

ALCANCE E LIMITES DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE CANOAS - DEPUTADO NELSON MARCHEZAN

Simone Medianeira Scremin*

Rosana Costa de Ávila **

Carla Joseane Branco***

RESUMO

Os serviços de emergência cada vez mais estão trabalhando em equipes interdisciplinares, objetivando atender ao paciente e seus familiares de uma forma integral, trabalhando na reparação dos danos físicos, lesões orgânicas e emocionais, provocadas pela hospitalização. Nestes momentos, a psicologia torna-se uma importante aliada, com o intuito de minimizar o sofrimento, atuando com ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem estar e manutenção da saúde. Cada situação, coloca o psicólogo em contato direto com o novo, o que exige flexibilidade ao definir a ação mais efetiva em determinada circunstância, revelando a singularidade de cada atendimento. Neste artigo, nossa intenção é apresentar e descrever as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Pronto Socorro de Canoas – Deputado Nelson Marchezan, e o seu fluxo. Estas atividades são: Acolhimento, Sala de Emergência, Sala de Observação, Bloco Cirúrgico, Unidade de Internação, Unidade de Tratamento Intensivo e Comissões Hospitalares. O estudo é justificado por seu aporte teórico-prático, estando relacionado com a urgência médica e com a emergência do indivíduo como pessoa, contribuindo com a instrumentalização e orientação prática dos profissionais psicólogos que se interessam pelo tema.

Palavras – chaves: Psicologia Hospitalar, Emergência, Trauma Psíquico.

* simonehpsc@hotmail.com

** roavila@terra.com.br

***carlajosebranco@hotmail.com

Nome da Instituição: Hospital de Pronto Socorro de Canoas

REACHES AND LIMITS OF THE PSYCHOLOGY SERVICE AT DEPUTADO NELSON MARCHEZAN'S CASUALTY DEPARTMENT IN CANOAS

ABSTRACT

The work of interdisciplinary teams is becoming more frequent in emergency services. Its goals are to give the patients and their families a multi-faceted approach to an emergency, and to work on repairing both the physical injuries and the emotional difficulties caused by hospitalization. Psychological attention is a very important specialty in this context, aimed at minimizing the individuals' suffering, through actions focusing on disease prevention, wellness promotion and health maintenance. Each new situation challenges the psychologist with the unknown, which demands a good deal of flexibility from the professionals in order to determine what will be the most effective action for each situation – subsequently revealing the unique qualities of each case. In this article we present and describe the activities that are developed by the Psychology Service of the Casualty department hospital from Canoas, Deputado Nelson Marchezan. The aforementioned activities are: welcoming, emergency room, observation room, surgical ward, international unit, intensive treatment unit and hospital commissions. This study is considered to be relevant by its theoretical and empirical support, and for being related to the medical and individual emergency, therefore enabling its contribution as an instrument and as a practical guideline for psychologists that work with, and are interested in this subject.

keywords: Hospital Psychology, Emergency, Psychological trauma.

