

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

Fernanda Silva de Meira

Joel Marcos Spadoni

(Instituto de Ensino e Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás – Goiânia - GO)

Resumo

Este trabalho objetiva caracterizar a atuação dos profissionais psicólogos nos pronto-socorros, que juntamente com as equipes multiprofissionais propõem desenvolver suas atividades baseadas na Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH) – a HumanizaSUS. Evidencia-se a descrição dos espaços dos pronto-socorros e seus serviços de urgência e emergência que demonstram necessidade em ser humanizados. Tal estudo foi desenvolvido por meio de um estudo exploratório, fundamentado em uma revisão bibliográfica determinada a partir de pesquisas em artigos científicos, livros, e bases de dados, escolhidos e selecionados diante da pretensão dos temas e autores. Considera-se relevante a atuação do psicólogo nos pronto-socorros por seus atendimentos e acompanhamentos dos pacientes, dos familiares e dos outros profissionais nos serviços de urgência e emergência.

Palavras – chave: psicologia hospitalar; humanização; pronto-socorro.

Abstract

The role of the hospital psychologist humanization as a humanization instrument in emergency room

This study analyzes the performance of professional psychologists in emergency rooms, which together with the multidisciplinary teams plan to conduct their activities based on the National Policy on Humane Care and Health Management (PNH) - the HumanizaSUS. This confirms the description of the spaces of the emergency services and their urgent and emergency services who demonstrate need to be humanized. This study was developed through an exploratory study, based on a literature review determined from research papers, books, and databases, chosen and selected on the pretense of subjects and authors. It is considered relevant to the psychologist in emergency rooms for their care and follow-up of patients, family members and other professionals in emergency services and emergency.

Keywords: hospital psychology; humanization; emergency room.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

Introdução

Os estudos e as práticas da Psicologia Hospitalar são considerados recentes no Brasil, pois foram mais difundidos a partir das décadas de 1980 e 1990, quando houve maior propagação das diretrizes da Reforma Sanitária seguida de mudanças políticas, econômicas e sociais que o país vivenciava, além da própria criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (Brasil, 2006).

A abertura de novos espaços para a atuação dos psicólogos permitiu que o saber psi contribuísse ao cuidado da saúde, a qual é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Assim, os hospitais foram permitindo o trabalho dos profissionais da Psicologia nas equipes multiprofissionais em seus diversos espaços, como enfermarias, maternidades, UTI, e pronto-socorros (Wehbe & Galvão, 2001).

Sabe-se da realidade dos serviços de saúde ofertados em nosso país. Filas para atendimentos, internações, e cirurgias; falta de profissionais; precariedade em muitas estruturas físicas; falta de equipamentos e medicamentos; e desvio de

verba pública, são exemplos encontrados nas muitas instituições e unidades de saúde. Visando proporcionar novas perspectivas diante destas dificuldades, determinou-se a criação e a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (PNH) – a Humaniza SUS, na rede pública de saúde (Brasil, 2006b).

No que tange à relevância social, tal estudo se justifica pelo acompanhamento psicológico no trabalho em pronto-socorros por aproximadamente dois meses. Percebeu-se neste período que, em geral, os serviços de urgência e emergência ainda não possuem todas as designações estabelecidas pela Humaniza SUS. A humanização nestes ambientes é necessária, pois pacientes e familiares adentram os pronto-socorros caracterizando quadros considerados graves, os quais se determinam não somente por sintomas e sinais físicos, mas também por alterações emocionais. O cuidado aos indivíduos no hospital deve englobar os aspectos biopsicossocial. Além disto, a humanização propõe o trabalho com as equipes de profissionais, os quais também precisam de cuidado.

Outro ponto seria a preocupação pela escassez de pesquisas voltadas à humanização nos pronto-socorros,

desenvolvida pelo profissional da Psicologia. Rossi, Gavião, Lucia & Awada (2004) identificam que a bibliografia sobre o trabalho e intervenção psicológica no pronto-socorro é em baixo número, diferentemente das publicações sobre o psicólogo nas enfermarias, UTI, maternidade, etc. Entretanto, as particularidades do serviço de urgência e emergência caracterizam uma diferente atuação do psicólogo dos outros serviços hospitalares, e por isso não se indica espelhar todos os critérios destes serviços para o pronto-socorro.

Para a contextualização do trabalho dos psicólogos nos pronto-socorros, acreditou-se ser meritória a realização do resgate histórico breve sobre a evolução da saúde e também dos aspectos considerados importantes sobre a humanização nos pronto-socorros.

Breve Evolução Histórica da Saúde

Os conceitos e ideias de saúde determinam-se de acordo com épocas, culturas, países, classes sociais, entre outros. Assim, suas modificações não encerram, pois o desenvolvimento da saúde é constante e necessita se adaptar em cada contexto.

Gusmão (2007) aponta que o cuidado com a saúde iniciou há

aproximadamente 6.000 anos no Ocidente, aonde os responsáveis por essa prática eram os feiticeiros tribais, pajés ou sacerdotes chamados de xamãs. Estes consideravam os rituais como os meios de cura das doenças.

Indica-se o princípio da evolução das ciências da saúde médicas em Roma e na Grécia Antiga, nos séculos VI e V a.C., visto que neste período além do uso de plantas, métodos naturais e ritos religiosos para cura das doenças, houve a propagação dos cuidados higiênicos e de saneamento, e estudos apresentavam novos e diferentes aspectos para a formação das doenças (Straub, 2007). Scliar (2007) afirma que com o trabalho e estudos do filósofo grego Hipócrates de Cós (460-377 a. C.), houve uma nova conceituação da atividade médica clínica. Seus estudos propuseram uma visão racional da medicina sem pressupostos mágico-religiosos, e que preocupavam com a causa natural da doença e deste modo deveria ser tratada e prevenida.

