Revista Mineira de Ciências da Saúde, v. 12: 51-64, 2025
© Centro Universitário de Patos de Minas
https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasaude

Impasses metodológicos e técnicos do serviço de Psicologia em um Hospital Geral

Methodological and technical challenges of the psychology services in a general hospital

ISABELLA CRISTINA MENEZES MOTA
Discente de Psicologia (UNIPAM)
isabelacmm@unipam.edu.br

CAROLINA SILVA BORGES
Discente de Psicologia (UNIPAM)
carolinasilva@unipam.edu.br

RAQUEL ÍVILA SANTOS
Discente de Psicologia (UNIPAM)
raquelivila@hotmail.com

STHÉFANE LORRANE GONÇALVES PEREIRA
Discente de Psicologia (UNIPAM)
sthefanelgp@unipam.edu.br

TAINÁ SILVA RODRIGUES
Discente de Psicologia (UNIPAM)
tainasr@unipam.edu.br

VITÓRIA CAROLINA ASSUNÇÃO RABELO
Discente de Psicologia (UNIPAM)
vitoriarabelo@unipam.edu.br

GUSTAVO CÉSAR FERNANDES SANTANA
Psicólogo no Hospital Medical Center (UMC - Uberlândia)
gustavocfs@unipam.edu.br

AMANDA GUIMARÃES SANTOS
Psicóloga no Hospital Santa Casa de Misericórdia - Patos de Minas
psicologia@santacasapatosdeminas.org

THIAGO HENRIQUE FERREIRA VASCONCELLOS
Professor orientador (UNIPAM)
thiagov@unipam.edu.br

Resumo: Ao recorrer à produção de conhecimento na área hospitalar, nota-se uma insuficiência de produções que oportunizem reflexões sobre uma demanda de trabalho mais generalista que possibilite horizontes de possibilidades de efetividade na profissão. Objetivo: descrever a

percepção da atuação do psicólogo no contexto hospitalar no Hospital Santa Casa da Misericórdia de Patos de Minas (HSCMPM). Metodologia: relato de experiência frente às situações práticas vivenciadas em Estágio Supervisionado Profissionalizante III, mediante preceptoria de um docente, durante os meses de setembro a dezembro de 2022. Resultados e Discussão: O CTI do HSCPMPM conta com 30 leitos no total. Oportunizar funcionalidade psicológica em um ambiente não familiar, aversivo e invasivo em relação a intervenções e manobras em saúde é uma questão morosa para o psicólogo no CTI. O tempo de permanência hospitalar é utilizado como um indicador de qualidade da assistência dispensada. A angústia dos pacientes de não estarem no controle da situação em que estão vivendo no momento, dependentes do cuidado hospitalar e de outros, como os familiares, se apresentou como demanda nas abordagens pelas práticas de estágio. Intervenções foram direcionadas para conhecer a origem das crenças limitantes e contrastar com o diagnóstico, os tratamentos de saúde e o prognóstico do paciente. O uso abusivo de psicoativos atravessou o contexto da internação, acarretando maior dificuldade na ambientação hospitalar. No momento da triagem psicológica, ao discriminarem o uso de substâncias químicas, o caso era discutido com a equipe para avaliação de uma conduta médica/medicamentosa. Em casos de maior sofrimento de saúde mental, o CAPS-AD era contactado para acesso a prescrição e medidas de saúde, de forma a ofertar a continuidade do tratamento. Conclusão: a limitação do estudo se esbarra no desconhecimento da visão do psicólogo e dos serviços de psicologia ofertados. Esta produção abre margem para balizar o exercício da prática e favorecer reflexões mais consolidadas na área.
Palavras-chave: psicologia hospitalar; psicologia da saúde; hospitalização.