APRESENTAÇÃO

A imprevisibilidade das circunstâncias atendidas em emergência gera uma crise, desencadeando no sujeito perda do corpo saudável (doença) e da condição de “inteiro” (fraturas, mutilações, procedimentos cirúrgicos), ocasionando medos que se baseiam em dados de realidade, como a sensação de dor e de outros sintomas físicos, a dependência e a impotência (Souza, 2005). Além disso, os novos aparatos tecnológicos têm feito, cada vez mais, com que os pacientes se entreguem na sua totalidade a profissionais desconhecidos e a equipamentos tecnológicos que lhe são estranhos. A tecnologia, assim como o linguajar médico, é dificilmente entendida pela população usuária. A grande maioria da população, fora do meio médico, não possui informações sobre a rotina hospitalar, fato que causa um grande sofrimento para a família e o paciente (Sant’Anna, 2001). Num momento de crise, o sujeito torna-se psicologicamente instável, podendo gerar um maior amadurecimento, descobrindo maneiras de solucionar o problema, como também pode ser um evento que cause adaptações inadequadas, ficando num nível inferior de funcionamento, inclusive com o aparecimento de sintomas como angústias, medo, culpa ou vergonha. Assim, sentindo-se ineficiente e impotente, é possível que ocorra uma desorganização do funcionamento. A pessoa pode praticar atividades relacionadas com o alívio da tensão interna e/ou com sucessivas tentativas de ensaio e erro para resolver o problema (Aguiar e Cols, 1993). O processo de crise pode ser dividido em quatro fases: na primeira, surge à elevação de tensão, o que aciona as respostas habituais na solução de problemas; na segunda, a falta de êxito e a continuação do estímulo estão associadas à sensação de impotência e ineficiência; na terceira, a elevação de tensão e de estímulos funcionam com aumento de motivação na tentativa de resolver o problema; na quarta, continuando o estímulo e a falta de solução, a tensão continua se elevando, conduzindo o indivíduo à ruptura, com desorganização grave e resultados drásticos (Aguiar e Cols, 1993). É fundamental que a equipe de um serviço de emergência entenda que o paciente internado não “é um doente” e sim “está doente”. Até pouco tempo, gozava de saúde perfeita e, em função de um trauma, vê-se subitamente hospitalizado. O paciente é um ser humano, um indivíduo que tem a sua família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ter sido, de uma hora para a outra, extraído de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável à doença (Romano, 2002; Cordioli, 1998; Angerami-Camon, 2003). Por isso, é importante oferecer um suporte emocional a pacientes e familiares, no intuito de minimizar o sofrimento psíquico.

Quando um membro da família fica doente, notamos a desestruturação do grupo familiar; o que ocorre a um membro da família, influencia a todos, desta maneira, cada família irá enfrentar um momento de crise de forma singular. O hospital não está preparado para acolher as famílias, apresentando dificuldade em adequá-las ao ambiente hospitalar, sendo elas, muitas vezes, consideradas pela equipe como elemento secundário, sem função específica, preferindo que elas se mantenham afastadas. Esse tipo de visão não condiz com o processo de humanização do atendimento, elas devem ser consideradas parte integrante do processo de hospitalização e participar ativamente de todo o período de hospitalização (Romano, 1999; Pitta, 1999; Pereira, 2007). A atuação junto às famílias deve ser considerada pelos profissionais de saúde de forma que se sintam apoiadas e seguras, investindo na ênfase da comunicação e no reequilíbrio funcional da estrutura familiar, sendo continente das suas ansiedades, estando presente de forma afetuosa, realística, forte, previsível e digna, ajudando a família a enfrentar as vicissitudes da doença e da morte. (Pereira, 2007). Atualmente, em função do impacto das vítimas na demanda dos pronto-socorros, serviços de urgências e emergências, os profissionais da saúde precisam atuar na reparação dos danos físicos, lesões orgânicas e emocionais, participando de todo o processo. Além do atendimento médico, as vítimas quase sempre exigem atenção especializada em saúde mental, reabilitação física e assistência social. Porém, essa atenção não é dada somente ao paciente, a família também necessita de cuidados, pois, muitas vezes, ela busca transferir para a Instituição as responsabilidades não só de cuidar, mas também de solucionar o problema. Essa carência afetiva, as dificuldades nas relações familiares, lotam as emergências, principalmente, nos finais de semana, quando estão frente a frente, tornando a emergência uma sala de espera de todos os problemas sociais (Romano,1999; Pitta, 1999). As manifestações psíquicas desencadeadas em função da natureza súbita e inesperada dos eventos que chegam à emergência, geram os mais variados sentimentos, tanto na família como no paciente, podendo apresentar: tranqüilidade, regressão, alteração da imagem corporal, respeito, esperança, medo, insegurança, confusão, apatia, intranqüilidade, desestruturação, superproteção, redução da afetividade, angústia, impaciência, culpa, negação, raiva, barganha, depressão, aceitação (Falceto, 1993; Nichols e Schwartz, 1998; Souza, 2005). Ao delegar à equipe hospitalar os cuidados de seu ente querido, os familiares sentem-se impotentes, incapazes e, freqüentemente, atribuem a si próprios a causa da doença. Frente ao desespero da ameaça

