

Módulo Individual Psicologia

PSICOLOGIA DA SAÚDE & HOSPITALAR

Prof^a. Ana Vanessa Neves

Metodologia
Direto ao Ponto



EDITORA

www.concursospsicologia.com

SUMÁRIO

1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	3
2. PSICOLOGIA APLICADA AO CAMPO DA SAÚDE.....	9
3. MANUAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR – POR ALFREDO SIMONETTI	17
4. SOBRE A MORTE E O MORRER – POR ELIZABETH KÜBLER-ROSS.....	78
5. BIOÉTICA	97
BIBLIOGRAFIA.....	107

1. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O conceito de saúde é dinâmico e tem sido compreendido de formas bastante diferentes ao longo da história da humanidade. Conforme sabemos, a noção de saúde foi por muito tempo determinada como o inverso da doença. Ou seja, estar saudável é não estar doente.

Neste ponto devemos nos perguntar, então, o que é a doença? Veremos que, na maior parte das situações, a doença foi compreendida dentro de uma concepção de causalidade, sendo vista com algo determinado por algum fator.

A seguir apresento um quadro que elaborei com vistas a traçar uma linha do tempo demonstrando a variação dessa concepção entre diversos povos e em momentos históricos variados.

Homens primitivos	Todos os eventos eram explicados do ponto de vista mágico ou religioso, inclusive os estados de saúde e doença.
Assírios, egípcios, caldeus, hebreus e outros povos da Antiguidade	O corpo humano era compreendido como receptáculo de um elemento externo que, ao penetrá-lo produzia a doença. Estes elementos externos podiam ser tanto naturais como sobrenaturais. Neste período o entendimento sobre as observações empíricas relacionadas ao surgimento das doenças e a função curativa das plantas eram revestidas de concepção religiosa.

**Medicina Oriental
(Hindu e Chinesa)**

A doença é entendida como desequilíbrio entre elementos/humores que compõem o organismo humano. A causa para este estado é explicada pela interação entre os órgãos e o ambiente físico (astros, clima, insetos e outros animais, elementos da natureza). Nesta concepção o homem desempenha papel ativo no processo de manutenção da saúde, não havendo caráter mágico ou religioso.

Idade Média

A concepção cristã sobre o homem e a natureza redirecionou as formas de pensar sobre as doenças, atribuindo ao pecado ou aos demônios a origem dos males físicos. No final deste período, devido ao crescente número de epidemias na Europa, os estudiosos retomaram as observações empiristas em busca da causalidade das doenças.

Medicina Grega

Os gregos descartam os elementos mágicos e religiosos como causadores de doenças e pautavam-se na observação empírica (ambiente, sazonalidade, posição social dos indivíduos, entre outros) para explicar o surgimento das doenças.

Renascimento

A medicina volta a ser exercida, predominantemente por leigos, e são retomados os experimentos e as observações anatômicas. O modelo explicativo para as doenças epidêmicas é a existência de partículas invisíveis que atingem o homem por contágio direto, por dejetos ou outros veículos.

Século XVIII

Os estudos médicos voltam-se para compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas produzidas pela doença. O estudo das causas cede lugar à prática clínica: localização da sede das doenças no organismo e desvelamento da linguagem dos sinais e sintomas.

Séc. XVIII
Após a Revolução Francesa

Frente ao contexto de crescente urbanização da Europa e consolidação do sistema fabril emerge com força crescente a concepção de causalidade social, que estabelece a relação entre as condições de vida e de trabalho das populações e o aparecimento das doenças. Neste período ocorreu o desenvolvimento teórico das ciências sociais, permitindo a elaboração de uma teoria social da medicina. Nesta concepção, o ambiente deixa de ser natural para revestir-se de caráter social.

Séc. XIX

As descobertas bacteriológicas (vírus e bactérias) restabelecem a primazia das causas externas, deslocando as concepções sociais. Propõe um modelo unicausal segundo o qual se considera que para cada doença existe um agente etiológico.

Séc. XX

Modelo Biomédico – a saúde é definida como ausência de doença. O foco do modelo recai sobre os processos físicos de uma doença, sem considerar o papel dos fatores sociais ou da subjetividade.