Abstract: When examining knowledge production in the hospital field, there is a noticeable scarcity of studies that promote reflections on a more generalist work demand capable of expanding possibilities for effectiveness within the profession. Objective: to describe perceptions regarding the role of psychologists in the hospital context at Santa Casa de Misericórdia Hospital in Patos de Minas (HSCMPM). Methodology: this is an experience report based on practical situations experienced during Supervised Professional Internship III, under the supervision of a faculty preceptor, between September and December 2022. Results and Discussion: The Intensive Care Unit (ICU) of HSCMPM has a total of 30 beds. Providing psychological support in an unfamiliar, aversive, and invasive environment, particularly regarding healthcare interventions and procedures, represents a complex and time-consuming challenge for psychologists working in the ICU. Length of hospital stay is used as an indicator of the quality of care provided. Patients' distress related to the lack of control over their current condition and their dependence on hospital care and family support emerged as a recurrent demand during internship interventions. Interventions were directed toward understanding the origin of limiting beliefs and contrasting them with the patient's diagnosis, treatment, and prognosis. Substance abuse permeated the hospitalization context, resulting in greater difficulty in adapting to the hospital environment. During psychological screening, cases involving psychoactive substance use were discussed with the healthcare team to evaluate possible medical or pharmacological interventions. In situations involving greater mental health suffering, the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS-AD) was contacted to facilitate access to prescriptions and healthcare measures, thereby ensuring continuity of treatment. Conclusion: the study is limited by the lack of knowledge regarding psychologists' perspectives and the psychology services provided. Nevertheless, this work contributes to guiding professional practice and fostering more consolidated reflections in the field.
Keywords: hospital psychology; health psychology; hospitalization.

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo da Psicologia Hospitalar está relacionado aos aspectos psicológicos, e não às causas psicológicas. Mesmo em casos em que o paciente se encontra impossibilitado de falar, ou apresentando alguma resistência, ainda assim é possível que o psicólogo note sinais por meios de signos não verbais, gestos ou até mesmos olhares. Esse profissional ainda alcança por meio de sua prática, a família do paciente, os outros membros da equipe e a opinião médica (Fossi; Guareschi, 2004; Simonetti, 2013).

Ao trabalhar com indivíduos em processo de adoecimento e hospitalização, o psicólogo pode ser promotor de saúde e atuar no manejo da prevenção, tratamento de doenças, reabilitação e todas as vertentes do processo de saúde-doença. É possível ainda desenvolver atividades específicas, como preparação psicológica de pacientes para cirurgias; assistência aos familiares de pacientes hospitalizados; acompanhamento emocional de pacientes com doenças crônicas, os quais serão submetidos a procedimentos invasivos, entre muitos outros lugares em que pode atuar e colaborar dentro do hospital geral (Azevêdo; Crepaldi, 2016).

Existem mecanismos para facilitar os primeiros cuidados psicológicos ao paciente hospitalizado. Os protocolos de triagem avançada (PTA), por exemplo, consistem em condutas padronizadas, aplicáveis a grupos específicos de pacientes, em que o profissional inicia ações diagnósticas ou terapêuticas antes que os pacientes sejam vistos por um médico. Esse movimento possibilita a redução do tempo de permanência de pacientes no serviço de emergência a partir da reestruturação do processo de trabalho (Soster *et al*., 2022).

Comparativamente, o serviço de Psicologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia (SPHSCM) atua favorecendo um o acolhimento e avaliação preliminar de demanda, a qual é realizada por meio de triagem psicológica. Este instrumento permite avaliar aspectos emocionais e cognitivos do paciente, além de aspectos inter-relacionais e a existência ou não de acompanhamento psicológico anterior. Através desta avaliação, é determinado um projeto terapêutico singular para o paciente, de acordo com a existência de demanda e a necessidade de acompanhamento durante o período de hospitalização.

A Santa Casa de Misericórdia de Patos de Minas (SCMPM), instituição na qual foi realizado este estudo, é caracterizada como um hospital geral e possui um serviço de psicologia composto por dois psicólogos e 18 alunas que cursam estágio profissionalizante distintos de uma instituição de ensino superior. A rotina do setor inclui a realização de assistência e atendimento a paciente e/ou familiares; atendimento à equipe quando necessário e sob demanda; questões administrativas que consistem no preenchimento de evoluções, contatos e referenciamentos para serviços públicos de saúde e socioassistenciais; além de discussões de casos juntamente com a equipe multiprofissional (Souza *et al*., 2022).

Dada a sua caracterização de atendimento generalista à população, o SPHSCM possui número elevado de pacientes para serem atendidos pelo serviço, bem como integração com a rede, discussão com a equipe e intervenção junto às famílias para

orientações e manejo de crises em função do estresse da internação. Essa intensa rotina e os procedimentos práticos e indispensáveis (como registro em prontuários, redação de relatórios e referenciamento à rede) tem se apresentado como desafio de exercício da profissão.

