

Serviços de Psicologia em Hospitais não Psiquiátricos: Regras de Organização e Princípios Gerais (*)

JOÃO MIRANDA JUSTO (**)

Um dos desafios mais importantes que se colocam ao profissional da «Psicologia da Saúde» em Portugal é a criação de «Serviços de Psicologia», nas instituições onde não há tradição psicológica de espécie alguma. A criação de raiz destes serviços coloca inúmeros problemas, os quais se devem, entre outros factores, à complexidade das instituições de saúde (muitos serviços; muitos utentes; muitos problemas), e também à ausência de hábitos e de exemplos nesta matéria. É, pois, objectivo deste artigo, contribuir para a reflexão do que podem ser as normas e os princípios gerais de actuação no trabalho dos psicólogos clínicos, que decidiram levar para a frente a criação de uma estrutura nova numa instituição de saúde, por exemplo um hospital, onde as dificuldades se multiplicam e o tempo urge.

Antes do mais, existe neste contexto um por menor de primordial importância que é muitas vezes descurado: devemos criar um serviço de psicologia para um sector específico do hospital ou deveremos, de raiz, ter em vista a instituição como um todo? Quer dizer, de início o psicólogo pode sentir-se especialmente atraído, pressionado

talvez, para dedicar-se exclusivamente a um conjunto de enfermarias, onde se cuida de um particular problema de saúde. Acontece porém que, ao desenvolver as suas aptidões de intervenção o psicólogo irá defrontar-se com o facto de que, num hospital nada é independente de nada. Todos os serviços clínicos se encontram mergulhados na mesma realidade institucional, por mais díspares que sejam as suas especializações reais. Do confronto entre um «Serviço de Psicologia Vertical» (para um sector específico) e um «Serviço de Psicologia Horizontal» (para todo o hospital), deve resultar uma solução flexível, a qual permita uma mobilidade potencial aos psicólogos envolvidos. Isto é, a adopção de critérios de trabalho deve ter sempre em conta a realidade institucional como núcleo fundamental do objecto de intervenção.

Debruçando-se sobre a realidade institucional, a equipa de psicólogos que meteu ombros a esta tarefa deve criar um quadro geral do hospital, da população utente e da interacção quotidiana «instituição-paciente». Aparentemente simples, a construção deste quadro geral implica, desde já, uma selectividade muito grande no tipo de informação a recolher. Criar um quadro geral de um hospital significa que os psicólogos conheçam a organização prática dos diversos sectores clínicos ali operantes, aquilo que produzem e também a forma como se relacionam entre si. Criar um quadro geral da população

(*) Queremos agradecer à Prof. Doutora Maria Rita Mendes Leal, todo o empenhamento colocado nos vários anos de discussão e apoio científico, sem o qual não poderíamos redigir este artigo.

(**) Assistente, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

utente significa que os psicólogos necessitam de conhecer as características psicossociais dos seus futuros pacientes (ex.: idade, sexo, estatuto social e profissional, apoio familiar, apoio social, etc.), as quais podem desempenhar um papel importante na determinação do estado de saúde, na recuperação e também no relacionamento entre os pacientes e os técnicos de saúde. Com respeito à interacção entre a população utente e a população técnica (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, etc.), necessitamos de saber se os procedimentos de rotina influenciam o comportamento dos pacientes. O que, por via directa ou indirecta, pode influenciar, negativa ou positivamente, o estado de saúde física e psicológica do indivíduo, a sua recuperação, a sua capacidade de reassumir os seus estatuto e papel psicossociais, familiares, etc.

No momento em que a equipa de psicologia alcançou uma compreensão global do «acontecimento humano» que caracteriza o seu hospital, é necessário criar uma avaliação geral do «sofrimento psicológico» (gerado ou desencadeado) em cada sector clínico. Uma visão global (superficial) costuma mostrar que, na generalidade dos hospitais, existem três tipos de sectores: consultas externas; urgências e enfermarias. Regra geral, as consultas externas são o sector em que o sofrimento é menor, mais fácil de conter ou, circunstancialmente, mais fácil de tratar. Também acontece frequentemente que, nas urgências, pela natureza e gravidade das situações, a acção dos psicólogos é sobremaneira difícil de organizar. Por outro lado, as enfermarias, onde os pacientes permanecem por períodos de tempo relativamente longos, constituem um espaço em que o sofrimento psicológico se desenvolve com muita facilidade. Além disso, a inactividade forçada e a recepção passiva dos cuidados clínicos dificultam o emergir dos recursos individuais que se possam opôr à adversidade do momento. Portanto, acontece muitas vezes que, as enfermarias são o local de eleição para o início do trabalho clínico dos psicólogos.