Já na Idade Média (476-1450) considera-se uma involução geral do conhecimento humano, pois o poder da Igreja interrompeu os saberes científicos. Dogmatizou-se a doença como produto do pecado e a cura aconteceria diante da fé e da procura pelas ordens religiosas. Straub (2007) propõem que o desenvolvimento de

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

maior intensidade das práticas da clínica médica ocorreu nos séculos XVIII, XIX e XX diante do aperfeiçoamento dos aparelhos e procedimentos hospitalares, da descoberta dos fatores extrínsecos da doença como a influência dos vírus e das bactérias, do desenvolvimento da anestesia, da farmacologia, do microscópio e Raios-X, das vacinas, e também novos tratamentos para doenças, como a lepra.

Aqui se atenta para o surgimento do chamado modelo biomédico de saúde, o qual caracteriza a doença com somente raízes biológicas, sem influências sociais, psicológicas, hábitos ou comportamentos. Este modelo foi essencial aos estudos das doenças físicas, porém não alcançou explicações às enfermidades desprovidas de sinais e/ou sintomas físicos observáveis (Barros, 2002).

Em oposição ao modelo biomédico, o surgimento da chamada medicina psicossomática (psico significa mente, e soma significa corpo) alvitrou o trabalho em diagnosticar e tratar doenças físicas consideradas provenientes de segmentos mentais deficientes, aonde se tem o exercício laboral de ter lado a lado elementos subjetivos e objetos do indivíduo para serem considerados (Straub, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), formou-se a Organização

Mundial de Saúde (OMS), a qual estabeleceu a saúde englobando os fatores físico, mental e social. Somente em 1988, o Brasil decretou na sua Constituição Federal de 1988, no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Brasil, CF 1988, art. 196).

Esta última definição descrita de saúde se instaurou concatenadamente à criação do SUS, o Sistema Único de Saúde, o qual predispôs, em regeer, desde então, o sistema público de saúde. Passou a considera-se a saúde como direito de qualquer cidadão brasileiro, e a integrar a assistência da saúde a toda população. Suas diretrizes norteadoras foram apontadas na universalidade, na integralidade e na equidade da atenção em saúde (Brasil, 2003).

De acordo com toda esta estrutura e política, considera-se o SUS como um dos maiores sistemas públicos de saúde mundial, pois atende integralmente a população de forma gratuita, sendo inclusos os pacientes crônicos, renais, portadores de HIV, com câncer, entre outros (Brasil, 2006).

Mesmo com várias conquistas já alcançadas no Brasil, os desafios são constantes no dia-a-dia do trabalho do SUS. Os profissionais são os melhores representantes deste cotidiano, e sabem descrever bem as interfaces combatentes. O SUS se forma e se modifica a todo o momento, pois é necessário aderir às condutas de cada município ou estado. As realidades, os públicos e demandas se diferem, e por isso a adaptação do sistema público é essencial nas muitas equipes de trabalho (Brasil, 2006).

Observa-se, então, a importância das muitas trajetórias, adaptações e práticas que os profissionais em equipe devem ter em suas organizações. Corroborando em tal afirmativa, o SUS tituló em 2003 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (PNH) – a HumanizaSUS, com o propósito de mudanças à atenção e gestão do sistema.

Humanização nos Pronto-Socorros

Nos anos 80, no Brasil, iniciou a ampliação e capacitações aos profissionais dos atendimentos dos chamados pronto-socorros, pois observou-se que estes locais, geralmente, eram os de maior ingresso da população na rede de saúde. Casos de acidentados, fraturas, queimaduras, problemas cardíacos, derrames,

pneumonias, entre outras situações, ganhavam destaque nos serviços de urgência e emergência (Wehbe & Galvão, 2001).

Brasil (1987) indica o espaço do pronto-socorro como estabelecimento de saúde designado à assistência aos doentes, com ou sem risco de vida, cujo agravo à saúde dos pacientes precisa de atendimentos imediatos. O pronto-socorro deve funcionar 24 horas por dia e dispor apenas de leitos de observação.

O autor distingue os atendimentos de urgência e de emergência dentro dos pronto-socorros. Os atendimentos de urgência destinam-se ao conjunto de ações empregadas pelos profissionais à recuperação de pacientes, sendo que os agravos da saúde destes últimos necessitam de assistência imediata. Já os atendimentos de emergência diferenciam-se pelas ações dos profissionais na unidade de saúde que visa recuperar os pacientes, pois estes apresentam, no momento, risco de vida.

Atualmente, mesmo com as unidades básicas de saúde e outros pontos de atendimentos da rede SUS, grande parte da população recorre aos hospitais para ter sua assistência em saúde, obter exames, consultas especializadas, intervenções de alto custo e internações, e isto causam superlotação nos pronto-socorros. Visualiza-se uma incerteza dos usuários às

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

unidades de atenção primária e secundária do SUS, pois estas não estão atingindo o nível de resolução dos casos que lhe são competidos. Outro ponto importante que está causando aumento de usuários nos hospitais é o crescimento de casos provenientes de acidentes e da violência urbana. Observam-se acréscimos de gastos anuais destes casos que utilizam internação hospitalar a médio e longo prazo, e nas Unidades de Terapia Intensiva - UTIs (Azevedo, Pereira, Lemos, Coelho & Chaves, 2010).

Desta maneira, a HumanizaSUS propôs segmentos para o desenvolvimento dos serviços de urgência e emergência. A portaria n. 2.395, de 11 de Outubro de 2011, no artigo 4, explicita que as diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, são: “I – humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; II – atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso” (Brasil, 2011, p. 2).

Observa-se que os aspectos citados acima, resumem a instauração gradual de um novo olhar diligente e de crescimento aos pronto-socorros, incluindo os usuários e profissionais deste espaço. A partir disto,

a HumanizaSUS constituiu estratégias para o desenvolvimento dos serviços de emergência e urgência, aonde são consideradas essenciais para o estudo presente: o acolhimento e a ambiência.