Para além dos aspectos técnicos, metodologicamente é desafiador atuar frente a um vício "clínico individual", muitas vezes aprendido e ensinado na graduação e a demanda por uma "clínica psicossocial" que procura compreender as condições de funcionamento emocional anterior, interferência de fatores de estresse na internação e manejo das condições psicológicas frente ao processo de adoecimento e recuperação em saúde (Ferreira Neto, 2010; Silva, 2017).

Esse modelo de atuar em psicologia hospitalar, por consequência, pode, segundo Rosa (2005), levar a uma precarização no nível de qualidade da assistência prestada pelos profissionais. Acabam exercendo uma prática "sobre demanda", o que favorece uma construção de papel a toda comunidade hospitalar do psicólogo como "resolvedor de problemas".

Nesse sentido, ao recorrer à produção de conhecimento na área, nota-se uma insuficiência de produções que oportunizem reflexões sobre uma demanda de trabalho mais generalista que possibilite horizontes de possibilidades de efetividade na profissão. Assim sendo, este trabalho tem como intuito elucidar dimensões metodológicas e técnicas do fazer profissional, favorecendo reflexões sobre o exercício da atuação do psicólogo na área hospitalar.

2 METODOLOGIA

Este estudo é um relato de experiência frente às situações práticas vivenciadas em estágio supervisionado profissionalizante em psicologia hospitalar, mediante preceptoria de um docente, durante os meses de setembro a dezembro de 2022. Dentre as experiências vivenciadas, esta produção enfoca aspectos relacionados a pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, em internação prolongada, em manejo de fissura e adicção devido a serem temáticas recorrentes que levaram a discussões desafiadoras do exercício profissional. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, sob número de parecer 5.965.370.

Para tanto, serão relatadas situações e dilemas metodológicos e éticos de atuação profissional de psicologia num contexto de um hospital geral, bem como a discussão de possibilidades de prática frente a uma área com conhecimentos tão especializados e cada vez mais fragmentados em psicologia. Não compuseram o escopo deste trabalho a prática e experiência integrada com a equipe multiprofissional.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Terapia Intensivas (UTIs), conforme a Portaria nº 466 de 1998 do Ministério da Saúde, são unidades formadas por uma conjunção de informações associadas, com o objetivo principal de receber pacientes em estado grave ou em situação

de alto risco, que demandam cuidado médico e de enfermagem, além de outros serviços específicos e recursos humanizados, como a assistência psicológica, por exemplo (Brasil, 1998).

De acordo ainda com a portaria supracitada, a UTI é um setor específico de um hospital terciário destinado a acolher pacientes em condições graves, sob ameaça de morte, que necessitam de acompanhamento intensivo, além de medicação e equipamentos que são imprescindíveis para a estabilidade de suas funções fisiológicas.

A UTI da SCPM conta com 30 leitos no total, divididos em 3 unidades, sendo que, a cada dez leitos, um é destinado para casos de isolamento. A instituição não possui portas abertas para atendimento clínico, sendo assim, a internação em UTI é regulada via SUS Fácil[1].

Na maioria das vezes, o paciente dá entrada em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e segue para a sala de emergência, onde o médico faz um relatório descrevendo a evolução do paciente, que é chamada AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Após essa etapa, o paciente é cadastrado no SUS Fácil, solicitando vaga de UTI e, posteriormente, é redirecionado para um dos dois hospitais gerais da rede pública da cidade.

As solicitações de internação recebidas são encaminhadas para os médicos plantonistas de cada UTI, verificando quais unidades possuem menos leitos ocupados. É preciso que o médico da unidade de origem faça um relatório bastante detalhado do quadro clínico do paciente, para que o médico plantonista da instituição tenha o máximo de informações e avalie a real necessidade da solicitação e a possibilidade da mesma ser aceita.

Se há mais pedidos de internação que leitos disponíveis, os profissionais examinam cada pedido e classificam quais casos são mais urgentes para internação naquele momento. Nem sempre o requerimento de internação em UTI é concedido, devido à possibilidade de haver falhas no relato do quadro dos pacientes. Os casos de clínica neurológica e quadros cirúrgicos não são atendidos pelo HSCM, sendo encaminhados para o Hospital Regional Antônio Dias (HRAD).

