

Recebido em: 21/06/2024

Publicado em: 01/09/2024

DOI: 10.33872/conversaspsico.v5n2.e003

ESTÁGIO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Herika Morais Paixão¹ 0009-0001-3362-6697

Me. Luanna Lua Sousa Felício² 0000-0003-2644-1317

RESUMO. Este artigo relata a experiência de estágio de uma acadêmica de psicologia em um hospital geral da rede pública. As atividades de estágio configuram-se como um ponto crucial no processo de formação acadêmica. No contexto da psicologia hospitalar, proporciona condições para o desenvolvimento de habilidades práticas e uma compreensão mais aprofundada da realidade do trabalho do psicólogo na instituição hospitalar. Assim, o objetivo deste estudo é relatar algumas das experiências e contribuições provenientes do estágio não obrigatório em psicologia hospitalar e como isso implica na formação acadêmica dos graduandos em psicologia. Para isso, foi utilizado um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, tendo como principais embasamentos teóricos a psicologia da saúde e a psicologia hospitalar. Em suma, evidenciou-se um impacto significativo e positivo na formação acadêmica decorrente das atividades de estágio. Além do aprimoramento nos conhecimentos sobre a prática em psicologia hospitalar, também pôde-se observar um desenvolvimento nas áreas da saúde e nos processos de organização e gestão do sistema único de saúde.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Psicologia ; Sistema Único de Saúde; Estágio.

Internship in Hospital Psychology: an Experience Report

ABSTRACT. This article reports the internship experience of a psychology student in a general hospital within the public health system. Internship activities are a crucial component of the academic training process. In the context of hospital psychology, it provides conditions for the development of practical skills and a deeper understanding of the psychologist's work reality within the hospital setting. Thus, the objective of this study is to report some of the experiences and contributions arising from the non-mandatory internship in hospital psychology to the academic training of psychology undergraduates. For this, a descriptive study, specifically an experience report, was utilized, with the

main theoretical foundations being health psychology and hospital psychology. In summary, there was a significant and positive impact on academic training resulting from internship activities. Besides enhancing knowledge about the practice of hospital psychology, there was also an observed development in healthcare areas and in the organization and management processes of the public health system.

Keywords: Hospital Psychology; Psychology; Unified Health System (SUS); Internship.

Introdução

O estágio se configura como um momento importante no processo de formação dos discentes de Psicologia, ao oportunizar a compreensão teórico-prática de vários conceitos ensinados (BORGES, 2019).

O momento do estágio proporciona uma oportunidade única para a observação e da realização prática daquilo que é aprendido na teoria. É passível de afirmação que essa integração entre teoria e prática contribui significativamente para o amadurecimento profissional do estudante, permitindo-lhe adquirir experiência, esclarecer dúvidas profissionais e aprimorar habilidades específicas da área.

De um mesmo ângulo que possibilita experiências, o estágio proporciona um valioso *networking*, de modo a permitir que o estagiário estabeleça conexões com profissionais já consolidados na área. Essa rede de contatos, portanto, não apenas enriquece o aprendizado, mas também pode abrir portas no futuro, facilitando a entrada do graduado no mercado de trabalho.

Neste contexto, este relato ratifica a importância dos estágios na formação profissional, visto que “não é só frequentando um curso de graduação que um indivíduo se torna profissional. É, sobretudo, comprometendo-se profundamente como construtor de uma práxis que o profissional se forma” (FÁVERO, 1992, p. 65).

Sob à luz da psicologia da saúde e da psicologia hospitalar que, conforme Pinheiro (2020), nasce de uma necessidade crescente de considerar as questões psicológicas no processo saúde-doença ao lidar com pacientes que estão em um contexto com objetivos específicos ligados a doença e sua cura, de maneira que a inserção do psicólogo está vinculada a promoção de uma mudança do paradigma biomédico e oferta de cuidados para além das questões orgânicas, o objetivo deste estudo é relatar as experiências e as contribuições de um estágio não obrigatório em psicologia hospitalar para a formação acadêmica dos graduandos em psicologia, correlacionando teoria e prática.

Partindo do princípio de que o compartilhamento de experiências estimula o pensamento crítico, democratiza o acesso ao conhecimento e constitui uma das bases para o desenvolvimento da ciência, espera-se que este artigo possa contribuir para a formação de outros graduandos e de indivíduos interessados na temática, assim como relatos de experiências de outros profissionais foram de enorme contribuição para a autora.

Metodologia

Este artigo consiste em um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, fornecendo informações e reflexões sobre as vivências no estágio não-obrigatório de psicologia realizado ao longo de um ano em um Hospital Geral da Bahia, que foi possível através da inserção no programa Partiu Estágio.

Corroborando com ARRAIS e MONTEIRO (2023), a escolha pelo relato de experiência deveu-se à acreditar que a sistematização de experiências, por meio do relato, busca compreender e tratar o qualitativo que se encontra em cada experiência particular, permitindo se apropriar e dar conta dela, possibilitando compartilhar com os outros o aprendizado.