Após esta tomada de decisão, confrontámo-nos com um problema de outra dimensão: nas enfermarias de um hospital os doentes são sempre muitos e, além disso, nem todos necessitam igualmente do nosso apoio. A solução para esta encruzilhada reside, habitualmente, na cons-

trução de uma metodologia de «rastreo psicológico». Quer isto dizer que, naquelas enfermarias em que a possibilidade do «risco de sofrimento psicológico» é aumentada pela combinação da doença com o tratamento, precisamos de fomentar um contacto directo com os pacientes em causa, de forma a avaliar três coisas: quais os que sofrem mais; quais os que não podem prescindir de apoio psicológico e, quais os que não podem beneficiar com a especificidade da nossa intervenção. Neste sentido, pretendemos discriminar os pacientes que não podem mais lidar com a ocorrência dos seus problemas de saúde, e com as suas consequências, daqueles que, sofrendo de problemas de saúde semelhantes conseguem recriar uma solução psicológica saudável e adequada à adversidade do momento. Tendo em vista esta discriminação, o psicólogo procura recolher informação específica (reacção à doença; reacção ao internamento; reacção ao tratamento; expectativa de recuperação, etc.), ao mesmo tempo que recolhe informação acerca da organização psicológica da pessoa em causa (que tipo de personalidade; que nível de ansiedade; que espécie de mecanismos; etc.). A criação de um rastreo psicológico apresenta problemas muito específicos, o primeiro dos quais é o espaço em que decorre. É sabido por todos que, nos hospitais, o espaço para gabinetes é sempre muito reduzido. Acrescentando a isto que uma grande parte dos doentes das enfermarias não se pode deslocar, facilmente chegamos à conclusão que o nosso rastreo vai decorrer nas próprias enfermarias, com o psicólogo sentado na cama, face a face com o doente e, ao alcance da vista e da audição dos outros doentes. Para os psicólogos unicamente habituados ao atendimento em gabinete individual os problemas daqui decorrentes são insuperáveis. No entanto, a experiência demonstra-nos que, o psicólogo versado neste contexto supera as dificuldades ambientais configurando uma nova postura perante o seu cliente: o seu tom de voz, a sua atenção, e a interacção (verbal e não verbal) que coloca à disposição do seu cliente harmonizam-se de forma a que a situação clínica se torne sustentável. Aliado imprescindível na consecução desta tarefa, o cliente adapta-se à relação de forma espontânea. O mesmo é dizer, o cliente também possui um Ego que, felizmente para nós, partilha da gestão da

interacção psicológica. Desta forma, o diálogo proporcionado não vai mais fundo do que é necessário, situa-se a um nível emocional manejável, e permite a tomada de uma decisão. Esta, evidentemente, é fruto de um acordo entre o consulente e o consultante e, possibilita a evolução para o passo seguinte.

O passo que se segue varia consoante as necessidades do cliente, as suas capacidades internas, e também, de acordo com o que a equipa de psicologia pode oferecer. Em certas enfermarias onde a problemática dos pacientes é muito semelhante, e onde a estadia é curta e dedicada a um procedimento cirúrgico comum, é possível conceber um processo de intervenção em grupo. Pelo contrário, quando os utentes de uma enfermaria estão desencontrados face à admissão e à alta, e nada possuem em comum nas suas problemáticas individuais, o tratamento individual é muitas vezes a única solução à vista. Independentemente da decisão tomada, é fundamental que os psicólogos em acção num hospital não esqueçam que, nestas instituições as vicissitudes emocionais dos utentes desenvolvem-se na proporção directa dos tratamentos e das transferências de enfermaria para enfermaria. De facto, não é raro encontrarmos doentes que deixaram um pouco de si na Sala 3, Cama 4 daquele serviço, para depois deixarem mais outro bocado da sua identidade na Cama 5, Sala 6 do Serviço seguinte. Neste percurso, o cuidado prestado pelo psicólogo assume-se como a garantia da continuidade humana, no momento em que a organização interna começa a ceder perante as inevitáveis alterações impostas pela especificidade da situação clínica.

A importância da actuação clínica face ao utente de um hospital não esgota a nossa necessidade de intervenção na tentativa de melhorar a qualidade psicológica do internamento. E neste aspecto, é de salientar a importância que devem assumir as nossas prestações indirectas de trabalho. Quer isto dizer que, o trabalho que os psicólogos clínicos desenvolvem junto dos outros técnicos de saúde é tão, ou mais importante do que o trabalho directo com os doentes. Pela sua formação, e pela preocupação permanente com os aspectos primordiais da organização humana interna em todos os seus matizes, o psicólogo clínico ocupa um lugar estratégico na formação da empatia dos outros técnicos

de saúde. Quer seja pela abordagem das vicissitudes do desenvolvimento (infantil, adulto, ou geronte), quer seja pela abordagem da reacção face ao acontecimento («stress», ansiedade, depressão, etc.), o psicólogo possui uma especificidade de conhecimento que importa transmitir. A articulação deste tipo de conhecimento com as necessidades de intervenção em cada especialidade resulta sempre numa realidade demasiado específica para poder aqui ser tratada. O que importa aqui salientar é que, em todos os domínios da prática hospitalar o psicólogo clínico é porta voz de uma sensibilidade à organização individual que, pode e deve transmitir-se a todos os profissionais de saúde.

Sejam quais forem as formas de intervenção psicológica a adoptar num hospital, teremos sempre de encarar a necessidade de comprovar a sua utilidade e a sua eficácia. Na nossa opinião, quando nasce um serviço de psicologia numa instituição de saúde, é necessário recolher e organizar estatisticamente a informação que, corrobora a pretensão com que nos instalamos: «Queremos reduzir os níveis de ansiedade dos pacientes que vão ser submetidos a intervenção cirúrgica? Há que medir esses níveis e demonstrar a sua redução!»; «Queremos aumentar a capacidade de controlo da dor em pacientes com dores crónicas ou agudas? Há que medir essa capacidade e verificar o seu aumento!»; «Queremos melhorar a qualidade dos mecanismos com que os pacientes defrontam a doença? Há que inventariar esses mecanismos e discriminar a sua evolução!», etc. Como se de um projecto de investigação se tratasse, a intervenção dos psicólogos da saúde em meio hospitalar tem de constituir um processo de oferta e de recolha em simultâneo. Os psicólogos que não conseguirem extrair dos seus pacientes a informação necessária para justificar a sua existência, estarão a circular sem rumo científico definido, e o seu projecto destina-se a uma morte certa e anunciada.

O mais particular de todos os aspectos desta discussão diz respeito à organização interna da equipa dos psicólogos que meteram ombros a esta tarefa. Neste ponto, muitas são as soluções a apontar. Com certeza, elas variam de acordo com as particularidades da instituição e, muito especialmente de acordo com a especificidade dos problemas de saúde da população utente.

No entanto, existem duas necessidades que pensamos serem gerais, e por isso podem influenciar globalmente todos os profissionais do ramo. A primeira é a necessidade de «actualização emocional», que assiste a todos aqueles que se envolvem na prestação de cuidados psicológicos aos seres humanos em sofrimento. A segunda é a inevitável necessidade de programação de trabalho a longo prazo. Temos visto que, em todos os sectores profissionais de saúde se responde espontaneamente a estas duas necessidades. A resposta à primeira é, regra geral, uma reunião diária, curta, e estruturalmente desordenada: não há ordem de trabalhos; fala-se de tudo e de nada; e parte-se para a segunda metade do dia de trabalho com um conhecimento intuitivo das vicissitudes que a equipa enfrenta no dia a dia. A resposta à segunda constitui uma reunião semanal (ou bissemanal), debruça-se sobre questões específicas pré-programadas, e serve para tomar decisões organizativas: quem vai para tal sector; como se faz o relatório do movimento anual do serviço; como se vai apoiar a criação da nova consulta externa, etc.

Terminada esta curta reflexão sobre as prelevidades geradas pela introdução da psicologia clínica num contexto hospitalar, achamos chegado o momento de confessar que, este tema não se esgota nestas poucas linhas. De facto, esta reflexão em abstracto não visa abarcar todas as circunstancialidades materiais que podem constituir a realidade prática deste assunto. Esta ponderação, necessariamente global e superficial, visa, tão só, auxiliar o desenvolvimento das discussões iniciais que inevitavelmente se geram quando uma equipa de psicólogos clínicos resolve encetar a «aventura» da aplicação prática da «Psicologia da Saúde».

RESUMO

Neste artigo faz-se uma breve discussão de quais devem ser as possíveis regras, e princípios gerais, norteadores da criação de «Serviços de Psicologia» a instalar em hospitais não psiquiátricos. São focados aspectos fundamentais como: «Serviço Horizontal» (para todo o hospital) *versus* «Serviço Vertical» (para uma parte do hospital); organização institucional; avaliação probabilística do risco de sofrimento psicológico; rastreio psicológico dos utentes; critérios de intervenção; avaliação de resultados; e, estruturação da equipa.

RESUMÉ

Dans cet article on fait la discussion des possibles règles d'organisation de «Services de Psychologie» dans les hôpitaux non-psychiatriques. Les aspects fondamentaux sont: «Service Horizontal» (pour tout l'hôpital) *versus* «Service Vertical» (pour une seule partie de l'hôpital); organisation institutionnelle; détermination de la probabilité du risque psychologique; évaluation de la souffrance psychologique; critères d'intervention; évaluation des résultats de l'intervention; et, organisation de l'équipe des psychologues.

ABSTRACT

This paper is a discussion about the possible rules and general criteria of organization of «Psychological Services» to be installed in non-psychiatric hospitals. Fundamental aspects are: «Horizontal Services» (for all the hospital) *versus* «Vertical Services» (for a single part of the hospital); institutional organization; determination of psychological risk probability; screening psychological suffering among the consumers population; intervention criteria; assessing intervention results; and, team structure.