Atualmente, há uma preocupação nas relações humanas, as quais demonstram mais individualidades e indiferenças no cotidiano atual. Poucos são os momentos de diálogos fora do trabalho, as cobranças são constantes, os preparos para o mercado de trabalho em expansão são incessantes, e o estresse são agravantes em potencial para as pessoas. Estas vertentes e outras mais formam rotinas corridas e mais isoladas, que produzem a falta de escuta ao outro, de diálogo e acolhimento à outra pessoa. Esta inquietação do distanciamento e contato dos sujeitos, e principalmente entre profissionais e usuários, traçou o conceito de acolhimento nos pronto-socorros pela HumanizaSUS (Schneider, Manschein, Ausen, Martins & Albuquerque, 2008).

Ferreira (2004) define o termo acolher em atender, dar crédito, dar acolhida ou agasalho, hospedar, receber, tomar em consideração. Brasil (2006b) identifica o acolhimento na rede de saúde desde a entrada do usuário na unidade até na assistência e no tratamento. O profissional precisa ouvir a queixa, as angústias e preocupações da pessoa e

encontrar a melhor maneira de resolver a demanda exposta.

Inferese segundo tais significações que acolher é oferecer atenção ao outro, é estar presente ou perto da outra pessoa, é recebê-la da melhor forma possível. É a maneira de reconhecer e ter deferência ao modo de viver do outro, seja este alegre, triste, magoado, adoecido ou não, predispondo inter-relações entre os sujeitos. Deste modo, a HumanizaSUS estende esta idéia de acolher o que chega, o que procura os serviços, uma vez que se promove a edificação de relações cotidianamente, e estas devem possuir diligência e respeito (Brasil, 2010).

Tem-se conhecimento que o dia-a-dia dos serviços de emergência e urgência é extremamente tumultuado, pois há grande quantidade de pacientes para serem atendidos de acordo com os número reduzido de profissionais, os espaços físicos não são suficientes a todas as pessoas, além dos processos de trabalhos serem fracionados, e ter ainda situações de desrespeitos aos direitos dos usuários. Pessoas disputam atendimentos em grandes filas sem horários predeterminados, e em alguns casos óbitos acontecem na própria fila de espera (Brasil, 2010b).

Dessa forma, é necessário reinventar e criar maneiras de trabalhar na

rede de saúde, e os trabalhadores precisam se adequar aos locais e instrumentos disponibilizados, e tentar da melhor forma possível atender e acolher os usuários. A HumanizaSUS, então, implantou o sistema de Acolhimento com Classificação e Avaliação de Risco (ACCR) buscando aprimorar os atendimentos nos Serviços Hospitalares de Emergência (SHEs) (Brasil, 2009).

A ACCR visa reorganizar as filas de espera, dando prioridade aos casos considerados mais graves no momento, o que possibilita a extração dos atendimentos por ordem de chegada e redimensiona o olhar para a situação real do paciente. Brasil (2009) corrobora ao dizer que além desta nova organização, diretamente outras vertentes são estendidas, como: a prévia de quanto tempo o usuário e seu(s) acompanhante(s) terão que esperar visto o não risco imediato; o acréscimo de contentamento do paciente ao serviço realizado com mais precisão e rapidez; aperfeiçoamento do serviço em equipe no atendimento e avaliação do usuário, fortalecendo o cuidado de todos os profissionais ao paciente.

A ACCR é feita pelo profissional graduado no curso de enfermagem que em parceria com a junta médica constroem protocolos sistematizados para computar a gravidade ou o aumento desta, e também

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

do sofrimento dos pacientes. Juntamente à aplicação dos protocolos, é necessário compreender as perspectivas subjetivas, emocionais, sociais e culturais, pois estas interferem na avaliação de risco de cada pessoa. Este olhar abrangente do profissional é importante para determinar o acolhimento integral ao usuário. Logo, os protocolos são disponibilizados e incluídos aos outros trabalhadores do setor, como assistentes sociais, psicólogos, técnicos de enfermagem, e funcionários da administração (Toledo, 2009).

Se não for possível incluir todos os pacientes na ACCR, a equipe precisa organizar os atendimentos em correlação às especificidades de cada serviço oferecido, exemplificados por ortopedia, ginecologia, cardiologia, gestantes, suturas, queimaduras, entre outros. Além disso, é essencial observar e reavaliar os riscos dos cidadãos que não foram atendidos e daqueles que deverão esperar por mais tempo, pois se considerou casos com menor gravidade. Todas estas informações necessitam ser passadas e reforçadas às pessoas e seus familiares na urgência e emergência (Descoves, 2009).

Observa-se aqui a importância do trabalho com as equipes multiprofissionais nos pronto-socorros. Reuniões, capacitações, oficinas laborais, encontros, entre outros, são apenas algumas ações

empregadas aos profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, administração, técnicos de enfermagem, etc.), que praticadas podem oferecer novas posturas frente aos acolhimentos e um trabalho em equipe engrenado, funcional e rápido.

A ambiência é outra estratégia abordada na HumanizaSUS nos pronto-socorros. Ferreira (2004) afirma que ambiência é o espaço físico organizado e animado, que foi previamente projetado e arquitetado. Semelhante a este conceito, Vilar (2008) descreve o termo ambiência segundo os parâmetros da HumanizaSUS, como tratamento fornecido aos espaços físicos que diretamente influenciam nas relações sociais, profissionais e interpessoais das instituições. Estes espaços devem oferecer acolhimento aos sujeitos que ali trabalham ou perpassam, além de prestarem serviços completos e resolutivos.

Consideram-se alguns principais eixos interligados formadores da concepção de ambiência na HumanizaSUS, os quais se descrevem em: espaço físico confortável que evidencie a privacidade e a individualidade dos usuários e dos profissionais; o ambiente propenso à produção de subjetividades nos encontros das pessoas em seus processos de trabalho; e local que possibilite um contato empático

entre trabalhador e usuário, com uso de recursos que otimizem atendimentos e tratamentos humanizados (Brasil, 2010b).