Ressalta-se que o Programa Partiu Estágio é vinculado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e visa fomentar, aos futuros profissionais de saúde, o conhecimento da prática do Sistema Único de Saúde (SUS) (Cartilha de estágios não obrigatórios, 2019).

O local da experiência é um complexo hospitalar público, reconhecido como referência no interior da Bahia. No que diz respeito à escolha das experiências a serem relatadas, foi dado enfoque a alguns temas que se destacaram durante o estágio.

O Relato

Partindo de diversas expectativas e questionamentos que eu tinha sobre o papel do psicólogo no ambiente hospitalar, vivenciei situações e emoções que não esperava, principalmente em relação à equipe de psicologia – a parte mais enriquecedora dessa experiência. Gostaria de começar falando sobre ela, pois sem dúvida, foi a base para todas as aprendizagens, lições e descobertas que obtive durante esse estágio. Aquela sensação de incredulidade por estar vivenciando tudo isso, que experimentei no primeiro dia, tornou-se algo constante ao longo desse processo.

Observar a atuação do setor de psicologia me proporcionou conhecimentos práticos, teóricos e perspectivas de cuidado que somente uma equipe como essa poderia oferecer. As psicólogas

estavam sempre dispostas a compartilhar seus conhecimentos, esclarecer minhas dúvidas e a me orientar sobre o que ler, pesquisar e fazer para aprimorar meus conhecimentos em psicologia hospitalar. A comunicação clara, empática e a reciprocidade são as marcas desse setor, o que reverbera em mim o quanto um processo de trabalho baseado nesses preceitos melhora tanto o acesso quanto a qualidade da atenção à saúde.

Essa minha percepção sobre a equipe apoia PEDUZZI (2020), quando afirma que o trabalho em equipe é indispensável e constitui um dos componentes estratégicos tanto para atender às necessidades de saúde quanto para organizar os serviços de atenção à saúde em rede. Além disso, uma equipe integrada, em constante sintonia, não apenas favorece o prognóstico do paciente, mas também reduz os riscos ocupacionais tão comuns aos profissionais da área, como a fadiga por compaixão e o Burnout. Estar nesse ambiente foi extremamente motivador, impulsionando-me a buscar ampliar meu conhecimento em psicologia da saúde e hospitalar.

O primeiro contato com os pacientes

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi o primeiro setor que visitei. Ao entrar, experimentei sensações de choque e pensamentos que não ocorreram nos outros setores. Inicialmente, considerei que o ser humano não foi feito para viver assim. No entanto, logo depois, pensei que, sem esse suporte tecnológico, os pacientes não estariam tendo essa oportunidade de recuperação. Sentimentos aversivos ou ambíguos em relação ao setor são comuns, uma vez que a UTI é considerada um dos ambientes mais desafiadores e tensos do hospital, onde a morte é uma constante (CAMPOGONARA et al., 2011).

Questões como privação de sono, ruídos excessivos, invasão de privacidade e a quase exclusão dos familiares no processo de cuidado tornam a UTI um dos ambientes mais aversivos do hospital. Nesse contexto, comecei a perceber o som das máquinas mesmo quando estava fora do setor, fenômeno também relatado por alguns pacientes.

Acho importante salientar que receber alta da UTI não significa necessariamente que a pessoa está em processo de cura. Às vezes, o paciente é liberado porque não há mais intervenções possíveis naquele setor. O objetivo da UTI é oferecer suporte a pacientes com perspectivas terapêuticas de recuperação. Portanto, se a pessoa não precisa mais dos tipos de tratamento e equipamentos específicos encontrados na UTI, ela será transferida para outro setor. Faço essa observação porque presenciei muitos familiares acreditando que a saída da UTI indicava a recuperação.

Familiares chegaram a acusar a equipe de erro médico pelo fato de o paciente estar consciente na UTI e, após ser transferido para outro setor, tornar-se não responsivo. No entanto, essa paciente, em específico, estava sob cuidados paliativos e já havia iniciado um processo ativo de morte. Essa situação evidencia um dos problemas mais comuns no ambiente hospitalar: a falha na comunicação. De acordo com MATTOS e ZUCCO (2023), na área da saúde, a comunicação é fundamental, devendo ocorrer de maneira adequada para prevenir possíveis consequências negativas decorrentes de falhas nesse processo.

Demanda psicológica

De acordo com um dos livros mais vendidos no Brasil sobre este tema, "Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento" (SIMONETTI, 2016, p. 15). Contudo, minha experiência de estágio revelou que o psicólogo hospitalar enfrenta diversas outras questões, tais como desvalorização, dificuldade de integração com a equipe multiprofissional, casos em que a família não deseja assumir o cuidado do paciente, dilemas entre demanda e tempo, bem como entre normas e humanização.