de perda, muitas vezes, lança mão de mecanismos de defesa contra a depressão e o desânimo (Angerami-Camon, 2003; Romano, 1999). Sabendo da importância da construção de equipes interdisciplinares e de um trabalho mais voltado para a atenção integral do sujeito, a psicologia hospitalar torna-se uma importante aliada, com a função de minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização, com ações integradas para a prevenção de doenças, promoção do bem-estar e manutenção da saúde, uma vez que as emoções alteram o bem-estar do paciente e de seus familiares, sendo responsáveis por doenças e por seu agravamento (Deslandes, 2002; Angerami-Camon, 1995). Isso faz com que a presença do psicólogo no hospital seja imprescindível, pois o adoecer gera muitos sentimentos angustiantes, trazendo consigo o temor frente à vida e o medo da morte para o sujeito e seus familiares (Deslandes, 2002; Romano, 1999). Em um hospital de pronto socorro, as intervenções psicológicas necessitam ser abordadas de forma focal, visando aspectos relacionados com a doença, as dificuldades adaptativas à instituição, o processo do adoecer, os meios diagnósticos e, principalmente, sensibilizar o paciente e/ou familiar a dar continuidade ao atendimento psicológico após a alta hospitalar, se necessário. (Cordioli, 1998). O trabalho do psicólogo em uma instituição de emergências e urgências é moldado por aspectos terapêuticos, oportunos e pertinentes, resultado da eficácia da ação, dos objetivos bem claros a serem atingidos, da possibilidade de trocas eficientes com a equipe, do consenso de que a intervenção psicológica junto ao doente e seus familiares é de grande importância. Ademais, a psicologia intervém positivamente no processo do adoecer, da hospitalização e na aderência ao tratamento (Angerami-Camon, 1995, 2003; Romano, 1999; CFP, 2006). O psicólogo serve como instrumento facilitador do processo de hospitalização, pois atua como um elo na relação entre a equipe/paciente/família, servindo de porta-voz das necessidades e desejos das pessoas, intervindo para minimizar os desencontros de informações. Ele é, ainda, um personagem importante nas unidades médicas, participando das decisões frente a condutas adotadas com os pacientes, possuindo, também, caráter estratégico na elaboração de diagnóstico e na aplicação de terapias, estabelecendo relações cooperativas entre pacientes, família e equipe técnica (CFP, 2006). O profissional precisa ter claro que o *setting* hospitalar é adverso à atividade de psicoterapia, exigindo uma postura flexível, com objetivo de contornar as dificuldades. Espera-se que o psicólogo reconheça o fato de que seu trabalho sofrerá interrupções, adiamentos e cancelamentos, fora de sua esfera de controle, e que a prioridade das ações médicas tem que ser respeitada (Angerami-Camon, 1995, 2003; Romano, 1999, Souza, 2005). O atendimento psicológico pode minimizar o sofrimento de quem precisa de

assistência de emergência, auxiliando a família e o paciente em um momento de crise. A intervenção com pacientes vítimas de trauma deve ter uma abordagem multidisciplinar, a fim de avaliar as manifestações clínicas e psíquicas que acometem os pacientes e seus familiares. Desta forma, o trabalho do psicólogo é bastante oportuno, pois facilita a adaptação da família ao hospital, examinando como se vincula com a equipe e o modo como vivencia a internação e/ou doença, estabelecendo, assim, uma relação de confiança, o que é fundamental para uma boa evolução do caso. Além disso, o psicólogo busca proporcionar ao paciente alívio e apoio através da escuta ativa, identificando aspectos que possam auxiliá-lo a melhor elaborar o episódio traumático gerado pela hospitalização emergencial. Utilizando a entrevista clínica como principal instrumento profissional, com a finalidade de avaliar e descrever a gravidade da crise, considerando aspectos pessoais, relacionados à hospitalização ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social) visando fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas - paciente/família (Jurema, 2000). O presente artigo, tem como objetivo descrever o trabalho do psicólogo dentro de um hospital de emergência, sendo um aporte teórico-prático para os profissionais da área, estando relacionada com a urgência médica e com a emergência do indivíduo como pessoa. Cada situação põe o psicólogo em contato direto com o novo, o que exige flexibilidade ao definir a ação mais efetiva em determinado momento, definindo singularidade de cada atendimento.

