverbera positivamente, mesmo não limitando logicamente todo enfrentamento cada vez mais intenso que é travado com os lapsos de Alice. Em uma cena de grande impacto, Alice está em casa com o marido e acaba por se esquecer como chegar ao banheiro, o que faz com que ela faça suas necessidades fisiológicas na própria roupa.

Outra cena digna de nota ocorre quando Alice está sozinha em casa e, vasculhando seus arquivos no computador, encontra um vídeo que ela havia feito para ela mesma, assim que foi diagnosticada com a doença. O vídeo tratava de uma tentativa de suicídio, o que não foi concluído porque sua cuidadora chegou a casa e frustrou seus planos.

Tentando relembrar seus tempos de atividades de trabalho, Alice é convidada para ministrar uma palestra em uma associação de portadores de Alzheimer e estudiosos da área. Alice faz uma apresentação emocionante, levando seus familiares e demais convidados às lágrimas.

A relação com John vai percorrendo caminhos estreitos, o que fica evidente quando ele aceita um emprego que inviabiliza contato diário com a mulher. Concomitante com o distanciamento do pai, Lydia resolve voltar para a casa dos pais para ficar mais próxima da mãe. A relação entre mãe e filha se intensifica e Lydia encontra-se como um grande apoio para a mãe. Em meio a intensos acontecimentos, como o momento em que Alice se esquece que Lydia era sua filha, a vida da personagem vai sendo adaptada e seguida conforme ela consegue, sempre lutando para não perder suas memórias.

Caminhando para o final da trama, Anna finalmente fica grávida e dá à luz a gêmeos, o que deixa a família feliz e ainda mais unida. O filme termina em uma cena reflexiva onde Lydia está lendo um poema para a mãe sobre amor. A mãe apresenta profunda dificuldade para pronunciar palavras e seu olhar intenso tornou a cena emocionante. Lydia se mostra mais uma vez paciente, preocupada e atenciosa para com a mãe, procurando na medida do possível mantê-la sempre Alice.

ANÁLISE

Tendo como referencial teórico os textos acima discutidos, as discussões teóricas realizadas em sala de aula e nossas vivências práticas e pessoais no campo da psicologia hospitalar, objetivamos aqui analisar e relacionar apontamentos pertinentes entre as mídias audiovisuais e a esfera teórica da psicologia hospitalar.

Em um primeiro momento, algo que nos chama a atenção é a falta de Políticas Públicas e carência de planos de Estado e governo que garantam a presença do Psicólogo Hospitalar no contexto de saúde pública. O documentário evidencia diversas atrocidades que os usuários do SUS enfrentam diariamente em busca de um tratamento de saúde, assim o psicólogo inserido nessa problemática tem como objetivo trabalhar no sentido de amenizar o sofrimento, entendendo este visto o já apontado, como algo de carácter psíquico.

O psicólogo no cenário hospitalar tem por intuito proporcionar uma humanização no atendimento, favorecendo a promoção de saúde emocional e psíquica. Bem como, trabalhar e desenvolver questões que perpassam a realidade hospitalar. Dentre suas intervenções está o auxílio em equipe multiprofissional, observando os casos por outro viés, que visa abandonar a perspectiva reducionista e biológica e compreende o sofrimento que acomete o paciente, que são problemas de outros campos para além dessa esfera fisiológica.

O processo de internação retira o paciente do seio familiar, de suas ações e relações cotidianas, e o mantém em um ambiente asséptico que por vezes se configura como abusivo e invasivo. Nesse sentido, o profissional psicólogo deve compreender o paciente internado com bases em suas vivências familiares e cotidianas. Assim, como discutido em sala, Lustosa (2007) também nos apresenta que cada instituição familiar possui uma cultura com forma estruturada de se organizar e de distribuir papéis e funções a seus respectivos participantes.

Destarte, em situação de adoecimento, este núcleo se vê acometido por uma desconfiguração inesperada em seu arranjo, além de enfrentarem circunstâncias que remetem ao profundo sofrimento interno, situações de estresse e aumento da ansiedade que muitas vezes são agravados devido ao enfrentamento de questões como falta de informações a respeito do real estado de saúde do doente, dentro da instituição hospitalar.

Enquanto ao afetado pelo processo do adoecer, inevitavelmente vivencia uma desordem em sua subjetividade que tende a gerar uma crise acidental no humano. Toda esta situação de crise e encontro com o desconhecido que o processo de adoecimento provoca, acomete não

apenas o paciente, mas toda a rotina e planos da instituição familiar de modo geral, causando muitas vezes rupturas inesperadas e indesejáveis.