Ainda me deparei com conflitos entre cuidadores ou pacientes, indivíduos que desejam deixar o hospital sem indicação terapêutica, pacientes interessados em ingressar na internação domiciliar, mesmo sem indicação médica ou com indicação, mas sem rede de apoio, avaliação para liberação de visitas, especialmente para crianças e idosos, e preparação para mudanças de setor. Além das questões previsíveis com os enfermos, como pacientes que fogem da realidade do seu diagnóstico, chegando até mesmo a fingir amnésia para evitar discutir o assunto.

No entanto, a demanda que mais me chamou atenção foi a da equipe. Por questões institucionais, percebi que eles não se sentiam à vontade para procurar a psicóloga contratada para atendê-los, o que configura como uma negligência à saúde. Afinal, o hospital é considerado um ambiente laboral insalubre devido aos diversos riscos físicos e psicossociais enfrentados diariamente pelos profissionais de saúde (FALEIRO; VENDRUSCOLO, 2006; KIRCHHOF et al., 2009, apud BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014). Nesse sentido, esses autores apontam que a falta de acesso ao apoio psicológico representa um grande risco à saúde.

O paciente problemático

Muitos profissionais da equipe têm a expectativa de que os pacientes automaticamente modifiquem sua personalidade ao adentrar o hospital, como se, de maneira mágica, tudo o que foram e desejaram ao longo da vida pudesse ser apagado. Agora, espera-se que se tornem apenas o que for mais conveniente para a instituição. Caso expressem resistência a qualquer solicitação da equipe, são rotulados como pacientes 'problemáticos', e prontamente convocam a intervenção da psicologia, esperando que esse profissional faça o paciente aceitar tudo que a equipe demanda.

No entanto, o trabalho da psicologia hospitalar não é o de convencer pacientes, como bem aponta MIRANDA et al. (2022), o fazer da psicologia, especialmente no hospital, não se ancora na perspectiva do convencimento. Este saber/fazer fundamenta-se em dar voz ao sujeito e legitimar suas demandas. Não podemos esquecer que, para a unidade de cuidado, o hospital é um ambiente aversivo, gerador de privações, frustrações e ansiedades, e que estão vivenciando um momento de crise.

Devemos lembrar que estar no hospital é uma escolha dos profissionais e não dos pacientes. Para a equipe, esse ambiente é parte da rotina diária, sendo apenas mais um dia de trabalho. Contudo, para a unidade de cuidado, essa situação é única em suas vidas, carregada de sofrimento, medos e angústias. Mohallem e SOUZA (2000) destacam que, diante do adoecer, é comum que ocorra uma mudança nos hábitos, no ambiente e na rede social e afetiva da pessoa. É um momento em que a pessoa não tem escolha, a mudança já aconteceu.

Uma falta: Doação de órgãos e tecidos

Com o estágio aprendi que a coleta e transplante de órgão é um sistema muito mais complexo do que inicialmente imaginava, diante disso, busquei na literatura compreender como esse processo ocorre no Brasil. Verifiquei que a legislação sobre o assunto é abrangente, podendo apresentar variações nas legislações estaduais. De acordo com a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, a realização de transplante de órgãos ou tecidos do corpo humano só é permitida em estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, devidamente autorizados pelo órgão de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997). Todo esse processo é organizado, monitorado e controlado pelo Sistema Nacional de Transplantes.

O hospital onde realizei o estágio não dispunha de uma equipe de coleta nem da autorização para realizar transplantes, resultando em demoras significativas no processo. Essa limitação, aliás, representa uma das principais barreiras na decisão das famílias em doar ou não os órgãos de um ente

querido. Muitas vezes, a impossibilidade de esperar, seja por questões financeiras, religiosas ou psicológicas, influencia diretamente na aceitação da doação. A ausência de credenciamento desse hospital, configura-se como uma considerável perda para o sistema de transplante brasileiro.

Esse credenciamento teria um impacto significativo na lista de espera por transplantes, que, apenas na Bahia, conta com mais de 3.200 pessoas necessitando de algum órgão, conforme dados da Secretaria de Saúde (SESAB, 2024). Outra limitação identificada é que, por questões éticas, o serviço de psicologia não está autorizado a abordar as famílias sobre a doação de órgãos, essa responsabilidade fica a cargo da equipe do setor de procura de doação de órgãos e tecidos do hospital. Contudo, essa equipe não conta com a presença de uma psicóloga entre seus membros.

Dado que, para que ocorra a doação, torna-se necessária a abordagem à família, a qual frequentemente encontra-se em profundo sofrimento psíquico, e, considerando que uma discussão prematura ou inadequada sobre a doação pode resultar na diminuição da aceitação familiar (GONÇALVES; RIBEIRO apud COELHO; SILVA, 2012), a presença de um profissional de psicologia seria de extrema importância nesse momento. Além de fornecer apoio emocional, esse profissional é treinado para identificar o discurso subjacente às palavras e as nuances comunicacionais, o que facilitaria significativamente o processo.