1 APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO: O HPS de Canoas foi inaugurado em dezembro de 2005, sendo construído, predominantemente, com verbas municipais, estrategicamente instalado no Bairro Mathias Velho, por ser o maior do município e um dos maiores bairros da América Latina. O HPSC foi submetido à avaliação da qualidade da assistência oferecida à população, conquistando a Acreditação Hospitalar Nível 1, que, de acordo com a Organização Nacional de Acreditação, atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade, conforme legislação correspondente, identificando riscos específicos e os gerenciando com foco na segurança. Além disso, a UTI possui nível III, ou seja, cumpre todas as exigências da Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998, possuindo tecnologia, recursos humanos especializados e área física, necessário para receber maior nível da categoria. Sua missão é *Receber todos os pacientes vítimas de*

agressões externas e emergências clínicas ou cirúrgicas, garantindo um atendimento inicial de excelência, compartilhando a assistência integral com as demais instituições do município ou da microrregião, tornando-se referência para o atendimento do Trauma e Emergências Clínicas. O trabalho desenvolvido dentro do Hospital tem como premissa básica o atendimento humanizado e a satisfação do paciente e de seus familiares, atendendo prioritariamente paciente com trauma e em emergências clínicas. A preocupação com a excelência no atendimento inicia na porta de entrada da instituição, através do Acolhimento, que tem por objetivo humanizar o atendimento de pacientes em situação de urgência e emergência, dar apoio aos familiares, qualificar a assistência, assegurar o encaminhamento adequado de casos não contemplados no perfil da instituição. Esta atividade é desenvolvida por uma equipe multiprofissional, composta por: recepcionistas, assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

2 DESCRIÇÃO DO LOCAL: O HPSC possui uma área física de 7000m², sendo dividida em: Unidades de internação Adulto I, Adulto II, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva, Serviços de Emergência, Ambulatório e Bloco Cirúrgico. A equipe técnica é composta, em média, por 600 profissionais especializados, em cirurgia geral e do trauma, cirurgia plástica, neurocirurgia, traumatologia, anestesiologia, terapia intensiva, emergência, radiologia, bucomaxilofacial e clínica de apoio em serviço de enfermagem, serviço social, serviço de nutrição, psicologia e fisioterapia. Conta também com equipe administrativa, engenharia clínica, manutenção, higienização, recepção e segurança.

3 FLUXO DE ATENDIMENTO: O serviço de psicologia do HPSC atua de uma forma bem singular, pois seu principal foco de trabalho é na porta de entrada de um hospital de emergência ou mais precisamente no Acolhimento. Sua missão é oferecer suporte emocional aos pacientes e familiares que estiverem vivenciando situação de conflito que gere sofrimento psíquico, intervindo quando necessário em todos os setores do hospital.

3.1. ACOLHIMENTO: O primeiro local de contato do paciente e/ou familiar com a instituição é o Acolhimento, que segue o modelo preconizado pelo QUALISUS (MS), tendo a missão de resgatar o conhecimento técnico de saúde, ampliando a sua intervenção, em direção a uma humanização de saúde coletiva no município de Canoas e microrregião.