Como nos apresenta Lustosa (2007) “A doença, além de uma crise, determina a interrupção do previsto, a desordem do costumeiro, a urgência do enfrentamento do duvidoso, do temível, do desconhecido.” (p.4)

A crise experienciada na doença pode ser dividida em dois momentos, sendo um primeiro marcado por recorrência de fatores que se caracterizam como naturais, que ocorrem desde o nascimento até a velhice. Um segundo momento pode ser caracterizado como de ordem acidental, marcada por fatores inesperados que perpassam a vida do indivíduo causando mudanças repentinas e inesperadas no curso vital, como é o caso da personagem Alice, do filme.

Neste sentido, compreende-se a necessidade e importância de um profissional psicólogo hospitalar como auxílio neste momento de dor e sofrimento tanto para o paciente, como também para a família.

[...] a presença do Psicólogo Hospitalar se torna fundamental, e pode funcionar como o diferencial deste momento existencial familiar. Este profissional traz, com sua compreensão teórica e habilidade técnica, a possibilidade de auxílio na reorganização egóica do todo familiar, frente ao sofrimento atual. Facilita a elaboração de fantasias, medos e angústias próprios de um momento como este. Pode dar suporte ao enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do paciente. (LUSTOSA, 2007. p. 6)

A comunicação é um aspecto fundamental para o atendimento no ambiente hospitalar, pois é uma forma de cuidado que não se limita apenas à um procedimento e intervenção técnica, mas que envolve afeto, compreensão e respeito. Os pacientes críticos, terminais e seus familiares são os que mais demandam uma boa comunicação, seja ela verbal ou não-verbal, o que percebemos que não acontece, como foi evidenciado em um caso no documentário do profissão repórter, onde a comunicação entre a equipe de saúde e a família foi ineficaz, e o paciente voltou para casa, já estava em estado terminal, e morreu.

É muito comum que os pacientes se queixam sobre o distanciamento entre eles e os profissionais, o cuidado agressivo, o desrespeito, a falta de atenção individualizada e principalmente a ausência de comunicação, pois, é corriqueiro que o paciente ou seu familiar não estão cientes das informações prescritas em seu prontuário ou mesmo da sua condição clínica. É neste papel de mediador entre o paciente e a equipe hospitalar que o psicólogo também desempenha tarefas primordiais na elaboração e colaboração das informações dadas pelo hospital para a família.

Sendo assim, temos como exemplo o longa metragem “Para Sempre Alice”, que retrata com detalhes a particularidade de todos os papéis envolvidos neste contexto do adoecimento do corpo e degeneração da memória de Alice. Tal degradação causam prejuízos para a família como um todo, pois estes sofrem também uma reconfiguração para adaptar suas rotinas a nova necessidade. Ou seja, a importância da atuação médica e familiar como um todo, atuou no intuito de promover o bem-estar emocional e físico da paciente, intervenções essas que são as mais adequadas.

Outro fator significativo é a perda da própria identidade pela qual o indivíduo passa quando se encontra acometido pelo processo de adoecer. O caso de Alice particularmente promove nossa reflexão a respeito do Alzheimer, patologia essa que agride intensamente a função cognitiva da memória, capacidade que invariavelmente mantém profunda ligação com o campo afetivo, tendo portanto um caráter angustiante pois aos poucos deforma e furta valiosas lembranças carregadas de afeto. Tal esvaziamento retira o significado do espaço que o doente ocupa, deixando-o a margem desse cenário que não lhe trás sentidos.

Tomando como exemplo seu campo profissional, Alice passa por etapas que deixam claro como sua atuação na academia foi fundamental para sua construção como ser-social produtivo, enquanto que, após seu adoecimento o mesmo espaço que ocupava é meramente substituído por outra pessoa, visto que ela não se encontrava mais adequada para o cargo.

Numa sociedade onde a pessoa é espoliada e explorada mercantilmente, a perda da capacidade produtiva fará com que o “desamparo social” seja sentido com mais intensidade. A falta de perspectiva existencial torna-se o primeiro indício de desespero frente a situações onde a perda da capacidade funcional torna-se eminente. O total abandono a que se encontram entregues os inválidos de maneira geral levam o paciente terminal a desesperar-se frente à realidade que se lhe apresenta. (ANGERAMI-CAMON 1994. p.100-101)

Tal imaginário neoliberal elucida a condição excludente a qual o sistema gera quando o sujeito não corresponde às demandas de modo adequado. A angústia vivenciada por Alice representa a de tantos outros que sofrem esse processo de abandono. Vistos somente como portadores de uma doença, essas pessoas perdem suas características individuais e são impelidos a não criar perspectivas futuras de uma “vida normal”.