Pode-se ainda fortalecer o vínculo entre a equipe e a família, reduzindo os possíveis conflitos que poderiam surgir em situações como essa. Por exemplo, é comum que os familiares se sintam ofendidos com a proposta de doação, manifestando reações hostis ou de raiva. O psicólogo também pode avaliar os aspectos cognitivos e afetivos que estão por trás de uma recusa. Isto é, o psicólogo pode explorar as fantasias que a pessoa tem em relação à doação, como receios de que o ente querido fique mutilado ou de que a retirada do tecido alterará sua imagem, de modo que essa abordagem ampliaria a percepção da família sobre o assunto.

Uma grata surpresa: Assistência Social

Desconhecia a presença de assistentes sociais em hospitais, e essa experiência proporcionou-me aprendizados significativos sobre os direitos do paciente, questões de vulnerabilidade, violência, negligência, busca por rede de apoio e resolução de questões práticas que fazem toda a diferença durante a hospitalização. A atuação dessas profissionais despertou minha atenção para a influência das variáveis sociais no processo saúde-doença. Acredito que o trabalho da assistência social, assim

como o da psicologia, na área hospitalar, é um ato de resistência e uma afirmação de que somos seres biopsicossociais.

Quebra de vínculo

O paciente hospitalizado tem o direito de recusar o atendimento psicológico e de contar com o sigilo profissional nas questões que não dizem respeito ao seu tratamento. Esse ato fortalece a vinculação entre o profissional da psicologia e o paciente, devendo ser respeitado pela equipe. Quando a unidade de cuidado percebe o psicólogo como alguém enviado pela equipe para convencê-los de algo, ou quando consideram que são problemáticos, isso dificulta a criação desse vínculo.

O vínculo é a base do manejo psicológico. Sem ele, o trabalho do psicólogo dificilmente produzirá benefícios para o tratamento do paciente, sendo indispensável para uma relação terapêutica eficaz. Segundo BECK et al. (1997), a aliança terapêutica alivia os sofrimentos e facilita o alcance das metas terapêuticas.

Prontuário

O prontuário é um instrumento essencial no cotidiano hospitalar, sendo indispensável para uma assistência de qualidade e para garantir a segurança tanto dos pacientes quanto da equipe. É considerado um documento legal que respalda a conduta da equipe, e as informações registradas nele gozam de presunção de veracidade. A falta de registro de informações ou o registro inadequado tira da equipe a possibilidade de comprovar a licitude de sua conduta profissional (PIOLI, 2016). O paciente possui total direito de acesso ao prontuário e pode solicitar uma cópia desse documento. Portanto, é fundamental exercer cuidado em sua elaboração.

A psicologia deve ser especialmente cuidadosa ao registrar as evoluções, compartilhando apenas as informações essenciais para o tratamento do paciente. Deve-se evitar incluir detalhes pessoais desnecessários para a evolução clínica. Esse cuidado ao escrever no prontuário ajuda a prevenir possíveis problemas legais.

Devido à sua importância institucional e aos aspectos específicos de um prontuário multiprofissional, minha percepção inicial foi de que a sua elaboração era um momento ansiogênico para estagiários e psicólogos iniciantes na área hospitalar. Diversas questões contribuíam para essa ansiedade, como dúvidas sobre o que é ou não importante ser registrado, a preocupação em se fazer

entender pela equipe e a incerteza se as informações fornecidas eram suficientes para o cumprimento dos objetivos do trabalho multidisciplinar.

Receios que percebo como naturais aos profissionais da psicologia, especialmente se estes não tiveram, durante sua formação, nenhum estudo sobre a escrita psicológica dentro de uma instituição hospitalar, o que infelizmente costuma ser a norma. A psicologia, por si só, já possui uma linguagem diferente do restante da equipe. Apesar das especificidades de cada área, eles compartilham um linguajar muito próprio das ciências que focam na fisiologia e biologia humana, um enfoque que não ocorre na graduação em psicologia.

Assim, nós, da psicologia, ao adentrarmos o ambiente hospitalar, teremos que buscar esses conhecimentos e entender as diversas abreviações e siglas que aparecem na comunicação oral e escrita dos profissionais que dividem esse espaço conosco. No entanto, através da prática da escrita do prontuário, percebi que os medos fazem o problema parecer muito maior do que realmente é. Depois de algum tempo, a atualização do prontuário dos pacientes se torna algo tão natural que acaba se tornando uma atividade automática para os profissionais.