No Acolhimento, o primeiro atendimento é prestado pela enfermeira (o) que realiza a triagem classificatória dos pacientes, sendo priorizado pela gravidade do caso. Após esta classificação, o paciente poderá ingressar ou não para consultar no HPSC. No entanto, não sai sem atendimento, é atendido pelo serviço social que o orienta e o referencia à rede municipal. O paciente com sofrimento psíquico emergente é atendido pelo psicólogo, que irá avaliá-lo em uma entrevista, com foco e com enfoque, semi-estruturada, buscando resgatar o maior número de informações/dados possíveis, para que possa pensar em uma hipótese diagnóstica e fazer os encaminhamentos adequados à rede municipal de saúde. Ao ingressar para atendimento pelo Acolhimento, o paciente é encaminhado aos consultórios clínicos e pediátricos, sendo que, muitas vezes, o médico solicita a avaliação da psicologia, por considerar que aspectos emocionais estão interferindo nos sintomas físicos do paciente. Desta forma, o psicólogo avalia, discute o caso com o solicitante (atuando de forma interdisciplinar) e, caso necessário, encaminha para acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico na rede municipal. Após o atendimento no consultório, o paciente poderá ser encaminhado à Sala de Observação ou Sala de Emergência (politraumatizados) dependendo da gravidade do caso.

3.2 SALA DE EMERGÊNCIA: O paciente é trazido, pela ambulância (SAMU), à sala de emergência onde é recebido pela equipe médica e de enfermagem, sendo avaliado e realizado os procedimentos pertinentes ao quadro clínico do paciente. Nos casos em a equipe técnica atesta a necessidade de intervenção psicológica, o psicólogo é acionado, com o objetivo de avaliar e minimizar o sofrimento psíquico daquele momento de crise, baixar a ansiedade, intervir a possibilidade de encaminhar para consulta psiquiátrica ou acompanhamento ambulatorial na rede municipal, seguindo o mesmo fluxo de atendimento da Sala de Observação. Desta sala, o paciente poderá ser encaminhado à Sala de Observação, ao Bloco Cirúrgico e/ou para a Unidade de Terapia Intensiva.

3.3 SALA DE OBSERVAÇÃO: Nesta sala, o paciente não corre risco iminente de vida, é assistido pela equipe médica e de enfermagem, em função de sua demanda clínica. A atuação do psicólogo é necessária quando o paciente apresenta estado emocional comprometido, por exemplo, quando está muito ansioso, deprimido, agitado, pacientes dependentes químicos, com tentativa de suicídio, não querendo aderir ao tratamento indicado e/ou ao receber um diagnóstico inesperado. Deste setor, o paciente poderá receber alta, ser encaminhado para o Bloco Cirúrgico ou para a Unidade de Internação.

3.4 BLOCO CIRÚRGICO: No Bloco Cirúrgico o psicólogo, geralmente, é acionado para atender a família, no momento de crise gerado pela cirurgia que, na maioria das vezes, é inesperada, com o objetivo de minimizar o sofrimento emocional, promover à família a diminuição do estresse, apoiar no período de crise e melhor o vínculo paciente/família e família/equipe, pois quando o paciente é internado a família toda adocece e o desequilíbrio familiar aflorece.

3.5 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Na Unidade de Internação os atendimentos prestados, comumente, são semelhantes aos da Sala de Observação, com uma abordagem focal, visando aspectos estritamente relacionados com a doença, as dificuldades adaptativas à instituição hospitalar, o processo do adoecer emergente, os meios diagnósticos e, principalmente, sensibilizar o paciente e/ou familiar a dar continuidade ao atendimento psicológico após a alta hospitalar, se necessário.

3.6 UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: As internações, na Unidade de Tratamento Intensivo, podem gerar desordens de ordem psicológica; em pacientes debilitados e fragilizados física e emocionalmente, podem surgir distúrbios psíquicos por fatores ambientais, do paciente (dor, impossibilidades de falar, presença do tubo endotraqueal, etc.) e por aspectos emocionais (depressão, conflitos, etc.), com isso, o psicólogo intervém com o intuito de minimizar o sofrimento psíquico dos envolvidos, acompanhando a família, no momento de crise, fazendo avaliações psicológicas, atuando como um intermediador da relação médico-paciente-família e oferecendo suporte emocional.