Ao adentrar num local, a pessoa percebe se este lhe é agradável ou não. Esse fato acontece segundo a harmonia de fatores de ambiência, os quais podem ser representados pela cor, pelo cheiro, pela iluminação, pelo som e pela morfologia do ambiente. Determinou-se, então, por meio da HumanizaSUS que as unidades de saúde devem englobar estes fatores afim de proporcionar confortabilidade aos sujeitos (Vilar, 2008)

Considerando a aplicação da ambiência, designaram-se seus preceitos para cada instituição de saúde de acordo com suas especificidades. Às unidades de urgências e emergências determinaram-se dois níveis de gravidade: o acolhimento e a classificação de risco. Para organizar, facilita a compreensão dos espaços dos pronto-socorros, sinalizou-se o eixo de cor vermelho como a emergência e o eixo de cor azul como o pronto atendimento. O eixo vermelho compreende o cuidado com o paciente grave que se agrupa em três principais áreas: a área vermelha destinada à sala de emergência, a área verde compõe-se pela sala de observação, e por último a área amarela como a sala de retaguarda de pacientes em situação crítica, semicrítica ou em estabilização (Brasil, 2010b).

O eixo azul é o pronto atendimento de pacientes em menor situação crítica no momento, e que passam pelo acolhimento e em seguida pela classificação de risco. Se o caso for considerado de urgência, o usuário é encaminhado ao atendimento médico. Dividiu-se este eixo azul em dois tipos de planos: a sala de espera e atendimento administrativo como plano 1, e área de assistência, apoio e procedimentos do pronto atendimento como plano 2 (Brasil, 2010b).

Atenta-se para a importância da ambiência ao processo da humanização, quando esta se detém no próprio espaço físico. A sensação de bem-estar em um local arquitetado, organizado e limpo, é essencial tanto para o trabalho das equipes quanto aos atendimentos dos usuários.

Visualizou-se, então, a importância da inclusão das diretrizes em acolhimento e ambiência nos pronto-socorros. Contudo, há outro segmento fundamental e que rege os espaços de emergências e urgências: o trabalho em equipe multiprofissional.

Considera-se o trabalho em equipe como conceito fundamental na organização e na atuação geral do SUS. Tem-se conhecimento que esta perspectiva começou a se difundir pelas propostas da Reforma Sanitária ao afirmar sua importância na melhoria da qualidade da gestão de saúde. Nas décadas de 1980 e

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

1990, a contratação de diferentes profissionais desta área aumentou gradativamente, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, demonstrando que o sistema predispõe trabalhar com equipes multidisciplinares (Scherer, Pires & Schwartz, 2009).

É preciso salientar que o trabalho em equipe não é apenas uma junção de vários profissionais. Peduzzi (1998) coloca que uma equipe de trabalho multiprofissional depende de formações acadêmicas que transpassaram eficiência técnica com conteúdos completos e válidos, para a aplicação dos conhecimentos. Além disto, é imprescindível que as relações interpessoais sejam pautadas em respeito, união, e confiança, pois sem estes preceitos o grupo não será coerente e o trabalho não obterá êxito.

Dentro desta perspectiva, pondera-se o trabalho em equipe indispensável ao regimento e desenvolvimento dos hospitais. Hoje, encontram-se atuantes trabalhadores hospitalares de diversas áreas, vistos todos como peças essenciais à condução e avanço dos espaços hospitalares. Assim, se faz presente o exercício acrescido dos profissionais da

psicologia nestes espaços. Em seguida, dar-se-á ênfase à importante atuação dos psicólogos hospitalares, focalizando suas ações nos pronto-socorros.

O Psicólogo no Pronto-Socorro

Como já foi aludido neste artigo, atualmente os pronto-socorros estão aderindo pela HumanizaSUS ao ACCR com o propósito de diminuir filas ao indicar os pacientes aos lugares corretos de atendimentos através dos encaminhamentos. Contudo, todos os profissionais, inclusive o psicólogo, se tornam responsáveis pelo acolhimento, e não somente os enfermeiros. Assim, os trabalhadores desta área precisam estar preparados para os casos iminentes de vida que chegam nos serviços de urgência e emergência.

Em decorrência do grande número de casos, suas dificuldades e agravos, a atuação do psicólogo tem sido solicitada cada vez mais nos pronto-socorros. Percebeu-se que muitas urgências e emergências perpassam além das nuances físicas, ou seja, o espaço do pronto-socorro torna-se estressante tanto aos pacientes quanto aos seus familiares e acompanhantes. O psicólogo possui a função de identificar os fatores estressantes

do paciente ou acompanhante e providenciar maneiras que tais fatores sejam diminuídos, se necessário com o auxílio dos outros profissionais (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

Coppe e Miranda (1998) expõe que pacientes do pronto-socorro possuem uma urgência subjetiva, a qual se caracteriza por situações súbitas que modificam a vida da pessoa velozmente. Tal urgência indica diversas reações psicológicas, como ansiedade, aflição, medo, rancor, mudanças na auto-estima e na imagem corporal, alteração no autodomínio e autonomia, e sentimentos de incertezas e estranhezas. O acontecimento destas vicissitudes em paralelo a hospitalização ou possível internação provocam novos estados de dor, sofrimento, adaptação, e perdas ao paciente.

Coppe e Miranda (1998) afirma que há um maior desenvolvimento do sofrimento e da alteração do estado nervoso do paciente hospitalizado em ocasião do abandono, do isolamento, e da quebra de suas relações afetivas, emocionais, sociais e profissionais. Esta contextualização também se completa com o acontecimento das intervenções dos médicos, dos enfermeiros, e dos técnicos de enfermagem – exames, enxertos, hemotransfusão, aplicação de medicamentos orais ou intravenosos, etc. -

que buscam a melhoria do paciente, mas que geralmente são percebidas como invasivas e ameaçadoras no momento.