Morte, luto e perda

Embora o hospital seja um ambiente destinado à vida e cuidado, muitas pessoas ainda o enxergam como um espaço aversivo, associado à morte. No século XX, a morte se apresentava como a retirada do indivíduo de seu cotidiano, sendo levado para organizações especializadas no tratamento de doenças, na tentativa de evitar o óbito (MATTEDI; PEREIRA, 2007). O hospital, assim, tornou-se o único lugar onde a morte poderia ser abertamente discutida. No entanto, por vezes, nem mesmo nesse ambiente o paciente consegue expressar-se livremente sobre o assunto, devido à chamada 'conspiração do silêncio'.

Essa interdição aumenta um sofrimento que não pode ser evitado, uma vez que sofrer por luto ou por estar morrendo é inevitável, mas viver essa situação como um suplício é. O psicólogo acolhe esse sofrimento, essa dor, proporcionando um espaço seguro e sem julgamentos para o paciente e sua família. Além disso, ele atua como facilitador dos rituais de despedida. A literatura nos traz evidências de que familiares com oportunidade de dialogar sobre este assunto e expressar o que sentem tendem a ter reações pós-óbito mais amenas, favorecendo, conseqüentemente, uma melhor elaboração do luto (FERREIRA e MENDES, 2013).

Era comum que familiares relatassem alívio após conversarem com a psicologia, destacando a importância do manejo psicológico nos momentos de morte e luto. Também é fundamental despistar expectativas irreais e encorajar a família a ser honesta com o paciente sobre seu quadro de saúde. Isso não apenas respeita o direito do paciente, mas também preserva sua dignidade humana.

No processo de morte, o psicólogo trabalha com o que é importante para o paciente naquele momento, buscando compreender o que faz sentido em sua vida agora. A abordagem visa facilitar a elaboração e compreensão da experiência do morrer. É importante ressaltar que o psicólogo não atribui sentido, pois essa é uma descoberta que a pessoa faz por si só. Seu papel é estar disponível para o outro nessa jornada, tendo um fazer que reafirma as palavras de Cicely Saunders: “Você é importante até o último momento da sua vida, e faremos tudo o que pudermos, não só para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para viver até morrer” (SAUNDERS, 2004).

Amputação

Uma das experiências mais ricas e impactantes que vivenciei durante o estágio foi a oportunidade de conhecer pacientes amputados. Aprendi que essa situação é bastante comum e desafiadora no ambiente hospitalar. Além disso, identifiquei alguns fatores que podem tornar o atendimento psicológico ainda mais complexo, tais como:

- **Variação etiológica:** é um elemento que altera significativamente o perfil dos pacientes, resultando em necessidades totalmente distintas mesmo entre aqueles que compartilham um mesmo setor. Como destacado por UTIYAMA et al. (2019), sabe-se que a causa de uma amputação pode variar bastante. Podendo estar relacionada à sequela de violência, doenças vasculares e diabetes, bem como a acidentes de trânsito, que se destacaram como causas mais frequentes durante minhas atividades de estágio.

- **Questões práticas:** ter um membro amputado implica em um maior gasto de energia e tempo nas tarefas diárias. Além disso, dependendo do nível de adaptação necessária, as mudanças podem ser ainda mais estressantes. A esse cenário, acrescenta-se o temor em relação à cirurgia, fazendo com que o paciente se sinta fragilizado e emocionalmente instável. Incertezas sobre o procedimento, dúvidas acerca do pós-operatório, medo de sentir dor, de se tornar incapacitado, de morrer, da mutilação e fantasias sobre como ficará o corpo são aspectos que contribuem para esse contexto (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

- Questões sociais: apesar das evoluções históricas, a sociedade ainda impõe padrões de corpo considerados ideais e 'normais', desencorajando qualquer estrutura que fuja desses parâmetros. Assim, não somos adequadamente preparados para lidar com pessoas que fogem desses padrões. Reações estranhas e comentários desagradáveis em relação a indivíduos amputados podem ocorrer, agravando ainda mais o sofrimento do paciente.

Assim, uma amputação carrega consigo uma carga psicológica significativa que não é gerada apenas pelo aspecto biológico. Por exemplo, o sentimento de vergonha associado à ausência de uma perna ou ao uso de prótese é provocado por questões psicossociais, e não por razões fisiológicas. RYBARCZYK, NICHOLAS; NYENHUIS (1997 apud GABARRA; CREPALDI, 2009) descrevem que alguns amputados expressam vergonha e aversão ao seu próprio corpo. Estas reações negativas podem interferir no processo de reabilitação, autocuidado e aumentar o isolamento social (WALD; ÁLVARO, 2004 apud GABARRA; CREPALDI, 2009).

Nesse contexto, foi possível observar pacientes que se recusavam a olhar para o membro amputado, mantendo-se em estado de negação em relação ao ocorrido. Por outro lado, havia aqueles que solicitavam aos médicos a amputação imediata, devido à intensa dor. A revisão de literatura de BERGO e PREBIANCHI (2018) indicou que o sentimento mais frequente é a negação. No primeiro momento, a maneira como a pessoa enfrenta a amputação corresponderá às experiências que teve em sua vida. Algumas abordagens podem ser mais funcionais do que outras, mas todas necessitarão de apoio psicológico.