O paciente, ao ser admitido no HSCM, é avaliado pelo médico plantonista da UTI e o mesmo realiza uma avaliação clínica frente aos laudos da unidade de saúde de origem; há comunicação com o próprio paciente, quando possível e também junto à família. A esta última, cabe, por meio de um representante, que muitas vezes é o acompanhante da internação, informar sobre o histórico pregresso e o motivo da solicitação para cuidados especializados. Durante essa comunicação, na maioria das vezes, o psicólogo não é avisado. O familiar é orientado sobre os cuidados que serão realizados, mas a situação de um risco iminente de saúde proporciona respostas emocionais intensas, por acreditar que a UTI "é o fim da linha".

[1] É um software de regulação assistencial que permite a troca de informações entre as unidades administrativas e executoras dos serviços de saúde de Minas Gerais. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/fornecimento-de-medicamentos/page/464-susfacil-sesmg#:~:text=O%20SUSF%C3%A1cil%20%C3%A9%20um%20software,e%20atendimento%20prestado%20%C3%A0%20popula%C3%A7%C3%A3o.

A inclusão do atendimento psicológico nas UTIs tem o objetivo de oferecer suporte ao paciente que se encontra em uma situação complexa, bem como a sua família. O psicólogo também atua de maneira a contribuir com a equipe interdisciplinar. Esse suporte consiste em proporcionar percepção e entendimento sobre as dimensões dos aspectos biopsicossociais da saúde e do adoecer humanizados. Além de oportunamente orientar sobre as normas e rotinas hospitalares, trabalhar percepções distorcidas sobre o local da internação, de forma a reforçar o vínculo de confiança e colaboração no trabalho da equipe (Silva; Gomes, 2017; Guirland Vieira; Waischunng, 2018).

Em várias abordagens realizadas, foi possível constatar que os próprios pacientes apresentavam bastante receio quanto ao local em que estavam internados. Acreditavam que seria o último momento de alguma intervenção em saúde e, dali em diante, nada mais poderia ser feito. Ao deparar com essa realidade, a psicoeducação muitas vezes se fez presente para desconstruir crenças desadaptativas e favorecer percepções de um local com um tratamento mais especializado. Exame de evidências, muitas vezes, se fizeram necessários, ao recuperar as experiências de vida destes pacientes, conhecimento prévio de histórias bem-sucedidas de pessoas próximas que já estiveram no mesmo lugar em que se encontravam.

Em consequência da portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005, a inserção do psicólogo em UTI foi regulada e prevê a obrigatoriedade de um profissional da psicologia nesses setores. A atuação, além de favorecer avaliação, intervenção e tratamentos psicológicos, atua como mediadora nas relações médico / equipe / paciente. O psicólogo no HSCM é chamado, por várias vezes, para realizar um trabalho de conscientização frente às medidas de intervenção invasivas de caráter médico, que apresentam resistência por parte do paciente. O profissional oportunamente atua para conscientizar e orientar sobre a importância da medida para o progresso do quadro de saúde. Muitas vezes, a rigidez de comportamento apresentada pelos pacientes reflete erros de comunicação e abordagem da equipe ou dificuldades do paciente em entender seu estado limitante de saúde e a incerteza do prognóstico. O vínculo entre o paciente e o psicólogo pode auxiliar a atenuar situações potencialmente estressoras entre equipe / paciente.

Cabe destacar que a resistência dos pacientes nas intervenções médicas e clínicas expressas por medo, agitação psicomotora, agressividade e raiva podem refletir dificuldades de manejo da equipe (Mantovani *et al.*, 2010). A descontinuidade com a vida cotidiana, a limitação de saúde e o contraste com a paralisação do tempo e o risco de morte (Deslandes, 2006) interpretado pelos pacientes são demandas de abordagem contínua para o SPHSCM. A questão desafiadora que se coloca nesse contexto é a resolução rápida e imediata. As reações citadas fazem parte do processo de adaptação à internação do paciente, cabendo ao trabalho de conscientização com a equipe, que muitas vezes interpreta uma negligência da atuação do psicólogo.

Diante da realidade que é encontrada nesse setor, alguns pacientes também apresentam um rebaixamento em seu nível de consciência. Podem se encontrar com alguma desorientação, sonolência, obnubilação, torpor ou já em coma em virtude ou não do diagnóstico etiológico, pois nem sempre esses sinais e sintomas apresentam resultados e esclarecimentos que se referem à história prévia (Damiani, 2016).