3.7 OUTRAS ATIVIDADES: O psicólogo, muitas vezes, é acionado para atender os familiares de pacientes que deram entrada no hospital, tanto pelo Acolhimento quanto pela Sala de Emergência. Essa intervenção tem o enfoque na crise, estabelecendo um vínculo com os familiares, objetivando a diminuição do sofrimento e os acompanhando, quando necessário, durante o período de hospitalização. No caso do paciente vir a óbito, o psicólogo acompanha a família, desde o momento da notícia, dada pelo médico, até o final de todo o processo. O atendimento psicológico é destinado, também, aos colaboradores que procuram o serviço por desejo próprio ou por encaminhamento dos superiores, atuando frente às situações de ansiedade, sofrimento no trabalho e estresse, visando auxiliar o

trabalho em equipe e integral, somando saberes, tornando a interdisciplinaridade uma ferramenta de otimização das atividades, alcançando assim a eficácia dos serviços hospitalares.

3.8 COMISSÕES HOSPITALARES

3.8.1 Comissão de humanização – Grupo de Trabalho de Humanização: A idéia de humanização hospitalar supõe um redimensionamento na compreensão da humanização, fazendo com que os membros da coletividade se sintam beneficiados e beneficiários. Segundo Mezamo (2001) e Pereira (2007), hospital humanizado é aquele em que a estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita o sujeito, colocando-se a serviço dele, lhe garantido um atendimento de qualidade e segurança. Nesse sentido, a humanização hospitalar, como proposta adequada para qualificar humanamente o atendimento ao outro, deve incrementar o processo de crescimento, valorização e investimento na formação humana dos sujeitos, que integram às instituições. O psicólogo junto a Comissão de Humanização busca tornar o ambiente hospitalar mais humanizado, através de ações propostas pelo Grupo de Trabalho de Humanização, seguindo as premissas da Política de Humanização da Assistência à Saúde.

3.8.2 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT): O psicólogo, nessa comissão, tem a tarefa de lidar com pessoas que estão vivenciando a maior dor da existência, a perda de um ente querido. O espaço de escuta, proporcionado pelo psicólogo, reveste-se de fundamental importância, para que a família possa ser acompanhada em suas necessidades emocionais, já que, para uma família de paciente em estado grave ou fase terminal, é necessário tempo para elaborar o processo de perda; a família, de um paciente em morte repentina, tem pouco tempo para lidar com a dor e a rapidez dos acontecimentos, podendo passar por um estado de choque e grande angústia. No caso de paciente em possível evolução para morte encefálica (ME), o psicólogo é solicitado pela equipe médica, geralmente, antes do primeiro teste clínico de ME. Neste momento, é realizado o contato com os membros da família, oferecendo suporte emocional e identificando como eles estão reagindo e enfrentando a situação, pois a morte/perda, pode, também, mobilizar uma reavaliação de vivências passadas, resignificando valores, sentimentos e a própria vida. O psicólogo acompanha a família, enquanto a equipe técnica assiste o paciente e realiza os testes clínicos para comprovação

da ME, sendo esta constatada, a comissão aborda a família para a solicitação da doação e o psicólogo permanece com a família durante todo o processo.

4 CONSIDERAÇÃO FINAL: ALCANCE E LIMITES DO NOSSO TRABALHO NO HPSC. O serviço de psicologia, do HPSC, foi criado antes mesmo do hospital ser aberto, não tínhamos a certeza de qual seria realmente o nosso foco de atuação. Sabíamos, a partir de experiências anteriores e conhecimentos técnicos prévios, que o nosso atendimento tinha um diferencial, pois estaríamos lidando com a doença emergente. Desde o início, tínhamos claro que o nosso trabalho estava voltado para a minimização do sofrimento. Tínhamos ciência, que quando uma pessoa precisa de um atendimento médico emergencial, isto pode gerar sofrimento emocional, tanto na família como no paciente, mas as perguntas que nós levantávamos eram as seguintes: Como atuar? Que tipo de intervenção é mais pertinente? Que linha teórica utilizar? Como resgatar a subjetividade dessas pessoas que estão vulneráveis a decisões e acompanhamentos médicos? Como enxergar para além da doença? Como ver o doente e sua família de uma forma integral? Como trabalhar com a questão do tempo, que é tão curto neste tipo de serviço? Esses questionamentos nos inquietavam, pois não encontrávamos respostas prontas, tínhamos que fazer a nossa história, com conhecimentos sólidos e práticas sedimentadas. Tínhamos a certeza da importância do nosso trabalho, estávamos motivadas a buscar respostas e a poder construir a atuação do psicólogo, nesta emergência hospitalar. Iniciamos colocando todos os nossos processos de trabalho no papel, com fluxos de atendimentos de cada serviço prestado, objetivando deixar claro para a equipe gestora e para nós mesmo qual era a nossa função. Os processos passam, até hoje, por constantes transformações, pois