A amputação, seja ela traumática ou não, representa um momento de sofrimento psíquico, desencadeando mudanças no esquema corporal e na relação com o próprio corpo. Distúrbios de autoimagem, como percepção distorcida e negativa sobre a aparência física, estão associados a altas taxas de ansiedade (FITZPATRICK, 1999; HORGAN; MACLACHLAN, 2004; WALD; ÁLVARO, 2004 apud GABARRA; CREPALDI, 2009). Estes distúrbios podem ser observados em pessoas amputadas, mediante comportamentos de evitação por contato visual com o membro amputado, negligência no autocuidado do coto (GABARRA; CREPALDI, 2009).

Portanto, a alteração da autoimagem não é incomum; quanto maior a lesão, maior é o impacto na imagem que a pessoa tem do próprio corpo. Nossa percepção corporal influencia nossos afetos, pois o ser humano utiliza o corpo para marcar sua posição no mundo. Dessa forma, não possuímos um corpo, somos o corpo. Essa perda desencadeia um processo de luto, porque estamos perdendo

algo que é fundamental para nossa identidade. Reações de raiva ou agressividade em relação aos cuidadores podem ocorrer, mesmo quando eles estão oferecendo o melhor suporte possível.

A amputação, dada sua natureza impactante, impõe a necessidade de adaptação a uma nova realidade. Os pensamentos e crenças que o paciente mantinha sobre o tema antes da amputação exercerão influência significativa sobre seu comportamento pós-procedimento. É crucial compreender a representação social que o paciente possui acerca de pessoas amputadas, uma vez que, conforme destacado por MAVIGNIER (2013), as representações sociais podem produzir estigmas e influenciar na construção alterada da identidade da pessoa com deficiência.

Se o paciente anteriormente acreditava que pessoas com deficiência física eram incapazes e utilizava o termo "deficiente" de forma negativa, é provável que enfrente significativas dificuldades ao lidar com o processo de amputação e precise de maior apoio familiar e profissional para auxiliá-lo a adaptar-se ao seu novo corpo. O psicólogo também pode trabalhar questões relacionadas à perda de papéis sociais, laborais e valor social, assim como a reconstrução do valor social. Quais são as expectativas e possibilidades com esse novo esquema corporal? É possível o uso de prótese?

É fundamental abordar com esses pacientes a compreensão de que as próteses não substituem perfeitamente o membro perdido, nem em termos de função, nem em estética. Esta psicoeducação visa reduzir os níveis de frustração, depressão e ansiedade nos pacientes ao confrontarem a realidade do processo de protetização. É crucial reconhecer que isso é um processo, ninguém amputa em um dia e coloca a prótese no outro. Um estudo realizado por HOUGHTON et al. (1994) analisou o uso de próteses e o nível de satisfação dos usuários vítimas de amputações traumáticas e a maioria desta população não está satisfeita com o conforto proporcionado.

Esses resultados destacam a relevância do gerenciamento de expectativas em relação às próteses, enfatizando que a adaptação é um processo contínuo, e que, em alguns casos a pessoa pode ser mais funcional sem ela. Outro ponto importante é o manejo da família, uma vez que esta pode impactar negativamente o processo de recuperação do paciente. O psicólogo pode atuar provendo psicoeducação acerca do diagnóstico e prognóstico do paciente, auxiliando no esclarecimento das expectativas de independência, ao mesmo tempo que aborda a tendência à superproteção, comumente observada nesses casos.

Tentativas de suicídio

Antes de iniciar o estágio, eu tinha muitas dúvidas sobre os casos que um psicólogo atende no hospital. No entanto, sempre tive a certeza de que as tentativas de suicídio eram uma área primordial para a atuação da psicologia. Contudo, descobri que, devido a diversas barreiras psicossociais e institucionais, muitos desses pacientes acabam ficando sem atendimento psicológico. Entre as barreiras observadas estão o julgamento moral por parte de membros da equipe e a falta de notificação dos casos para o setor de psicologia, geralmente vinculada a questão de merecimento ou não da assistência.

Frases pejorativas e desumanizadas não apenas refletem falta de ética, mas também têm o potencial de gerar ainda mais sofrimento para a família ou paciente, caso venham a ouvir. A escassez de recursos humanos, tanto no hospital — com muitos pacientes para poucos psicólogos — quanto na rede de assistência de saúde mental, onde a falta de vagas dificulta o contrarreferenciamento, contribui para essa situação desafiadora.