Oportunizar funcionalidade psicológica em um ambiente não familiar, aversivo e invasivo em relação a intervenções e manobras em saúde é uma questão morosa para o psicólogo na UTI. Neste sentido, o SPHSCM possibilita, em comum consenso com a equipe, o acesso da família ao ambiente hospitalar. Seja por meio da extensão do horário de visita, seja por meio de visitas virtuais, seja por meio de liberação de visitas religiosas, a presença do estímulo da rede de apoio favorece uma resposta mais adaptativa ao estado alterado de consciência do paciente, ao mesmo tempo em que auxilia a família a lidar com a possibilidade de agravamento do quadro de saúde.

A ausência de um setting terapêutico no atendimento aos pacientes do CTI é uma demanda. Os atendimentos são feitos junto aos leitos, muitas vezes em meio a outras intervenções e à circulação constante de profissionais. Não há um setting delimitado tal como o dos atendimentos em psicologia clínica, o que pode dificultar a abordagem de determinadas questões do paciente, devido à ausência de privacidade. Neste sentido abordagem realizada pelo SPHSCM e a proposta de estágio se reserva à verificar o humor, a checar crenças presentes na internação em UTI, a criar um vínculo com o serviço de psicologia e a equipe e, em caso de outras questões emergentemente pessoais, a ponderar a extensão da atuação e abordagem do psicólogo hospitalar versus o psicólogo clínico. Essa confusão de atuações pode mobilizar comportamentos que não serão acompanhados de maneira proximal agravando as condições de saúde mental do paciente.

Como apontam Schneider e Moreira (2017), há uma necessidade do psicólogo se adequar à objetividade da UTI, devido à velocidade de modificação das situações nesse contexto. Um dos maiores desafios para a atuação desses profissionais é "fechar" as demandas psicológicas e emocionais evocadas durante o atendimento, já que não se sabe se será possível atender aquele paciente novamente, o que reforça a necessidade do conhecimento da atuação, dos limites e da abrangência do papel do psicólogo hospitalar.

Conforme as autoras supracitadas, existe uma discrepância ainda observada entre a preparação do profissional da psicologia e a exigência da prática no ambiente da UTI. Isso se deve ao fato de que a teoria e técnicas ensinadas nos cursos de graduação em psicologia são geralmente direcionadas para uma prática na qual haverá mais tempo para trabalhar questões subjetivas do paciente, bem como uma maior facilidade para se comunicar com ele, em um setting sem interrupções e com tempo determinado, semelhante ao da clínica convencional. Essa visão corrobora o que foi percebido nas práticas do estágio profissionalizante.

3.2 INTERNAÇÃO PROLONGADA

O tempo de permanência hospitalar é utilizado como um indicador de qualidade da assistência dispensada. Se a hospitalização for prolongada, entre dois e nove dias, os custos da internação se elevam e a qualidade assistencial pode diminuir, além disso a rotatividade dos leitos decai. Portanto, o tempo de internação pode ser utilizado como um indicador de qualidade e eficiência da instituição (Silva, 2014; Silva, 2018). A internação pode ser longa também pela necessidade da realização de exames

complementares e especializados ou por falta de recursos e por equipamentos quebrados.

Muitos quadros crônicos que poderiam ser resolvidos na atenção primária ocupam leitos destinados aos pacientes agudizados. Embora a internação seja, em muitas situações, a opção mais viável para restabelecimento da saúde, ela também apresenta riscos ao paciente, conhecidos como eventos adversos. Os mais comuns estão relacionados à prescrição e administração de medicamentos, erros cirúrgicos, trocas de pacientes e informações e diagnósticos. Nesse sentido, a internação prolongada também se refere às metas da segurança ao paciente, havendo até comissão hospitalar para conscientização, apuração e vigilância sobre essa temática.

O tempo de permanência na clínica médica é superior ao da clínica cirúrgica. Pacientes que sofreram os eventos adversos, lesão por pressão, sepse e pneumonia, permanecem por mais tempo no hospital. Além disso, o gasto, a taxa de mortalidade e o tempo de permanência são maiores em pacientes que sofreram algum evento adverso quando comparados com aqueles que não sofreram. A internação prolongada pode ocasionar infecção hospitalar, depressão, perda de condicionamento físico, quedas, trombose venosa profunda e ausência de familiares (Silva, 2018).