trabalharmos com a imprevisibilidade, a emergência. Neste artigo, expomos o trabalho, do serviço de psicologia, que vem sendo estruturado ao longo de três anos de atuação. Ainda, não temos todas as respostas a nossas perguntas, mas temos a certeza de estarmos atuando na subjetividade das pessoas, através da escuta do paciente ou do seu familiar, que nos falam da doença, da vida, da morte, dos seus medos e desejos, podendo assim elaborar o adoecimento. Isto porque a escuta realizada por um psicólogo tem o diferencial de suportar a angustia/sofrimento do paciente, dando continência às suas necessidades. Temos a convicção que ainda há muito a ser feito no hospital, esperamos que este trabalho sirva de instrumento para outros colegas e que abra novas possibilidades de atuação e de troca de experiências.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, R. W e Cols. (1993). Intervenções em Crise. Em Cordioli, A.V. (org.). *Psicoterapia: abordagens atuais*. Artes Médicas. Porto Alegre. pp. 136-145.
- Angerami-Camon, V. A. et al. (Org.). (1995). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. edição. Pioneira. São Paulo.
- Angerami-Camon, V. (org). (2003). *A psicologia no hospital*. 2ª edição. Pioneira Thonson Learning. São Paulo.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CRMES) (1998). Associação Paulista de Medicina (APM), Sindicato dos Médicos do Estado de São Paulo (Simesp). *A Epidemia da Violência*. São Paulo.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapia: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Deslandes, S. F. (2002). *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Falceto, O. G. (1993). *Psicoterapia Familiar*. Em Cordioli, A.V. (org.). *Psicoterapia: abordagens atuais*. Artes Médicas. Porto Alegre. p.p.136-145.
- Kübler-Ross, E. (1979). *Perguntas e Respostas sobre a Morte e o Morrer*. Martins Fontes. São Paulo.
- Nichols, P. M; Schwartz, C. R. (1998) *Terapia Familiar: conceitos e métodos*. Ed. Artmed, Porto Alegre.

- Pereira, R. P. A. (2007) *Acolhimento*. Acessado em 07 de jan. de 2007, em: <<http://www.smmfc.org.br/acolhimento.htm>>.
- Pitta, A. M. F. (1999) *Hospital: dor e morte como ofício*. 4ª edição. Hucitec. São Paulo
- Psicologia, Conselho Federal de (CFP). (2006, dez.) *A História da Psicologia Hospitalar. Diálogos: Saúde e Psicologia*. Brasília. p.p. 20-22.
- Reis, F. B. (2004). *Traumatologia Ortopédica*. Editora: Revinter Ltda.
- Romano, W. B. (1999) *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. Casa do Psicólogo. São Paulo.
- Romano, W. B. (2002) *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Ed. Pioneira Thomson Learning.
- Sant'Anna, D. B. (2005). *Corpos de Passagem: Ensaios sobre a Subjetividade Contemporânea*. Estação Liberdade. São Paulo.
- Viana, K. G. O Papel do Psicólogo na Equipe de Captação de Órgãos. Em: *Manual de Captação de Órgãos e Tecidos*. Ed. São Miguel. Caxias do Sul.