O filme tem a delicadeza de retratar como é possível mesmo diante do processo de adoecer, resguardar o lugar dessa pessoa no núcleo familiar e emocional, enxergando não somente a doença, mas percebendo-o como um ser que está atravessado pelo processo

adoecedor e que apesar disso, continua sendo e representando uma identidade própria e preciosa.

Outros papéis que foram reconfigurados durante esse processo, foram o de esposa e mãe, Alice que antes era responsável por cuidar e manter os laços familiares durante vários anos, torna-se agora carente de cuidados e presença. Ela continua sendo fonte de afeto, entretanto, o faz de outro lugar.

O filme demarca as etapas do Alzheimer por meio da perda de características e capacidades cognitivas e motoras, Alice chega ao ápice da doença quando deixa de se comunicar, renomada por trabalhar com linguística há anos, ela é acometida pela infeliz contradição de não conseguir se expressar como deseja.

Na relação terapêutica com o paciente terminal, o contato e a dimensão do expressionismo corporal existem inclusive não apenas como opção de atuação, mas também como alternativa frente ao definhamento corpóreo progressivo do paciente, que muitas vezes, inclusive, o impede de manifestar-se verbalmente. Dessa maneira, vamos encontrar alguns pacientes que, em certos momentos, devido ao definhamento corpóreo em que se encontram, além da dor e do torpor provocado pelo tratamento medicamentoso a que são submetidos, não conseguem expressar-se de outra forma que não através do afagar de mãos, ou então da comunicação estabelecida através do olhar. O olhar angustiado e suplicante de um paciente terminal possui a imensidão da dor e do desespero presente no existir humano. (ANGERAMI-CAMON 1994. p.107)

Diante ao definhamento das características que constituem seu eu, Alice vai aos poucos perdendo-se de si mesma, ao vivenciar o processo de afogar-se em uma outra condição destituída de si. Ao perder a possibilidade da fala, instrumento por ela tão prezado, o qual baseou sua própria carreira profissional e vida, ela tenta submergir deste caótico estado através do contato e do lugar que ocupava no seio familiar por meio do olhar, que a mantinha em um elo humano, refugiando-a ainda como Alice.

O existir humano é único e finito, e como tal deve ser vivenciado e sentido. A dimensão do infinito e do irreal tornam-se muitas vezes inatingível frente aos aspectos absurdamente reais trazidos pelo sofrimento do definhamento corpóreo. (ANGERAMI-CAMON. 1994. p.109-110)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tal ensaio desvelou questões intrigantes e complexas, nos possibilitou uma maior compreensão e entendimento da prática do psicólogo hospitalar frente ao contexto saúde e doença. O filme e o documentário abrem margem pra diversas interpretações, nosso objetivo não era que este fosse um fim em si mesmo, mas sim, um ponto de partida que nos impulsionasse a compreender este campo tão amplo, diverso, rico e desafiador.

Conseguimos enxergar com maior clareza qual seria o papel ético e uma postura profissional condizente com os valores que acreditamos frente a outro humano, ressaltamos aqui mais uma vez a necessidade e urgência a implementação e políticas públicas que configurem um atendimento humanizado e digno no sistema de saúde pública.

Com toda discussão realizada até o presente momento, acreditamos que cumprimos o objetivo proposto pela disciplina que eram: Desenvolver habilidades teórico-práticas da atuação do profissional de Psicologia no âmbito hospitalar, na relação com pacientes, famílias e equipe multiprofissional de saúde. E para além disso, consideramos que cumprimos com o compromisso ético, ainda enquanto graduandos, nos sentido que essa discussão é um ponto propulsor para discussões e teorizações que tenham como foco a humanização do paciente e sobre tudo a humanização do atendimento, salientamos assim, a importância do psicólogo em tal contexto.

REFERÊNCIAS

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidade de inserção profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.24, n.3, Brasília, 2004.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**. Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2017.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. MARINHO, M. L.; CABALLO, V. E (orgs.). **Psicologia clínica e da saúde**. Editora UEL, APICSA, 2001.

KELLENHEAR, A. **Uma história social do morrer**. 1ed., São Paulo, Editora Unesp, 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 7ed. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

MENDES, J. A.; LUSTOSA, M. A.; ANDRADE, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. **Revista da SBPH**, v.12, n.1, Rio de Janeiro, 2009.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v.10, n.2, CFM, 2002.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.20, suppl.1, São Paulo, 2005.

TONETTO, A. M.; GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, v.24, n.1, Campinas, 2007.