Diante dessas questões levantadas que causam uma internação prolongada, a angústia dos pacientes de não estarem no controle da situação em que estão vivendo no momento, dependentes do cuidado hospitalar e de outros, como os familiares, se apresenta como demanda nas abordagens pelo SPHSCM e nas práticas de estágio. Nota-se a dificuldade que alguns pacientes encontram em permitir que esse cuidado seja ofertado, pois essa necessidade pode despertar sentimentos difíceis para o paciente lidar, perda de gerenciamento das decisões de sua própria vida, insuficiência da retomada das atividades do dia a dia antes da internação hospitalar, estigma em relação ao retorno à família (Agnol, 2019).

Neste sentido, as intervenções foram direcionadas para conhecer a origem das crenças limitantes e contrastar com o diagnóstico, tratamentos de saúde e prognóstico do paciente. Ao adentrar nessas possibilidades de atuação, o estágio e o SPHSCM esbarram em um desconhecimento do paciente sobre o motivo da sua internação e as orientações sobre o tratamento de saúde. Para além do trabalho de conscientização e psicoeducação, deparamos com um contexto de relações familiares fragilizadas, marcadas pela existência de conflitos relacionais que perpassam o contexto da internação. A atuação foi marcada pela ação conjunto com o Serviço Social do HSCM com o intuito de criar alternativas para que a presença da família como acompanhante no hospital fosse a mais suportiva possível, criando um ambiente humanizador ao paciente. Em casos de negligência ou ausência de vínculos sociais, um trabalho junto às instituições de Assistência Social, como o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e o Ministério Público, assegura melhores chances da integralidade do cuidado em saúde.

Adicionalmente cabe destacar que uma revisão dos comportamentos de autocuidado, por meio da descrição das atitudes em relação ao gerenciamento da saúde pessoal possibilitou ao paciente se implicar na responsabilidade sobre seu atual estado de saúde. Paralelamente, evidenciar os comportamentos adaptativos no ambiente hospitalar, expressos por meio do engajamento no tratamento e na participação das

medidas de saúde foram recursos de um manejo aceitável na abordagem junto aos pacientes.

Ademais, o sentimento de desesperança dos pacientes esbarrou-se nas políticas públicas de saúde por meio da regulação de procedimentos do Sistema Único. A incerteza frente a um prazo, o baixo acesso à informação e a operacionalização das intervenções em saúde se apresentam como aspectos limitantes da atuação do psicólogo. Por não estar em seu âmbito de competência técnica e profissional, muitas vezes pacientes e familiares se recusaram até a abordagem do estágio e do SPHSCM. Reconhecer o limite da atuação e, por meio disso, garantir a expressão da reação do paciente, de forma a reforçar a disponibilidade do serviço, foi uma estratégia recorrentemente realizada.

3.3 PACIENTES ADICTOS

O processo de hospitalização por si próprio, espontaneamente, pode gerar desconforto nas pessoas, e uma forma de amenizar esse sofrimento é a humanização do cuidado àqueles que estão no hospital. A humanização é a valorização dos usuários, funcionários e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os indivíduos é oportunizar cuidado, respeito e autonomia, para que tenha uma recuperação digna, o que naturalmente inclui pessoas que fazem uso de substâncias químicas ou são adictas.

O uso de substâncias psicoativas e álcool são datados desde as épocas mais antigas e remotas da humanidade, como o uso de *cannabis*, ópio, beladona, entre outros. Recentemente, o consumo de substâncias psicoativas se tornou tanto uma questão de saúde quanto de segurança pública, algo que ocorreu concomitantemente aos avanços científicos na indústria química, na medicina e na farmacologia. Com esses avanços e as modificações que eles produziram na sociedade, algumas substâncias psicoativas ascenderam ao estatuto de droga (Santiago, 2017).

Atualmente, a dependência química é compreendida como um transtorno mental e comportamental, incluído na classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10) (OMS, 1994) , enquanto no DSM-V (APA, 2014) compreende-se como Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos (tabaco, opioides, estimulantes, entre outros), que levam o indivíduo a ter um alto nível de prejuízo ou sofrimento significativo, que em geral leva à tolerância, abstinência, abandono ou à redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em razão do uso da substância em questão. De forma geral, os manuais apontam não só os danos que as substâncias podem provocar, mas também as consequências da falta do consumo, no caso da abstinência.

No HSCM naturalmente não é permitido o uso de substâncias psicoativas nos setores de internação, como UTI, Clínica Médica, Clínica Ortopédica, Alojamento Conjunto, entre outros. Com isso, pacientes adictos apresentavam uma dificuldade maior de adaptação, irritabilidade, ansiedade e dificuldade no manejo de emoções. O motivo da internação não era a dependência química em si, mas outras doenças de base, porém o uso compulsório de substâncias atravessava o contexto da internação acarretando maior dificuldade na ambientação hospitalar.