Igualmente, existe ainda um sentimento de impotência diante da dor e uma ansiedade para que este desconforto cesse, levando ao término desta situação o mais breve possível sem a necessidade de internação ou outros procedimentos médicos. Identifica-se aqui o medo de morrer, aumento da ansiedade e inquietação, de obter sequelas físicas e psicológicas, ou de ter que passar por intervenções cirúrgicas (Sebastiani, 1998).

Além disto, Sebastiani (1998) coloca a compleição dos sentimentos de antipatia, de raiva, de fadiga, de irritabilidade do indivíduo em depender de outras pessoas, em horários indefinidos para resolução de seu caso, e também há o sentimento de culpa se o próprio paciente colaborou para sua situação atual.

Desta maneira, percebe-se como o psicólogo se torna fundamental nos atendimentos dos pronto-socorros, diante das necessidades de preparação e acompanhamento do paciente que, em geral, encontra-se desorganizado como pessoa nesta nova vivência hospitalar. A atuação do profissional deve possibilitar que todo esse processo de dor e sofrimento seja suportável ao paciente e à família (Chiattoni & Sebastiani, 1997).

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

Não existe previsão da rotina do psicólogo no pronto-socorro por causa das diversas intercorrências. O número alto de acidentes de trânsito, domiciliares ou de trabalho, intoxicações, casos de epidemias, crises de doenças agudas ou crônicas, casos de tentativas de suicídios, casos de violência, entre outros, são exemplos da diversidade de casos dos pronto-socorros que o profissional deve atender e acompanhar. Já o tempo do atendimento psicológico é variável diante da situação apresentada pelo enfermo e/ou acompanhante(s) (Rossi e outros., 2004).

O setting terapêutico determina-se pela criatividade do psicólogo em atender em macas nos corredores, leitos improvisados, cadeiras nas salas de espera ou observação, nos necrotérios, nas portarias ou até mesmo fora do ambiente hospitalar. Atenta-se aqui para a postura profissional em visualizar o paciente e/ou seu acompanhante e focar na sua queixa, sem que outras instâncias atrapalhem o momento do atendimento, como barulhos de sirene, conversas paralelas, choros, intervenções de outros profissionais, entre outros. O que se mostra importante é a verbalização da pessoa, e sua posição de enfrentamento ao momento de hospitalização (Coppe & Miranda, 1998). homicídios; casos graves de enfermidades

infantis e geriátricos; entre outros (Coppe & Miranda, 1998).

Jordão (1987) explicita três vertentes indispensáveis ao psicólogo, que são: a empatia, a congruência e a consideração positiva incondicional.

Rogers e Stevens (1978) identificam a empatia como a capacidade de perceber a internalização do outro em exatidão com seus elementos e significados emocionais que a ele pertencem, como se aquele que percebe fosse o outro sujeito, porém sem perder a condição do como se. Logo, a empatia descreve no conteúdo que o profissional sente se estivesse no lugar do sofrimento do paciente. É considerado um instrumento de trabalho do psicólogo que vive, adquire, elabora, e conquista a empatia. Um simples abraço ou uma pequena fala positiva podem ser formas de um início de relação empática.

A congruência é definida pela harmonia, pelo equilíbrio, e pelo estar de acordo consigo mesmo, aonde não se contesta os próprios sentimentos, pois eles são legítimos e devem ser reconhecidos nas circunstâncias impostas. No atendimento psicológico é necessário fazer a pessoa sentir o que realmente ela sente, e isto acontecerá mais facilmente se psicólogo estiver à escuta do seu paciente, e também quanto mais ele se conhecer e se ouvir. A congruência ocorre quando o

profissional se aperfeiçoa cada vez mais, obtendo maior nível de consciência, de consciência de seus sentimentos, de seus impasses, de suas capacidades, de suas sensações, ou seja, de quem ele realmente é (Jordão, 1987).

A consideração positiva incondicional é a estrutura do corpo e do organismo precisa para se desenvolver, crescer nas suas potencialidades, e se enriquecer. Desta maneira, a pessoa passa a exercer a sua chamada liberdade experiencial, ou seja, seus sentimentos, suas experiências, suas opiniões ou comportamentos não são mais negados, e os estereótipos são desfeitos. Quando o psicólogo se coloca numa posição de consideração positiva, o paciente se

De ordem notável, identificam-se características particulares e necessárias de equilíbrio e afetividade que o psicólogo de pronto-socorros deve apresentar devido a todas as funcionalidades específicas destes espaços e de suas situações que emergem. Tais situações podem ser exemplificadas por: óbitos inesperados que causam momentos de angústia e desespero nos pacientes, familiares e até mesmo em pessoas da equipe multiprofissional; mutilações provocadas por acidentes ou catástrofes; tentativas de suicídio; tentativas de sentir mais íntimo de si mesmo, obtendo mais fé e consideração

para suas próprias atitudes o que gera uma melhora da auto-estima (Jordão, 1987).

Coppe e Miranda (1998, p. 70) completa dizendo que o psicólogo do pronto-socorro precisa demonstrar “bom senso, prontidão interna (habilidade ao lidar com incerteza, com o insólito, com o inusitado), tolerância à frustração e boa fundamentação teórica, para que possa saber e atuar de acordo com a especificidade do que é ser um psicólogo hospitalar”.

Orienta-se, então, aos psicólogos que antes de iniciarem suas atuações nos ambientes de urgência e emergência, procurem estudar e pesquisar seus instrumentos laborais e suas possíveis demandas, para visualizarem se suas condições pessoais encaixam neste perfil de trabalho. Igualmente, é relevante que mesmo os profissionais iniciantes ou não da área, precisam buscar auxílio com outros psicólogos em supervisões ou terapias, pois muitos casos são considerados complicados e o olhar do outro pode ser essencial na resolução deles.