Modelo Processual – leva em consideração a história natural da doença, ou seja, a progressão ininterrupta de uma doença em um indivíduo desde o momento da exposição aos agentes causais até a recuperação ou a morte, enfatizando a noção de equilíbrio-desequilíbrio.

Modelo da Determinação Social da Doença – corrente de pensamento que considera que as condições de adoecimento são determinadas, em última instância, pela maneira como a sociedade se organiza e a forma como os indivíduos se inserem nela.

Modelo Multifatorial – considera que a saúde e a doença são determinadas num contexto **biopsicossocial**, onde esses três fatores (biológico, psíquico e social), de maneira igual, interagem sobre o processo saúde-doença. Essa teoria, nos últimos anos, agregou outros fatores, como espiritual e ambiental aos determinantes de saúde.

Conforme vimos, a discussão associada ao binômio saúde-doença foi se expandindo gradativamente e incorporando as dimensões física, emocional, mental, social e espiritual do ser humano.

Segundo Viana (2012), pode-se dizer, em termos de sua determinação causal, que o processo saúde-doença representa o **conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população**, que variam em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade.

Durante a VII Conferência Nacional de Saúde foram discutidos os temas: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SUS) e financiamento setorial. Nesta conferência adotou-se o seguinte conceito sobre saúde:

“... em seu sentido mais abrangente, a saúde é **resultante** das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Brasil, 1986).

Essa perspectiva considera que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de maneira desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade (Berlinguer *apud* Viana, 2012). Podemos notar claramente que a concepção que embasa este conceito é o Modelo da Determinação Social da Doença.

De outro modo, a definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde é condizente com o Modelo Multifatorial, conforme podemos depreender de seu texto:

“Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1976)

A partir dessa diretriz, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, em busca da efetiva integralidade das ações. Essa prática favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

Em conformidade com o preconizado pela NOB-SUS 96, o modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção sempre cirúrgica ou medicamentosa, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias (Brasil, 1996).

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (Brasil, 1996).

2. PSICOLOGIA APLICADA AO CAMPO DA SAÚDE

A Psicologia se desenvolveu no Brasil em meio às atribuições políticas e sociais que marcaram o país durante a vigência do regime militar.

Durante as décadas de 1960 a 1980 diversos eventos foram fundamentais para a consolidação da Psicologia enquanto ciência e profissão no país, tais como a regulamentação da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que estimulou a criação de novos cursos, assim como consolidou o ensino da Psicologia nos cursos superiores; a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Psicologia, pela Lei nº 5.766 de 20/12/1971.

Essa década foi importante para a Psicologia no Brasil, com predominância da busca por autonomia científica e uma nova identidade, com muitos debates, congressos, encontros, publicações e reflexões.

A década de 1990 foi marcada pela preocupação dos psicólogos com a imagem da Psicologia e do psicólogo junto à população. Esse processo de revisão e crítica tem em vista a produção de um conhecimento comprometido com a realidade brasileira e com a transformação social (Bock, 2007).

O psicólogo começou a ser visto como profissional da saúde; a profissão se aproximou dos contextos sociais; houve aumento do número de profissionais em outros campos de trabalho não tradicionais, o que levou à necessidade de rever a formação tradicional dos psicólogos (Araújo, 2008).

As explicações do processo saúde/doença que englobam uma perspectiva psicológica têm uma história recente que remonta à década de 1930. Spink

(2011) apresenta três perspectivas com entendimentos distintos acerca do processo saúde/doença, vejamos:

- **Primeira vertente** - tem como conceito central a psicogênese da doença, buscando explicação na esfera intraindividual.
- **Segunda vertente** - enfatiza os aspectos psicossociais da cadeia multicausal responsável pelo surgimento da doença.
- **Terceira vertente** - a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, é, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade.

A primeira vertente está voltada à explicação do aparecimento da doença como organismo individual, tendo como referencial duas correntes distintas: uma fortemente influenciada pela abordagem psicanalítica e a outra mais vinculada às teorias da personalidade (Spink, 2011).

A abordagem de base psicanalítica utilizava a psicogênese como modelo explicativo para o surgimento das doenças e foi a teoria predominante na medicina psicossomática entre 1930 e 1968.

A tese central proposta era de que os conflitos inconscientes não resolvidos entre os desejos e as forças antagonísticas do ego e do superego geravam tensões emocionais crônicas, cujos correlatos fisiológicos podiam resultar em disfunção ou mesmo em mudanças estruturais em determinados órgãos do corpo (Spink, 2011).