Assim sendo, no momento da avaliação preliminar (triagem), realizado pelo estágio e pelo SPHSCM ao discriminarem o uso de substâncias químicas, o caso era discutido com a equipe para avaliação de uma conduta médica / medicamentosa. Em casos de maior sofrimento de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) era contactado para acesso à prescrição e medidas de saúde, de forma a ofertar a continuidade do tratamento. Foram discutidos com estes pacientes perspectivas para o futuro e quais mudanças seriam necessárias em seu comportamento para uma melhora do seu quadro clínico e de sua qualidade de vida.

Comportamentos aditivos são aprendidos socialmente como uma categoria de maus hábitos — padrões hiper aprendidos e mal adaptativos, passíveis de serem analisados e modificados da mesma forma que outros hábitos. A adição é um poderoso padrão de hábito, um ciclo vicioso alcançado pelo comportamento autodestrutivo (Karkow; Caminha; Benetti, 2005). Nos atendimentos realizados, foi possível constatar essa realidade, marcada por um histórico pessoal, composto por traumas, vínculos familiares fragilizados, problemas financeiros, solidão e comorbidades como quadros de alterações de humor, apresentando, dessa forma, as substâncias psicoativas como uma válvula de escape. Como o manejo envolve uma demanda de longa duração e, por vezes, foge à atuação do psicólogo hospitalar, um trabalho de articulação com a rede por meio do acionamento ao CAPS- AD foi realizado, bem como conscientização das políticas públicas de saúde mental. Muitas vezes, tornou-se importante trabalhar crenças disfuncionais de compreender o CAPS-AD como um local de internação compulsória para tratamento de "loucura", o que reforça estigmas de não procurar o tratamento adequado.

Evidencia-se, dessa forma, a necessidade de uma atenção especial a pacientes que se encontram neste estado no período de internação, promovendo uma intervenção breve pontual, na qual o psicólogo hospitalar deve abordar temas como autocuidado e responsabilidade, além de estimular a esperança de recuperação. Segundo Brito e Sousa (2014), esses são indivíduos que perderam, há algum tempo, o respeito e o apreço das pessoas a sua volta, que já foram julgados e desacreditados, inclusive, por seus familiares, que já passaram por condições subumanas por conta do uso da droga e, muitas vezes, questionam-se acerca possibilidade de mudança, se da volta a uma vida digna.

De acordo com Lustosa (2010), trata-se de uma abordagem profissional que atua em condições muito especiais, determinadas claramente e das quais depende seu sucesso. Suas variáveis são próprias e originais, não se traduzindo em um simples encurtamento de tempo, como erroneamente muitos desavisados lhe atribuem como única característica. Não há como abordá-la extrapolando simplesmente os dados de outras técnicas. Constitui-se um campo a ser investigado em sua estrutura dinâmica e particular, própria a suas necessidades e limitações particulares. Especialmente no contexto hospitalar é notória a insuficiência de recursos e propostas de atuação de manejo comportamental em pacientes com essa comorbidade.

4 CONCLUSÃO

Dentro do contexto hospitalar, foi possível perceber o quanto o papel do psicólogo se faz necessário para o auxílio e o conforto, não somente do paciente, mas também dos familiares e da equipe hospitalar. O profissional também presta uma escuta e postura humanizada perante as questões emocionais do paciente e familiar. O psicólogo atua de modo a contribuir com a equipe multidisciplinar, quando percebe situações conflituosas entre paciente, família e equipe, mediando-as. Oportuniza o estabelecimento de um vínculo afetivo e profissional com a equipe, exercendo sua função com o intuito de contribuir com uma visão biopsicossocial do paciente.

Por meio de seu trabalho, o psicólogo pode contribuir com as especificidades da UTI, com o manejo de pacientes em internação prolongada e com a articulação da rede e da equipe hospitalar sobre o manejo de adictos. Frente aos desafios na atuação no contexto hospitalar, é necessário que esse profissional busque uma atualização constante e desenvolva a flexibilização necessária, a fim de adaptar-se às particularidades deste contexto e integrar seus atendimentos às práticas já estabelecidas.