Assim, uma tentativa de suicídio sempre será um momento de crise, independentemente da razão presumida; um intenso sofrimento psíquico estará presente. Nesse sentido, a psicóloga trabalha para compreender o contexto da situação, verificar se há ambivalência ou arrependimento, identificar estressores e examinar o histórico psiquiátrico do paciente. Além disso, investigam o grau de impulsividade, uma vez que esse traço, amplamente descrito na literatura, é frequentemente associado a pessoas que tentam suicídio.

O grau de impulsividade é considerado pela suicidologia como um marcador para avaliar o risco de um novo episódio de autoextermínio. Segundo estudos de WATERNBAUX (1999), o denominador comum entre a maioria dos sujeitos que cometem suicídio é a presença de comportamentos impulsivos e impulsivo-agressivos, indicando haver, em várias categorias diagnósticas, uma correlação positiva entre a presença de traços impulsivos ou impulsivo-agressivos e a tendência a tentar manifestar o comportamento suicida. Segundo Botega, é importante diferenciar os atos impulsivos (descontrole; faltam as fases de deliberação e de decisão) dos atos ou rituais compulsivos (obrigação para realizar o ato).

As informações coletadas durante o atendimento psicológico fazem toda a diferença no prognóstico do paciente. Com essas informações, torna-se possível realizar encaminhamentos mais precisos para os dispositivos da rede de saúde mental. Ressalto, ainda, o importante papel da psicologia com a equipe multidisciplinar nesses casos. Vou além das questões morais ou religiosas individuais, devemos lembrar que esses profissionais são treinados a buscar a cura e preservar a vida

a qualquer custo. Diariamente, testemunham pacientes lutando pela vida, o que pode gerar reações negativas quando confrontados com alguém que tenta tirar a própria vida.

OLIVEIRA et al. (2020), pontuam que é difícil lidar com comportamento suicida, tendo em vista que a temática suscita nesses sujeitos conteúdos pessoais que podem se relacionar a questões sobre a terminalidade, o morrer, indo a desencontro com o imperativo da ordem médica no contexto hospitalar.

Considerações Finais

Concluo que o programa Partiu Estágio alcançou seu objetivo. Juntamente com as bases teóricas da psicologia hospitalar, ele facilitou meu processo de aprendizagem sobre o SUS, suas leis e práticas. Além disso, proporcionou uma rica experiência em psicologia hospitalar, bem como a compreensão das estruturas e processos hospitalares. Esse projeto torna-se ainda mais relevante ao considerarmos a escassez de oportunidades de estágio em psicologia hospitalar na região em que o estágio foi vivenciado.

Deixo como recomendação o estudo de algumas questões que foram recorrentes durante o estágio, mas que, infelizmente, não tive a oportunidade de aprofundar neste artigo: morte encefálica, cuidados paliativos, delirium, exame de estado mental, catatonia, neoplasias, rounds, ventilação mecânica invasiva, escala Glasgow, isolamento de contato, respiração agônica, sinais vitais, escala RASS, intubação e desmame, aparelhos comuns em leitos de UTI, cateter, punção, infecção hospitalar, cardiopatias, diabetes, reanimação cardiopulmonar, colostomia, derivação ventricular externa, sepse, superbactérias, cetoacidose, nefrostomia, síndrome de Fournier, câmara hiperbárica, desbridamento e espiritualidade.

Os tópicos escolhidos para serem detalhados neste artigo estão relacionados às mobilizações objetivas e subjetivas que suscitaram na autora. São os conhecimentos teóricos, mais vinculados ao processo cognitivo, e práticos, mais vinculadas ao processo emocional, que tiveram maior impacto experiencial. Momentos que categorizei pessoalmente como 'o que sei sobre' e 'o que sinto sobre', e como regular e utilizar o que sinto e o que sei sobre essa vivência específica para oferecer um apoio psicológico eficaz e humanizado.

Reforço que este estágio proporcionou um significativo crescimento acadêmico, oferecendo contribuições riquíssimas para o meu futuro profissional. Permitiu-me, em diversos momentos,

observar a teoria em prática, promovendo uma formação ética e crítica. Saio deste estágio ainda mais apaixonada pela psicologia hospitalar e com uma maior ânsia pela atuação profissional.

Referências

ARRAIS, R. H.; MONTEIRO, T. F. Atuação em urgência e emergência a partir da psicologia junguiana. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. e250311, 2023.

BAHIA, Governo Da. **Cartilha de estágios não obrigatórios da Rede SESAB Graduação**. Salvador: SESAB, 2019. Secretaria da Saúde.

BAHIA, Governo Da. **Como funciona a “fila única”?** Secretaria da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/transplantes/lista-de-espera-para-transplante/>. Acesso em: 1 fev. 2024.

BARBOSA, Silvânia da Cruz; SOUZA, Sandra; MOREIRA, Jansen Souza. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 315-323, 2014.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN 8573072482.

BERGO, Maíra Frizzi da Cunha; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Aspectos emocionais presentes na vida de pacientes submetidos à amputação: uma revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 47-60, abr. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872018000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n1p47-60>.