Identifica-se o exercício psicológico nos pronto-socorros pela ação do acolhimento. O estar junto, o escutar os conflitos do outro na sua totalidade, e o desenvolver formas que auxiliem na verbalização dos aspectos emocionais, são

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

movimentos laborais do psicólogo dentro dos espaços de urgência e emergência.

Para Vieira (2010), o acolhimento realizado pelo psicólogo e pela equipe multiprofissional no pronto-socorro possui as seguintes etapas: o acesso, a escuta, o diálogo, o apoio e o vínculo.

O acesso se caracteriza num primeiro contato ao receber o paciente e seu(s) acompanhante(s) com empatia. Mesmo que as pessoas demonstrem desespero, medo ou urgência, o psicólogo ou outro profissional deve se apresentar, aproximar e expor as regras da unidade. Proporcionar segurança e comodidade aos usuários que aguardam é essencial ao início do acolhimento (Vieira, 2010).

A escuta é quando o paciente e familiares fazem suas perguntas e também se estabelece a confiança entre eles e os profissionais. É o momento que os usuários relatam seus medos, inseguranças, angústias e raiva. O diálogo deve ser feito com expressões e falas simples para que todas as pessoas – paciente, familiar, profissional – compreendem o processo de hospitalização, ou seja, o que vai acontecer a fim de recuperar e manter a saúde do paciente (Vieira, 2010).

O apoio é o momento de oferecer conforto ao paciente e sua família, detectar aspectos de incômodos, angústia, sofrimento ou outros sentimentos que

necessitam de auxílio profissional, além de esclarecer o caso do paciente antes da visita. O vínculo é mostrar todos os procedimentos, benefícios ou até complicações que estão sujeitos a acontecer no tratamento do paciente. É importante salientar que por meio do vínculo, se oferece horários de visitas diferentes quando necessários (Vieira, 2010).

Compreende-se que cada unidade hospitalar possui sua organização própria de acordo com sua diretoria, equipe multidisciplinar, e espaço físico, entretanto tem-se conhecimento que muitos hospitais não possuem estrutura física e quantidade de profissionais suficientes às suas demandas. Contudo, as muitas gestões estão adequando de maneira gradual, segundo suas realidades e condições financeiras, às diretrizes da HumanizaSUS.

Os pronto-socorros também estão aos poucos agregando à organização do ACCR. Por exemplo, o Hospital Municipal Odilon Behrens – HOB, em Belo Horizonte/MG, obteve reforma no espaço do pronto-socorro para atender as exigências de ambiência e do acolhimento e classificação de risco. Ainda, foi proporcionado aos serviços de Psicologia e da Assistência Social, local compartilhado por ambos para atendimentos e avaliações do pronto-socorro (Miranda, 2006).

A Diretora do HOB criou o Manual do Acolhedor possuinte dos exercícios da equipe do acolhimento e dos fluxos do pronto-socorro. Ao psicólogo coube as seguintes funções:

Atender ao usuário de forma responsável e acolhedora; identificar riscos e vulnerabilidades do mesmo; responsabilizar-se para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com a possibilidade de ofertas do serviço; prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multidisciplinar, bem como atender aos usuários identificados pela própria equipe para sua intervenção profissional; participar da discussão de casos com a equipe da Unidade de Urgência e Emergência em especialmente com o Serviço Social; realizar atendimento aos usuários vítimas de violência física e sexual sejam crianças, adolescentes e mulheres, conforme protocolo existente e em conjunto com o Serviço Social; procurar participar das reuniões de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde buscando soluções para o encaminhamento dos pacientes com tentativa de auto-extermínio; criar fluxo interno de atendimento aos pacientes com tentativa de auto-extermínio; discutir fluxo de óbitos e fazer a discussão com as equipes; participar das rodas para resolver problemas e do colegiado das unidades, estimulando o envolvimento/participação dos colegas na gestão ou processo de trabalho (Miranda, 2006, p. 3).

Neste mesmo hospital, os psicólogos descreveram suas principais práticas de acolhimento empregando orientação e aconselhamento psicológico, avaliações psicológicas, técnicas de relaxamento corporal, psicoterapia breve e de apoio, e grupos de sala de espera (Miranda, 2006).

Observa-se que ao usar embasamento teórico, pesquisas e criatividade, o profissional da psicologia pode estabelecer instrumentos e vivências adequadas ao seu ambiente de trabalho. É relevante a ação de buscar novas práticas a esta profissão que fixa cada vez mais nos serviços de urgências e emergências.

Da mesma forma, aponta-se em grande relevância o apoio e acompanhamento psicológico necessário aos familiares e/ou acompanhantes do paciente nos pronto-socorros. Diante dos vários casos que os levam ao hospital, atenta-se para o alto grau de estresse, de raiva, de angústias e sofrimento causados ao ver seu próximo em situação iminente de vida. São mães, pais, filhos, avós, cônjuges, amigos, etc., que carregam a dor da espera, do atendimento, do diagnóstico, e do luto.

Schwartz, Souza, Gomes e Heck (2004) afirmam que a família é unidade social interligada ao paciente por meio do amor e afetividade, independentemente se há laços consanguíneos ou não. Assim, entende-se que o apoio do indivíduo hospitalizado é seus familiares, e por isso estes últimos devem ser acolhidos e acompanhados no processo da hospitalização.

Por causa da dinâmica rápida dos pronto-socorros, a maior parte dos

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

profissionais foca no estado do paciente e esquece de quem está o acompanhando. O psicólogo deve, então, voltar-se ao cuidado da família por meio de atendimentos, proporcionando um espaço ao familiar para expressar seus sentimentos, emoções, fantasias e medos. Este percurso propõe a diminuição do ambiente ameaçador e a mitigação dos aspectos emocionais, como preocupações, ansiedade, ausência de expectativas e esperanças, além de fortalecer vínculos e a confiabilidade entre paciente/família/equipe (Coppe & Miranda, 1998).