O relato de experiências vivenciadas pelo estágio e pelo SPHSCM não esgota as possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar, mas tem o interesse em universalizar práticas para discussão e aprimoramento de recursos, técnicas e implicações éticas que demandam o ambiente de saúde. Por vezes, a área de psicologia hospitalar tem cada vez favorecido a especialização de conhecimentos nos contextos de atuação do profissional (cardiologia, pediatria, tratamento intensivo, urgência e emergência etc.). Uma abordagem em um hospital geral, realidade de parte expressiva dos psicólogos no Sistema Único de Saúde, tem apresentado pouca representatividade para discussão e aprofundamento. Iniciativas como estas podem auxiliar a balizar uma prática fundamentada por experiências bem-sucedidas.

Esta produção apresenta as limitações de não comparar as práticas realizadas com outro contexto hospitalar geral, da mesma complexidade, elucidando experiências locais que esbarram em impasses no exercício da profissão do psicólogo hospitalar. Além do mais, as discussões citadas acima são recorte dos aspectos mais desafiadores de abordagem e atuação do estágio e SPHSCM, abrindo possibilidades de discussão sobre a maneira como a comunidade hospitalar concebe os serviços realizados e percebe a figura do profissional de psicologia.

REFERÊNCIAS

AGNOL, L. P. D. O manejo do sofrimento psíquico em pacientes de internação prolongada: possibilidades terapêuticas em psicologia. **Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 1, p. 1-5, jun. 2019. Disponível em: http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/173.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Porto Alegre: ArtMed. 2004.

AZEVÊDO, A. V. dos S.; CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 573-585, dez. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 466, de 4 de junho de 1998**. Brasília, 1998.

BRITO, R. M. M.; SOUSA, T. M. Dependência química e abordagem centrada na pessoa: contribuições e desafios em uma comunidade terapêutica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 20, n. 1, p. 77-85, jun. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100010&lng=pt&nrm=iso.

MANTOVANI, C. *et al*. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 96-103, out. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600006.

DAMIANI, D. Disorders of consciousness: practical management in an emergency room. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 263-271, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1594251.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. [*S. l.*]: Editora FIOCRUZ, 2006.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista da 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.

GUIRLAND VIEIRA, A.; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 132-153, jun. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008&lng=pt&nrm=iso.

KARKOW, M. J.; CAMINHA, R. M.; BENETTI, S. P. C. Mecanismos terapêuticos na dependência química. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 123-134, dez. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200013&lng=pt&nrm=iso.

LUSTOSA, M. A. A psicoterapia breve no hospital geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 259-269, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200008&lng=pt&nrm=iso.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia**: Ciência e Profissão, Brasília, p. 390-403, jan. 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo: Edusp. 1994.

ROSA, A. M. T. **Competências e habilidades em psicologia hospitalar**. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: http://hdl.handle.net/10183/7430.

SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano**. Belo Horizonte: Relicário Edições, 2017.

SCHNEIDER, A. M.; MOREIRA, M. C. Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, 2017, v. 25, n. 3, p. 1225-1239. Disponível em: https://doi.org/10.9788/TP2017.3-15Pt.

SILVA, C. S. R. *et al*. Os desafios que os psicólogos hospitalares encontram ao longo de sua atuação. *In*: SEMINÁRIO ESTUDANTIL DE PRODUÇÃO ACADÊMICA, 16., 2017, Salvador. **Anais** [...]. Salvador: UNIFACS, 2017. p. 1-15. Disponível em: https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4960.

SILVA, H. F. *et al*. Estudo epidemiológico na unidade de terapia intensiva do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi - Valença - RJ. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 26-32, set./nov. 2018. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_153224.pdf.

SILVA, W. P.; GOMES, I. C. O. Atuação Do Psicólogo Na Unidade De Terapia Intensiva: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em Debate**, São Paulo, v. 3, ed. 2, p. 44-52, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.22289/V3N2A4.

SIMONETTI, A. Introdução. *In*: SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar**: o mapa da doença. 7. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 13-32.

SOSTER, C. B. *et al*. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 30, p. e3511, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5479.3511.

SOUZA, T. S. *et al*. Psicologia hospitalar: criação do serviço, perfil de pacientes atendidos e atuação de estagiários em um hospital geral. **Revista Mineira de Ciências da Saúde**, Patos de Minas, v. 9, p. 117-130, dez. 2022. Disponível em: https://revistas.unipam.edu.br/index.php/revistasaude/issue/view/199/252.