BORGES, Caio Túlio Pompeu. A importância do estágio no processo de formação em um campus do Instituto Federal (IF) na Amazônia sobre a ótica dos egressos de cursos técnicos. In: **Anais VI CONEDU**. Campina Grande: Realize Editora, 2019. Disponível em:



<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/58481>. Acesso em: 18 mar. 2023.

DOI: <https://doi.org/10.51359/2359-1382.2019.242654>.

BOTEGHA, N. J. **Crise suicida**: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Lei nº 9.434, de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19434.htm. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997.

CAMPONOGARA, S.; SANTOS, T. M.; SEIFFERT, M. A.; ALVES, C. N. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124–132, 2011. DOI: <10.5902/217976922237>.

COELHO, C. B. O.; SILVA, D. S. Considerações da psicologia hospitalar sobre a entrevista familiar na doação de órgãos e tecidos. **Brazilian Journal of Transplantation**, v. 15, n. 4, p. 1703–1708, 2012. DOI: <10.53855/bjt.v15i4.188>.

FÁVERO, Leonor Lopes. **A Dissertação**. São Paulo: USP/VITAE, 1992. 104 p.

ALENCAR, V. O. et al. Compreensão da morte no olhar de crianças hospitalizadas. **Revista Bioética**, v. 30, n. 1, p. 63–71, jan. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301507PT>.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Revista Brasileira de Psicoterapia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 88–112, jun. 2013. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.16.315>.

GABARRA, Letícia Macedo; CREPALDI, Maria Aparecida. Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. **Aletheia**, n. 30, p. 59–72, dez. 2009. Disponível em:



http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942009000200006&lng=pt&nr=iso. Acesso em: 19 mar. 2023. ISSN 1413-0394.

HOUGHTON, A. D.; NICHOLLS, G.; HOUGHTON, A. L.; SAADAH, E.; MCCOLL, L. Phantom pain: natural history and association with rehabilitation. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 76, n. 1, p. 22–25, 1994.

MAN, J. J.; WATERNAUX, C.; HAAS, G. L.; MALONE, K. M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, p. 181–189, 1999. DOI: <10.1176/ajp.156.2.181>.

MATTOS, Isadora Juliana Pires de; ZUCCO, João Vitor Galbiati. **Comunicação de notícias difíceis no hospital: teoria e prática**. EBOOK.

MATTEDI, M. A.; PEREIRA, A. P. Vivendo com a morte: o processamento do morrer na sociedade moderna. **Caderno CRH**, v. 20, n. 50, p. 319–330, maio 2007. DOI: <10.1590/S0103-49792007000200009>.

MAVIGNIER, T. C. **A deficiência física nas revistas Veja, Época e Isto É: um estudo de recepção**. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Faculdade Cásper Líbero, São Paulo, SP, 2013.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima et al. Atuação da psicóloga em hospital de doenças infecciosas: compreendendo sua inserção. **Revista do Hospital São José**, 2022. Disponível em: <https://revista.hsj.ce.gov.br/artigo/101>.

MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E. M. C. D. Nas vias do desejo. In: MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 17–29.

OLIVEIRA, Ricardo Alves de; MORAIS, Marina Rodrigues; SANTOS, Roniery Correia. O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional

de enfermagem. **Revista Brasileira de Psicoterapia Hospitalar**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 51–64, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2023. ISSN 1516-0858.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. supl. 1, p. e0024678, 2020. DOI: <10.1590/1981-7746-sol00246>.

PINHEIRO, Cláudia de Jesus; BRANCO, Andréa Batista de Andrade Castelo. Elaboração de protocolo de atendimento psicológico no hospital geral: usuários de álcool. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 896–921, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822020000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2023. ISSN 1983-3482.

PIOLI, Marília Bugalho. **O prontuário médico nos tribunais**. 2016. Disponível em: <https://www.direitoempresarial.com.br/o-prontuario-medico-nos-tribunais%20>.

SAUNDERS, C. Foreword. In: DOYLE, D.; HANKS, G.; CHERNY, N.; CALMAN, K. (Eds.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 17–20.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, Supl. 1, p. 50–55, 2005. DOI: <10.1590/S0102-86502005000700010>.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar – o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. ISBN-10: 858800982X.

UTIYAMA, D. M. O. et al. Características do perfil de indivíduos amputados atendidos em um instituto de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 14–18, 2019. DOI: <10.11606/issn.2317-0190.v26i1a163005>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/163005>. Acesso em: 7 fev. 2024.

DADOS DE AUTORIA:

¹ Graduanda. Centro Universitário de Excelência – Unex. E-mail: herika10@hotmail.com.

² Mestra em Psicologia da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) IMS/ CAT. Docente do Centro Universitário de Excelência – Unex e da Universidade Federal da Bahia. E-mail: luana.felicio@ftc.edu.br.