A presença do profissional de psicologia neste momento é o suporte psicoemocional necessário que prevê reforçar as estruturas egóicas adaptativas à situação de crise da família, objetivando o aumento de enfrentamento e de ajustamento de todos os indivíduos frente à hospitalização (Coppe & Miranda, 1998).

Aqui se faz notório a possibilidade de ofertar atendimentos individuais ou em grupo com os familiares, de acordo com a demanda apresentada, tempo e espaço disponibilizados ao psicólogo. Ao estabelecer o diagnóstico e os procedimentos seguintes indicados ao paciente - internação, cirurgia, alta hospitalar, etc. - o psicólogo acompanha o familiar se este ainda necessitar de suporte,

ou encerra o atendimento individual ou de grupo.

Enfatiza-se também no serviço de urgência e emergência a atuação de diversos especialistas (médicos; enfermeiros; nutricionistas; fisioterapeutas; técnicos de enfermagem; assistentes sociais) que buscam tratar e salvar vidas. Outrossim, considera-se relevante o trabalho do psicólogo no pronto-socorro em parceria com toda a equipe, a qual se identifica pela inter-relação dos trabalhadores.

Inicialmente, os responsáveis por cada caso serão os médicos, pois são eles que definem a priori os manejos necessários (medicações, cirurgias, cura, internações, etc.). Logo, os outros profissionais aguardam o diagnóstico para depois adaptar à demanda orgânica do paciente e intervir com suas atuações hospitalares em busca da promoção do bem-estar e da saúde (Fossi & Guareschi, 2004).

Cada hospital possui seus diversos profissionais e sua logística de trabalho, o que caracterizam diferentes formações de equipe. Bucher (2003) descreve que o trabalho interdisciplinar no hospital acontece quando há discussão entre os especialistas sobre casos de pacientes que apresentam características semelhantes em algumas especialidades. Já a equipe

multidisciplinar é formada por profissionais de diferentes áreas que atendem separadamente os pacientes, sem a comunicação direta sobre as intercorrências hospitalares. E a equipe transdisciplinar constitui-se pelos muitos profissionais que identificam e projetam juntos as ações a serem empregadas nos mesmos pacientes.

Atenta-se ao fato que, independentemente destas caracterizações das diferentes equipes das instituições hospitalares, o psicólogo deve estabelecer seu trabalho em parceria. Tirar suas dúvidas quando precisar, propor novas intervenções e reuniões com outros profissionais, e intermediar as relações paciente/equipe, são exemplos de ações que podem ser executadas. É necessário pontuar que a linguagem e escrita do psicólogo devem ser objetivas e de fácil compreensão à todos para não haver entendimentos e interpretações equivocados pelos colegas de trabalho (Fossi & Guareschi, 2004).

Evidencia-se aqui o “caminhar junto dos profissionais” dos serviços de urgência e emergência objetivando o cuidado biopsicossocial dos pacientes e famílias. A integração da equipe é essencial para que os atendimentos humanizados englobem as necessidades de dignidade e respeito dos usuários,

deixando de lado a percepção de que o hospital trata apenas do aspecto físico do organismo, ideia que predispõe a saúde como ausência de doença (Fongaro e Sebastiani, 1996; Fossi & Guareschi, 2004).

De forma meritória, propõe-se que o trabalho psicológico nos espaços dos pronto-socorros abarque não somente os atendimentos com os pacientes, mas também apresente ações voltadas aos familiares e toda equipe de profissionais.

Considerações Finais

Inicialmente, demonstrou-se de forma breve a evolução histórica da saúde, aonde se observou que o cuidado com esta última englobava todos os seus aspectos e não somente os fatores físicos/biológicos. A diligência era composta pelo acompanhamento integral ao enfermo, pelo contato direto entre cuidador e indivíduo doente. Entretanto, estas características foram sendo substituídas pelos avanços tecnológicos, pelas especializações médicas, pelos novos tratamentos às doenças, entre outros, e o campo científico voltou-se às novas descobertas e a busca pela saúde passou a ser focada nos procedimentos hospitalares, nas intervenções cirúrgicas, e no uso de máquinas.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

Evidenciou-se o momento em que se passou a considerar a construção do processo da saúde pelos aspectos biopsicossocial, retirando o ideal de que ser saudável é não possuir enfermidades, e sim se ter equilíbrio em uma perspectiva holística de indivíduo. Assim, visando o resgate da diligência humanizada à saúde, o SUS implantou a PNH – a HumanizaSUS.

Desta maneira, após revisar os diversos textos citados neste trabalho, percebeu-se que a implantação dos preceitos da humanização se faz necessária dentro dos pronto-socorros, pois estes ainda representam a entrada do usuário no uso dos serviços da saúde, e sua demanda é cada vez mais crescente.

Tem-se conhecimento que os desafios são constantes no cotidiano dos profissionais dos serviços de urgência e emergência, mas ao estabelecer as diretrizes da PNH é possível reduzir filas e de tempo de espera dos atendimentos e tratamentos, propor ambientes amplos mais acolhedores e resolutivos, informar aos usuários sobre os profissionais atuantes, demonstrar os direitos previstos em leis aos usuários, projetar atividades de intervenção de atenção e acompanhamento com as redes familiares e que os integrem a equipe de profissionais.

Desta forma, coloca-se relevante a inclusão do psicólogo nas equipes multiprofissionais, possibilitando o acompanhamento ao paciente e familiares que se encontram desorganizados como pessoa, preparar às novas situações que podem emergir na hospitalização, e tornar esta situação de sofrimento e dor mais amena o que permite ser perpassada com mais tranquilidade.