Spink (2011) afirma que essa corrente perdeu força à medida que se passou a reconhecer a multicausalidade da doença e se re-situou a emoção como um dos elementos da resposta psicofisiológica do organismo aos *inputs* de informação do ambiente – e não mais como causa primária de determinadas reações somáticas.

A segunda corrente da vertente intraindividual, mais próxima às teorias da personalidade, também obteve destaque a partir da década de 1930, especialmente através do trabalho de Helen Dunbar.

O pressuposto central dessa corrente é a existência de uma relação entre certos tipos de personalidade e certas doenças. Atualmente seu esforço de pesquisa centra-se especialmente em duas doenças da modernidade: o câncer e as doenças cardíacas (Spink, 2011).

A **segunda vertente** enfatiza os aspectos psicossociais da cadeia multicausal responsável pelo surgimento da doença (Spink, 2011).

Essa vertente tornou-se particularmente popular em função dos avanços metodológicos que possibilitaram a mensuração das variáveis, a construção de indicadores e o seu tratamento estatístico através de técnicas multivariáveis, tornando possível estabelecer correlações e nexos causais entre eventos estressantes na vida do indivíduo e o aparecimento da doença (Spink, 2011).

As duas primeiras vertentes privilegiam a explicação da doença a partir da explicação da rede de causalidade: o que está em pauta é entender (e prevenir) o surgimento da doença (Spink, 2011).

A primeira vertente pertence à esfera das emoções e das terapias, a segunda pertence à esfera da educação (Spink, 2011).

Esta segunda vertente está intrinsecamente relacionada às posturas de promoção da saúde e prevenção da doença (Spink, 2011).

Na **terceira vertente**, a doença é vista como um fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, é, sobretudo, um indicador da ideologia vigente sobre o adoecer e os doentes em uma determinada sociedade (Spink, 2011).

Esta perspectiva aborda a doença não apenas como uma experiência individual, mas também como um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade e passa a legitimar também a ótica do paciente, possibilitando o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo (Spink, 2011).

Assim, a terceira vertente enfatiza as representações do processo saúde/doença, procurando o substrato social das construções que determinados grupos ou sociedades fazem da doença e da saúde (Spink, 2011).

A primeira corrente dessa terceira vertente centra os esforços de pesquisa especificamente nas teorias do senso comum, ou seja, nas explicações da saúde/doença na interface entre os fatores sociais e os sociobiológicos. A segunda corrente explora as interfaces entre a representação e o comportamento. A terceira corrente, por sua vez, explora a interface entre o saber popular e o saber oficial (Spink, 2011).

Spink (2011) considera que a terceira vertente promoveu um salto qualitativo acerca do entendimento do processo saúde/doença, pois possibilitou o planejamento do conjunto de práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção ou cura da doença. A autora destaca como contribuições dessa vertente para a área da saúde:

1. As representações sobre saúde passaram a ser vistas como formas de conhecimento prático que orientam as ações. A palavra de ordem, no caso, não é educar, mas conscientizar.
2. Em segundo lugar, o que está em pauta é o sentido pessoal dado à experiência.
3. A perspectiva da construção social do conhecimento sobre saúde e doença traz contribuições efetivas, diminuindo a distância social; possibilitando a compreensão da visão de mundo específica dos diversos grupos sociais e motivando os psicólogos à buscarem formas de atuação mais compatíveis com os objetivos do atendimento ao nível primário.

Merecem destaque as mudanças que vêm ocorrendo na inserção dos psicólogos nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à sua atuação em serviços ambulatoriais e em unidades básicas.

No Brasil, a grande inserção dos psicólogos nos serviços de saúde ocorreu em São Paulo a partir de 1982, com a implantação da política de desospitalização e de extensão dos serviços de saúde mental à atenção básica (Spink, 2011).

O termo "psicologia da saúde" tem sido utilizado para denominar o conjunto de atividades exercidas por profissionais da área de psicologia no campo da

saúde, não somente nas formas de assistência e pesquisa, mas também na forma de ensino (Almeida e Malagris, 2011).

A Psicologia da Saúde é uma área recente que interessa-se pela forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. As pesquisas desta disciplina visam a compreensão da inter-relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças (Almeida e Malagris, 2011).

A Psicologia da Saúde atua no campo da promoção e manutenção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença, na identificação da etiologia e no diagnóstico relacionado à saúde, à doença e às disfunções, auxiliando no manejo ou no enfrentamento das mesmas, bem como contribui para o aperfeiçoamento do sistema de política e da saúde (Angerami-Camon, 2002; Almeida e Malagris, 2011).

As funções dos profissionais de Psicologia da Saúde estão se expandindo à medida que o campo amadurece. A maioria dos psicólogos da saúde trabalham em centros de saúde, hospitais, clínicas e departamentos acadêmicos de faculdades e universidades onde eles podem fornecer ajuda direta e indireta aos pacientes.

Os campos de atuação clínica podem ser: prestação de cuidados de saúde na atenção básica e de média complexidade, unidades de internação hospitalar (alta complexidade), serviços de saúde mental, unidades de dor, oncologia, serviços de saúde pública, serviços de saúde ocupacional, consultas de supressão do tabagismo, serviços de reabilitação, entre outros (Almeida e Malagris, 2011).

A atuação em Centros de Saúde e Hospitais deve levar em consideração uma tripla dimensão de intervenção: os pacientes, seus familiares e os profissionais de saúde.

As intervenções dos psicólogos no contexto da saúde pública estão fundamentadas, principalmente, em duas grandes áreas de estudo e prática: A Psicologia Social e a Saúde Coletiva.

Atualmente, tem sido bastante utilizado o termo Saúde Coletiva, que designa um campo de conhecimento e práticas em saúde enquanto fenômeno social, cuja centralidade está em considerar a diversidade e especificidade tanto das características e necessidades individuais quanto dos grupos populacionais com seus modos próprios de adoecer e suas próprias concepções e práticas de saúde (Neves, 2012).

Paim (2006) contextualiza a constituição do campo da Saúde Coletiva latinoamericana como um desenvolvimento a partir da Medicina Social do século XIX e pela saúde pública institucionalizada nas universidades e nos serviços de saúde. Enquanto campo do conhecimento, a Saúde Coletiva se fundamenta de modo transdisciplinar em três pilares: Epidemiologia, Ciências Sociais em Saúde & Administração e Planejamento em Saúde.

Em termos práticos, a proposta da Saúde Coletiva é a de um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde com ênfase na reorientação da assistência aos doentes, na promoção de saúde, na busca da prevenção de riscos e agravos, e na melhoria na qualidade de vida, favorecendo mudanças nas relações entre os sujeitos sociais prestadores de serviços em saúde (ISC, 2011).

Atualmente a promoção de saúde é vista como um processo de capacitação em que os sujeitos aprendem a regular os fatores de risco e os de proteção, implicando numa mudança de paradigma, em que a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado e torna-se um recurso para o desenvolvimento da vida (Westphal, 2000; *apud* Braga, Machado e Neves, 2005).

3. MANUAL DE PSICOLOGIA HOSPITALAR – POR ALFREDO SIMONETTI

O psicólogo e psiquiatra Alfredo Simonetti nos brinda com esta excelente obra. O que mais me chama atenção neste livro é a clareza e praticidade com que o autor apresenta uma infinidade de conceitos importantíssimos, distribuídos de forma tão didática em poucas páginas. Esse manual sintetiza conhecimentos oriundos de três fontes principais: a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia hospitalar. O livro está dividido em duas partes: (1) Diagnóstico; (2) Terapêutica.

Apresentarei a seguir o livro quase integralmente, pois há dezenas de conceitos que podem ser exigidos em prova. Mas fique tranquilo, pois sou uma estudante dedicada e vou apresentar a você um resumo completo, totalmente adequado às exigências das bancas de concursos.

Por diversas vezes utilizarei trechos literais do livro, pois ele é altamente concursável, então utilizarei minha expertise para apresentar a você os pontos que merecem maior destaque, a partir das palavras do próprio autor. Está pronto para uma porção de caviar? 😊 Vamos lá!

O adoecimento se dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um “real”, de natureza patológica, denominado “doença”, presente em seu próprio corpo, produzindo uma infinidade de aspectos psicológicos que podem se evidenciar no paciente, na família, ou na equipe de profissionais (Simonetti, 2013).