

O Psicólogo no hospital e o paciente soropositivo: breve recorte do estágio profissional em um Hospital Geral no Oeste da Bahia

*Psychologist and seropositive patient in hospital: brief
cutout traineeship in a General Hospital in Western Bahia*

Ariana Sassi*
Samantha Gadêlha**

Resumo

Para atender às novas exigências, principalmente no que diz respeito à atuação recente do psicólogo no hospital, foi preciso que inicialmente se compreendesse o novo conceito que se tem de saúde e como esse conceito influencia a inserção no contexto hospitalar. A figura do psicólogo tornou-se importante dentro do ambiente hospitalar, desde que o conceito de saúde foi reformulado, e passou a ser visto numa perspectiva mais abrangente, incluindo também o bem-estar físico e mental. Diante do exposto, este artigo tem o objetivo de refletir sobre o ambiente hospitalar como espaço de atuação também dos psicólogos e, sobretudo, acerca do manejo clínico com pacientes soropositivos. É comum que estes pacientes neguem seu diagnóstico; assim, o psicólogo deve observar que há razões para que se utilize desta defesa e possa intervir de modo satisfatório,

* Psicóloga, graduada pela Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP), especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas de São Paulo (FM-USP), docente do curso de Psicologia da Faculdade São Francisco de Barreiras (FASB) e coordenadora de estágios. Artigo elaborado a partir da experiência em estágio de Psicologia Hospitalar. E-mail: ariana@fasb.edu.br

** Graduanda do 9º semestre de Psicologia pela Faculdade São Francisco de Barreiras (FASB), estagiária responsável da Clínica médica do Hospital do Oeste (H.O), realizou estágio na área de atenção básica no PSF- Posto de Saúde Herculano Farias, na cidade de Barreiras, na Bahia. Artigo elaborado a partir da experiência em estágio de Psicologia Hospitalar. E-mail: samanthagadelha@hotmail.com

tanto para benefício do paciente quanto da equipe. Este artigo se desenvolveu a partir de breves recortes da experiência de estágio profissional em psicologia da saúde em um Hospital Geral no Oeste da Bahia.

Palavras-chave: *psicólogo, hospital, estágio, paciente soropositivo.*

Abstract

To meet the new requirements, especially regarding the recent performance of the psychologist in the hospital it was initially necessary to understand the new concept of health and how this concept influences to his insertion in the hospital. The figure of the psychologist became important in the hospital environment, since the concept of health has been redesigned and is now seen in a broader perspective including also the mental and physical well being. Given the above, this article aims to reflect on the hospital as a performance space also for psychologists, and especially about the clinical management seropositive patients. It is common for these patients to deny their diagnosis so the psychologist should observe that there are reasons for them to use this defense and can intervene in a satisfactory manner, so as to benefit the patient himself and the team. This article was developed from brief excerpts from professional internship experience in health psychology in a General Hospital in Western Bahia.

Keywords: *psychologist, hospital, internship, seropositive patient.*

INTRODUÇÃO

A psicologia no hospital primeiramente deve ser compreendida dentro do contexto amplo da psicologia da saúde. Esta também contempla outros espaços como: centro de saúde ou programas que dão maior enfoque à saúde coletiva, posto de saúde da família, centro de apoio psicossocial, dentre outros órgãos. É, então, relevante notar que, de acordo com Baptista e Dias (2003, p. 1), a psicologia da saúde engloba tanto a saúde física quanto a saúde mental, podendo se estender do Hospital Geral ao Hospital Psiquiátrico.

Considerando tais evidências como novos dimensionamentos de campos de atuação do psicólogo, apesar da tradicionalidade da clínica, percebe-se que essas novas aberturas são ocasionadas a partir das necessidades que surgem e em decorrência das mudanças sociais que vão exigindo do profissional uma nova adaptação. Com isso, Angerami-Camon (2006,

p. 9) vem a contribuir quando afirma que “a verdade é que, ao caminhar em direção a outras formas de atendimento, muitos conceitos teóricos tiveram que ser revistos, ampliados e até modificados para atender a essas novas exigências”.

Contudo, para atender novas exigências, principalmente no que diz respeito à atuação recente do psicólogo no hospital, foi preciso que inicialmente se compreendesse o conceito que se tem de saúde e como esse conceito influenciava para sua inserção no contexto hospitalar.

Em consonância com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde deixa de ser a ausência de doença, passando a ser definida como o bem-estar físico, mental e social, isto é: o bem-estar biopsicossocial (Ministério da Saúde/DataSUS, 1996), dessa forma abrangendo não somente médicos e enfermeiros como principais agentes contribuintes em relação à recuperação do indivíduo/paciente, mas também a inserção, na equipe médica, de novos profissionais da área, incluindo-se assim o psicólogo.

De acordo com Angerami-Camon (2006, p. 8), “há de se considerar a pessoa inserida no contexto social”, e com isso faz-se necessário criar novas teorias, ao passo que o homem começa a ser visto como “um ser histórico, temporal e que traz em seu corpo sinais de seu tempo e sua sociedade”.

Diante do exposto, este artigo tem o objetivo de refletir sobre o ambiente hospitalar como espaço de atuação também dos psicólogos e, sobretudo, acerca do manejo clínico de pacientes soropositivos a partir de breves recortes da experiência de estágio profissional em psicologia da saúde em um Hospital Geral do Oeste da Bahia.

O AMBIENTE HOSPITALAR – AMBIENTE DO MÉDICO?

É sabido que o hospital, como local de recuperação da saúde, historicamente foi associado à pessoa do profissional médico, como detentor do espaço, das decisões e do “corpo” do paciente. A ampliação do conceito de saúde possibilitou a inserção de outros profissionais neste ambiente; entretanto, a figura do médico perpetua-se como figura de autoridade e saber pleno.

Segundo Foucault (2004), no início da organização hospitalar o médico passa a ser o principal responsável pelo hospital a partir do momento em que este é concebido como um instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se instrumento terapêutico.

De acordo com Campos (1995), segundo os moldes atuais geridos pelo Ministério da Saúde, este definiu o hospital como parte integrante de uma organização médica e social, em que a função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, até mesmo o domiciliar.

Sob essa ótica, reafirma-se ou cristaliza-se na cultura o que historicamente foi construído. O médico continua sendo detentor do saber e no imaginário do paciente assim o é verdadeiramente. A relação paciente/médico ocorre na dimensão do real, como afirma Simonetti (2004), pois o paciente, ao se queixar de dor, busca no médico sua “poção mágica”, o remédio (ação química que age no organismo) e o alivia. Sobre isso, nada sabe o paciente, ao contrário do médico que possui o conhecimento farmacológico e, portanto, a potência (poder) sobre o paciente.

A recusa do paciente ou sua dificuldade em receber tal tratamento medicamentoso provoca, em muitos médicos, um sentimento de estarem sendo desqualificados ou desrespeitados. O médico pode então “agir com maturidade, entendendo o que se passa com o paciente ou então agir com irritação e rejeição em relação ao paciente.” (Simonetti, 2004, p. 193).

São nessas ocasiões de recusa que, muitas vezes, o psicólogo hospitalar é chamado a intervir!

AMBIENTE HOSPITALAR – AMBIENTE TAMBÉM DE PSICÓLOGOS?

A figura do psicólogo tornou-se importante dentro do ambiente hospitalar, desde que o conceito de saúde foi reformulado; ele passou a ser visto numa perspectiva mais abrangente, incluindo também o bem estar físico e mental.

Percebeu-se que, para a promoção da saúde, era necessário equilibrar tanto o aspecto físico, biológico, quanto o psíquico, visto que o paciente hospitalar é um ser que está vulnerável, pois se encontra num momento de restrições físicas, e muitos criam uma imagem negativa e debilitada de si próprio.

Quando se trata de órgãos públicos, o paciente, muitas vezes, é privado da companhia de seus familiares, o que também pode ser um fator favorável ao sentimento de solidão. Esses fatos influenciam diretamente a sua estrutura psíquica.

Campos (1995) observa que, quando se busca um atendimento hospitalar, todo o contexto da vida do paciente o acompanha, e toda a sua vida é mudada, sofrendo, assim, processos adaptativos. Com isso, é necessário que haja uma interação propícia com a equipe que o atende, onde esta possa considerar esses fatores e agir de maneira que contribua significativamente para a reabilitação do paciente.

Dentro dessa equipe, o olhar do psicólogo é fundamental, pois o indivíduo tem sua rotina comprometida ao adoecer. A dor fisiológica compromete o psíquico do indivíduo e até o de seus familiares. Campos (1995, p. 42) afirma que “a doença física é acompanhada de uma manifestação na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente, quer na família”.

Diante disso, o psicólogo inserido no hospital contribui com sua atuação para a minimização de uma dor que, mesmo que se manifeste visivelmente em nível biológico, é influenciada ou intensificada pela interação dos níveis psíquicos e sociais nos quais o sujeito está inserido.

Recordando-se a situação de uma recusa do paciente ao remédio e sendo este um evento no qual o psicólogo comumente é solicitado a intervir, Simonetti (2004) aponta que a conversa, ou seja, a fala, recurso próprio do psicólogo, insere-se de maneira imprescindível e eficaz, pois age na dimensão do Imaginário/simbólico do paciente, campo este não acessado pelos médicos.

Contudo, ainda é percebida a relação hierarquizada dos saberes e situações em que alguns psicólogos sentem-se menosprezados ou destituídos de importância como se a atuação em campo Simbólico, isto é, por meio da dimensão da linguagem/fala, fosse algo insignificante.

Se levada em consideração a relação farmacológica apenas como única ação eficaz para o tratamento e recuperação do paciente, muito provavelmente o psicólogo não terá ou não se perceberá como agente necessário numa equipe hospitalar. O reconhecimento de que a “palavra também é um remédio” deve ser ostentado em sua prática e valorizado como um recurso técnico posto à disposição do paciente para seu benefício, não somente focado no psíquico, mas que ressoa em seu completo bem-estar (Simonetti, 2004).

A PRÁTICA – ESTÁGIO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

A experiência do estágio profissional em psicologia da saúde em um Hospital Geral, no Oeste da Bahia, ocorreu por meio da inserção dos estagiários nas diversas clínicas do hospital. O presente recorte e análise de casos aqui explanados ocorreram especificamente na clínica médica, local este caracterizado pela variabilidade de casos clínicos, ou seja, é nesta clínica que pacientes das mais variadas patologias ficam internados, sejam eles admitidos diretamente à clínica ou encaminhados da clínica cirúrgica para acompanhamento em seu processo de recuperação.

Durante o período do estágio, ocorreu com bastante frequência a internação de pacientes soropositivos. A infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é uma doença transmissível produzida por um retrovírus que afeta diretamente o sistema imunológico, produzindo sua destruição (Baptista e Dias, 2003).

Esclarecendo, Cavallari, citado por, Angerami-Camon explica que:

Estar contaminado pelo HIV não significa estar com a síndrome. O portador do vírus pode permanecer assintomático, sem que haja alterações em seu estado de saúde. A contaminação pelo HIV, porém, é considerada até o presente momento, irreversível (2001, p. 188).

De forma geral, a AIDS e a infecção pelo HIV são problemas de Saúde Pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2000, em nível mundial, foram identificados cerca de 13 a 18 milhões de casos de AIDS e 30 a 40 milhões de soropositivos (Baptista e Dias, 2003).

O paciente hospitalizado, ao receber o diagnóstico soropositivo, sente-se marginalizado e estigmatizado por sua condição. Em decorrência disso, é percebido que “a intimidade do sujeito é devassada” ou “desnuda, trazendo como consequência, frequentemente, a marginalização social” (Baptista & Dias, 2003, p. 76).

Dos pacientes atendidos pela estagiária percebeu-se que, inicialmente, eles eram admitidos no hospital com queixas de muita tosse, dores no peito, ou com diagnóstico de tuberculose. Somente durante o período de internação é que a maioria descobria que tinha o vírus. A notícia ocorria sempre na presença da psicóloga do Hospital que, normalmente, era contatada pela equipe médica a fazer-se presente neste momento.

As reações emocionais, diante do recebimento do diagnóstico, vão desde a revolta, desespero, culpa, medo de discriminação e rejeição até aceitação. Um paciente, aqui nomeado pela inicial “A”, verbalizava sua indignação, revolta, mas, sobretudo, seu sofrimento quanto ao diagnóstico de tal modo que para ele era difícil falar sobre o assunto e nomear a doença, expressando-se: “Aí os médicos fizeram uns exames aí e pronto”, “todos já sabem, o médico, as enfermeiras, a psicóloga”, “fica me enchendo ter que repetir isso”. Além de ser uma reação comum diante de um diagnóstico como este, percebe-se o que foi dito anteriormente acerca da sensação de intimidade devassada.

Entretanto, não se pode afirmar um padrão de reações psicológicas ou emocionais em todos os pacientes, visto que deve ser levada em consideração a individualidade de cada sujeito, a qual inclui “sua história de vida, o seu apoio social e familiar, sua estrutura psicológica, a sua qualidade de vida no momento, entre outros inúmeros fatores” (Baptista & Dias, 2003, p. 76).

Sobre isso, tem-se como exemplo o paciente “V” que após o recebimento da notícia relatou que: “Foi tranquilo. Eu já suspeitava, desconfiava, aí só foi pra confirmar mesmo. Eu não me preocupo não. O médico já me explicou, me disse que eu tava com o vírus do HIV. Que hoje já existe vários

tratamentos, remédios. Disse que seria pior se eu tivesse com AIDS.”, “Tô bem tranquilo!” Este paciente foi acompanhado outras vezes, e verificou-se que seu comportamento se mostrava consoante a seu discurso.

Outros pacientes também foram atendidos após o recebimento do diagnóstico e também mostravam-se tranquilos quanto a isso; entretanto, quando se tratava do tratamento medicamentoso e cuidados permanentes, demonstravam suas resistências ou negações por meio de fantasias acerca do HIV. Uma paciente, aqui denominada “Z”, num primeiro atendimento psicológico, relatava: “Tive uns amigos que foram num pastor que curou eles. Nunca mais precisaram tomar nenhum remédio, ficaram livres dessa doença”, “Quero juntar dinheiro para ir nessa cidade desse pastor”.

Considerando a atuação do psicólogo em campo simbólico/imaginário do paciente, tem-se que são comuns fantasias referentes à sua atual condição de vida, sejam elas relacionadas a situações catastróficas das quais consideram a morte como algo certo, ou situações em que a negação ao diagnóstico tenta prevalecer por muitos dias, mesmo diante de vários exames feitos e repetidos.

Simonetti (2004) afirma que a negação é uma defesa psicológica e, como defesa imbuída de razão, deve ser analisada de acordo com as razões eo ponto de vista do psiquismo do paciente. Quanto a isso, percebeu-se, ainda no paciente “A”, o quão visível foi esse estágio de negação para si mesmo, inicialmente. A equipe médica teve de refazer o exame três vezes, por solicitação do paciente, que se mostrava incrédulo com o resultado.

É certo que é a norma realizar o exame três vezes; contudo, já no segundo, é possível garantir a certeza do diagnóstico. Entretanto, para esse paciente, era preciso que se fizesse pela terceira vez, pois, no seu imaginário, poderia haver um erro, ou até mesmo a possibilidade de que, devido à sua melhora diante das tosses, ele pudesse ter um resultado diferente dos realizados anteriormente.

É comum, portanto, que o paciente soropositivo negue seu diagnóstico, e o psicólogo deve observar que há razões para que este se utilize dessa defesa, pois, além de futuramente lhe provocar dores acometidas pelas doenças ou infecções oportunistas ao seu sistema imunológico, ele terá de

se ver obrigado a lidar com adaptações não desejáveis e com a iminência de morte, caso venha a desenvolver a síndrome, ocasionando assim sofrimento em nível psíquico.

A intervenção psicológica nessas situações, como aponta Simonetti (2004, p. 119), “não é o de convencer o paciente de que ele é um doente, nem forçá-lo a concordar com o diagnóstico médico”. O psicólogo deve almejar que o paciente fale, “fale de si, da doença, do que quiser, quando o paciente pode falar livremente, a negação não raro se desvanece”.

Assim, o paciente soropositivo geralmente é um dos atuais casos hospitalares de difícil manejo, no que tange a apresentação de seu diagnóstico. Nestes casos, o psicólogo, muitas vezes, é requisitado a fazer-se presente no momento em que o médico dá essa notícia, a fim de que ao paciente seja garantido acolhimento e apoio emocional nessa hora, bem como acompanhamento no período de internação para que suas defesas possam ser manejadas, sempre objetivando que estas não atrapalhem na adesão medicamentosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em ambiente hospitalar, percebe-se a relevância de uma abordagem teórica que oriente e sustente as intervenções, argumentações e interpretações do psicólogo. Acerca da psicanálise, Lancetti, citado por Campos (1995), coloca que a formação psicanalítica tem-se mostrado muito eficaz, pois auxilia na busca dos conteúdos inconscientes, ajudando o psicólogo a conhecer e trabalhar o campo manifesto e o latente para melhor compreensão da condição psíquica do paciente e de si mesmo.

No tangente à realidade experienciada por meio do estágio hospitalar, em que as intervenções com pacientes soropositivos foram aqui explanadas, percebe-se o quão nítidas a teoria e prática se encontram. Tendo em vista a complexidade da atuação no hospital, sobretudo no que se refere a este público, percebeu-se, nos atendimentos realizados, o quão frequente se manifestavam mecanismos de defesa, principalmente a negação, nestes pacientes.

A compreensão disso, por parte do psicólogo, faz-se necessária para que possa ser manejada não somente para benefício do paciente, como também da equipe que o acompanha, a fim de que haja, dessa forma, uma melhora clínica desse paciente.

Assim, pode-se inferir que é necessário para o psicólogo o desenvolvimento de habilidades de escuta, percepção e interpretação profunda dos silêncios dos pacientes e principalmente de sua fala. Deste modo, entende-se que é por via da fala que o paciente vai fazendo emergir sua subjetividade, não se limitando assim à realidade biológica de sua doença, ou seja, não se reduz ao campo do real, mas simboliza o que é sentido, significando e ressignificando suas dores ou sofrimentos.

REFERÊNCIAS

- Angerami-Camon, V. A. (2006). *Psicologia da saúde, um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Thomson Learning.
- _____. (2011). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Cengage.
- Baptista, M. N. & Dias, R. R. (2003). *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BRASIL. (s.d.). *Ministério da Saúde*. Acesso em 18 de 04 de 2013, disponível em Data Sus: <<http://www.datasus.gov.br>>
- Campos, T. C. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Foucault, M. (2004). *A microfísica do poder*. São Paulo: Graal.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.