A atuação do psicólogo hospitalar no pronto-socorro é a garantia de que os pacientes serão vistos como pessoas que tem uma vida com atividades comuns e que no momento estão impossibilitadas de exercê-las por intercorrência de um trauma físico ou patologia adquirida. Todavia essas intercorrências não devem servir como desculpas para não se perceber o paciente como um ser que carece de cuidados além daqueles tradicionalmente oferecidos nas instituições hospitalares. A proposta deste trabalho é alertar os profissionais de saúde para a emergência de se perceber os pacientes como pessoas ávidas pelo cuidado integral a saúde, isto é, em seu aspecto biopsicosocioespiritual.

Diante do exposto, conclui-se que o processo da humanização nos pronto-socorros depende da atuação dos trabalhadores da área. Os psicólogos precisam buscar o cuidado dos pacientes, dos familiares e dos outros profissionais

considerando o valor subjetivo de cada indivíduo. Desta forma aponta-se, para a importância de que mais psicólogos se interessem, estudem e aperfeiçoem os serviços de urgência e emergência.

Referências

Azevedo, A. L. de C. S., Pereira, A. P., Lemos, C., Coelho, M. F., & Chaves, L. D. P. (2010). Organização de serviços de emergência hospitalar: uma visão integrativa de pesquisas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12, 736-745. doi: 10.5216/ree.v12i4.6585

Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, 11, 67-84. Retirado dia 04 de Agosto de 2012, do site <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf>

Brasil (1987). *Terminologia básica em saúde*. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde.

Brasil (1988). Constituição Federal. Título VIII - Da ordem social; Capítulo II – Seção II, da Saúde. Artigos 196, 197, 198.

Brasil (2003). *Legislação do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS.

Brasil (2006). *SUS: avanços e desafios*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

Brasil (2006b). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde.

Brasil (2009). *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Ministério de Saúde. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde.

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

Brasil (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Brasil (2010b). *Caderno de Textos – Cartilhas da Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Brasil (2011). *Legislação Federal relacionada aos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

Bucher, J. S. N. F. (2003). Psicologia da saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. Em O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp.213-239). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chiattonne, H. B. C., & Sebastiani, R. W. (1997). A ética em psicologia hospitalar. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *A ética na saúde* (pp. 113-140). São Paulo: Pioneira.

Coppe, A. A. F., & Miranda, E. F. (1998), O psicólogo diante da urgência no pronto-socorro. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 61-80). São Paulo: Pioneira.

Ferreira, A. B. de H. (2004). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (3ª. ed., 1ª. Impressão). São Paulo: Positivo.

Descoves, C. A. (2009). *A prática do acolhimento com avaliação e classificação de risco em serviços de urgência e emergência*. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Fongaro, M. L., & Sebastiani, R. W. (1996). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. Em V. A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. de F. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista SBPH*, 7, 29-43. Retirado dia 20 de setembro, do site http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582004000100004

Gorayeb, R., & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5, 11-19. Retirado dia 01 de Outubro de 2012, do site http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452003000100003&lng=pt&nrm=iso

Gusmão, S. *História da medicina: evolução e importância*. Centro de memória da Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG.

Jordão, M. P. (1987). *Reflexões de um terapeuta sobre as atitudes básicas na relação Terapeuta-Cliente*. São Paulo: EPU.

Miranda, E. M. F. (2006). *A Psicologia no Pronto-Socorro: relato e análise de experiência*. Trabalho publicado nos Anais do II Psicologia nas gerais: O psicólogo na saúde pública, Belo Horizonte, MG.

Peduzzi, M. (1998). *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

Rogers, C., & Stevens, B. (1978). *De pessoa para pessoa*. São Paulo: Pioneira.

Rossi, L. de, Gavião, A. C. D., Lucia, M. C. S de, & Awada, S. B. (2004). Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. *Psicol. Hosp.*, 2. Retirado dia 08 de Setembro de 2012, do site http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092004000200009

Scliar, M. (2007). *História do conceito de saúde*. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 17, 29-41. Retirado dia 03 de Julho de 2012, do site

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO NO PRONTO-SOCORRO

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312007000100003&lng=pt&tlng=pt.

Schwartz, E., Souza, J. de, Gomes, S. F., & Heck, R. M. (2004). Entendendo e atendendo a família: percepções de graduandos de enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 3, 65-72. Retirado dia 22 de Setembro de 2012, do site <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5519>

Sebastiani, R. W. (1998). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital. Em V. A. Angerami-Camom (Org.), *Urgências psicológicas no hospital* (pp. 9-30). São Paulo: Pioneira.

Scherer, M. D. dos A., Pires, D., & Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*, 43, 721-725. Retirado dia 12 de Setembro de 2012, do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400020&lng=en&tlng=pt.

Schneider, D. G., Manschein, A. M. M., Ausen, M. A. B., Martins, J. de J., & Albuquerque, G. L. de. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 81-89. Retirado dia 20 de Setembro de 2012, do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000100009&lng=pt&tlng=pt.

Straub, R. O. (2007). *Psicologia da saúde* (R. C. Costa, trad.). Brasília: Artmed.

Toledo, A. D. (2009). *Acuária de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto socorro de um hospital em Belo Horizonte*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Vieira, M. C. (2010). Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 8, 513-9. Retirado dia 24 de Setembro de 2012, do site http://xa.yimg.com/kq/groups/19564954/250934199/name/_ATUA%C3%87%C3%83O.pdf

Vilar, R. L. A de (2008). *Trabalho e humanização na estratégia saúde da família*. Relatório final de pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN. Retirado no dia 22 de Setembro de 2012, do site http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/arquivos_enviados/RELATORIO%20TRABALHO%20E%20HUMANIZACAO.pdf

Wehbe, G., & Galvão, C. M. (2001). O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9, 86-90. Retirado dia 30 de Setembro de 2012, do site http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692001000200012&lng=pt&tlng=pt.

Os autores:

Fernanda Silva de Meira - Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Goiás - Campus Jataí/GO. Especializando em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. E.mail: fernandameira89@yahoo.com.br

Joel Marcos Spadoni - Mestre em Psicologia. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde.