

BREVE OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

BRIEF LOOK INTO THE HISTORY OF THE HEALTH PSYCHOLOGY IN BRAZIL

Anna Elisa Leme³³

Cristiane Correa¹⁵

Hevellin Nattany Piai¹⁵

Tamires Cristine de Almeida¹⁵

Érica C. Pereira³⁴

RESUMO

O presente artigo visa uma reflexão sobre a história e o desenvolvimento de uma área de atuação permitindo a melhor compreensão histórica e adequação de práticas atuais. Este artigo apresenta aspectos da História da Psicologia da Saúde principalmente da Psicologia Hospitalar no Brasil e um panorama da atuação do psicólogo, sob enfoque psicanalítico, nesse contexto. Para tanto, resgata o trabalho feito pelas pioneiras que atuaram nessa área, Matilde Neder e Bellkiss Wilma Romano Lamosa. Em seguida ressalta as atribuições da Psicologia Hospitalar nas Instituições de Saúde, sua função de humanização, ensino, pesquisa e o trabalho em três vertentes: paciente, família e equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Psicologia da Saúde, História da Psicologia, Atuação do Psicólogo.

ABSTRACT

This article aims to reflect on the history and development of an area of operations allowing better historical understanding and appropriateness of current practices. This paper presents aspects of the History of Health Psychology Health Psychology mainly from Brazil and an overview of the psychologist under psychoanalytic approach in this context. For this, rescues the work done by the pioneers who worked in that area, and Matilde Neder Bellkiss Wilma Roman Lamosa. Then emphasizes the duties of Health Psychology in health institutions, their role humanization, teaching, research and work in three areas: patient, family and staff.

KEYWORDS: Health Psychology; History of Psychology; Performance Psychologist.

133

HISTÓRIA DA PSICOLOGIA NA SAÚDE

A Psicologia da Saúde, em âmbito nacional, teve seu início no ano de 1954 com Matilde Neder, que desenvolvia um trabalho na Clínica Ortopédica de Traumatologia da Universidade de São Paulo (USP). Nesse local foi instalado um Serviço de Psicologia Hospitalar, onde ela era a responsável por acompanhar os pacientes que eram submetidos às cirurgias de coluna, cujo propósito era acompanhar e avaliar esses pacientes para a intervenção cirúrgica e a recuperação pós-cirúrgica (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

Ao realizar esse trabalho, Matilde Neder se viu forçada a fazer algumas mudanças técnicas em seu instrumento teórico, adaptando-o à realidade institucional. Segundo Camon (1996), Neder dizia que o trabalho hospitalar era um desafio para nossa profissão, por se tratar de uma prática que parecia distante dos modelos teóricos de atendimentos clínicos. A partir disso, foram criados modelos teóricos e técnicos para a realização de atendimentos adaptados à realidade institucional do sistema de saúde. Com esse ponto de partida, foram adotados preceitos teóricos e práticos da Psicoterapia Breve (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

No ano de 1987 foi criada a Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da USP, sendo a Matilde Neder responsável pela mesma (Silva & Portugal,

33 Psicóloga formada pelo Centro Universitário Filadélfia (Unifil) de Londrina (PR).

34 Mestre em Psicologia pela UNESP (Assis) é docente no curso de Psicologia do Centro Universitário Filadélfia (Unifil) de Londrina (PR). End: Avenida Juscelino Kubistchek, 1626, CEP: 86020-000, Londrina (PR). Contato: pereira.ericac@gmail.com.

2011). Matilde Neder migrou para o Instituto Nacional de Reabilitação da USP, hoje divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas da USP. Em algumas de suas conferências Matilde aponta algumas competências necessárias para o psicólogo que deseja traçar seu caminho na Psicologia Hospitalar podendo estender para outras Instituições de Saúde: reavaliação emocional; tomada de consciência dos seus limites pessoais e da amplitude que sua atuação irá alcançar (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

Camon (1996) aponta que Matilde Neder propõe um trabalho multidisciplinar dentro da dinâmica hospitalar, enfatizando o quanto é importante o entrosamento entre profissionais de diferentes áreas no acompanhamento dos pacientes e em sua recuperação. Se não houver essa cumplicidade entre ambas as partes, essa lacuna e falta de comunicação afetará o trabalho dos profissionais e principalmente o paciente.

Outra pioneira que contribuiu para a História da Psicologia Hospitalar foi Bellkiss Wilma Romano Lamosa. No ano de 1974, Bellkiss foi convidada para implantar um Serviço de Psicologia no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Silva & Portugal, 2011).

Em 1976, Bellkiss passou a coordenar o Curso de Psicologia Hospitalar ofertado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Sendo o primeiro curso de Psicologia Hospitalar dentro de um programa de graduação em Psicologia. Este curso durou até 1980, quando Bellkiss deixou suas atividades acadêmicas naquela Universidade. Posteriormente muitos outros cursos passaram a ser ofertados pelas diversas Faculdades de todo o país, havendo um destaque para a Psicologia Hospitalar (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

134

Seguindo um panorama geral, no período da Ditadura Militar houve um avanço no campo de trabalho do psicólogo, sendo possível realizar atendimentos psicoterápicos e clínicos. Foi durante a década de 1970 que os psicólogos passaram a atuar efetivamente nos hospitais (Silva & Portugal, 2011).

Inicialmente o trabalho do psicólogo se dava dentro das instituições públicas de saúde no âmbito dos ambulatórios gerais e psiquiátricos. Pouco a pouco foi se expandindo para outras instituições de saúde, como por exemplo, Casa de Apoio, Unidades Básicas de Saúde. Com o decreto nº 53.46/64, a psicologia passou a ser uma das quatorze profissões pertencentes à área da saúde (Silva & Portugal, 2011).

Em 1997, Marisa Decat Moura, contando com o apoio de vários profissionais de todo país, inclusive de Bellkiss, fundou a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), com sede em Belo Horizonte (MG). A SBPH surgiu como forma de substituição do gerenciamento por particulares dos eventos realizados até então. Essa sociedade tem como objetivo: difundir cientificamente o conhecimento produzido a partir da prática Hospitalar, gerar debates entre os psicólogos que atuam em hospitais e privilegiar o avanço da prática psicológica nas Instituições de Saúde (SBPH, 2013). Conforme aponta Camon (1996, p. 24):

As perspectivas da Psicologia Hospitalar são bastante promissoras e alentadoras. Promissoras porque determinam a própria trajetória de suas conquistas e realizações. Alentadoras por tratar-se de uma prática que se iniciou sem um determinismo que pudesse unificá-la a partir de pressupostos, diretrizes e construtos, mas que cresceu além de seus próprios limites. Ganhando espaço nas universidades, nas publicações, nos eventos científicos.

A partir da citação se pretende não execrar a Psicologia Hospitalar, mas a partir dela se extrair pontos convergentes com a Psicologia da Saúde. A questão é por que a Psicologia Hospitalar logrou êxito no meio acadêmico e prático e a Psicologia da Saúde foi pouco expressiva? Não é possível afirmar que a falta de determinismo e também os pressupostos teóricos e das diretrizes de atuação do psicólogo hospitalar tenha facilitado o interesse dos estudiosos.

PSICOLOGIA DA SAÚDE E ATUAÇÃO

Camon (1996) aponta que nos últimos anos houve um crescimento no número de psicólogos na área da saúde. A Psicologia da Saúde cresceu na medida em que se enfatiza o caráter preventivo na saúde, considerando não só os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais, sócio-históricos da doença. A interação mente-corpo ou psíquico-físico no adoecimento ganha destaque e importância no tratamento (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

A doença é influenciada por diversos fatores, biológicos, emocionais, sociais entre outros. O psicólogo pouco pode fazer em relação ao sintoma físico, mas pode fazer muito na relação entre o paciente e seu sintoma (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996; Spink, 2009).

Pensar na Psicologia da Saúde implica em interrogar a Psicologia Hospitalar. Esse diálogo e questionamento faz sentido quando situado no contexto brasileiro, no qual a cisão entre Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar está presente e parecem deixar ambos os campos opostos. Desse modo, a ideia não deve ser de oposição, mas de complementariedade.

Conforme Castro e Bornholdt (2004), a Psicologia da Saúde é uma área inquestionável no âmbito internacional, e no Brasil se mostra incipiente, embora tenha sido um campo em franco crescimento, mas pouco absorvido pela Psicologia. Isto é, a Psicologia da Saúde amplia os locais de atuação do psicólogo, abrangendo a sua perspectiva de trabalho, podendo ser desde uma organização, com aparato arquitetônico institucional, mas também a casa de um paciente ou um local qualquer na comunidade.

Castro e Bornholdt (2004) revelam que as técnicas, os princípios éticos e científicos não perdem sua validade diante das ações na saúde, as quais visam diagnosticar, tratar e também modificar os elementos que têm relevância no processo a saúde-doença. Por fim, esta especialidade da Psicologia abarca três campos do conhecimento: a Psicologia Clínica, a Psicologia Social-Comunitária e as Ciências Biomédicas.

Entretanto, Castro e Bornholdt (2004) ressaltam que a Psicologia Hospitalar é uma especialidade, podendo ser considerada uma sub-área da Psicologia da Saúde. A atuação é estrita ao contexto hospitalar, resultando em ações de níveis secundários e/ou terciários de complexidade, ou seja, a ação da Psicologia somente acontecerá quando o sujeito já estiver adoecido. As ações da Psicologia Hospitalar se caracterizam por:

[...] atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva; pronto atendimentos; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. (Castro & Bornholdt, 2004, p. 50)

Nesse sentido, não há espaço para a Psicologia Hospitalar desenvolver os cuidados primários preconizados pela Psicologia da Saúde, por exemplo. Somado a isso, identifica-se no âmbito internacional pouca literatura específica da área da Psicologia Hospitalar, revelando a inexistência de tal área de especialidade.

Observamos um declínio das ações assistenciais direcionadas para o uso de equipamentos e insumos médico-hospitalares de alta e média complexidade, porque no Brasil assim como na América Latina tem ocorrido a expansão dos cuidados primários focados nas ações de cunho preventivo e de promoção de saúde (Spink, 2009; Castro & Bornholdt, 2004).

A partir da década de 1990, houve uma política de inversão nas ações de saúde, isto é, se antes as doenças e as ações médicas eram centrais nos tratamentos de saúde, naquele período, passou-se a descentralizar as ações de saúde, sendo que o próprio conceito de saúde começou a ser considerado efeito de um processo sócio-histórico (Spink, 2009).

A partir desta noção de saúde, é que surgiu a necessidade de modificar a assistência em saúde, pois a visão biomédica limitariam as ações de modo que isto não seria sinônimo de saúde.

Spink (2009) afirma que a Psicologia da Saúde possui dimensões significativas a ponto de questionar o saber científico (médico), e ainda insere o saber popular na dimensão assistencial, de modo que a comunidade compõe o processo saúde-doença.

Acrescenta Spink (2009) que a doença deve ser compreendida como um fenômeno coletivo, no qual a sociedade é responsável pelas doenças e pelos doentes que produz. Outro acréscimo é com relação à importância do saber popular, como um elemento que produz saúde, mas que também reproduz práticas instituídas nas organizações médicas, que acabam afirmando suas práticas enquanto ciência, e relação de poder.

Para Camon (1996), os aspectos filosóficos, teóricos e emocionais são os mais polêmicos no campo da Psicologia da Saúde. São eles os responsáveis para a formação do psicólogo que irá atuar nas instituições de saúde, sendo necessária uma reflexão contínua de seu cuidado e orientação.

Conforme apontava Matilde Neder, quando se fala no profissional de Psicologia da Saúde, não podemos desconsiderar a formação acadêmica. Há uma falta bastante significativa de subsídios teóricos para essa prática dentro do hospital (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996; Santos & Camon, 2012).

É nítida a falha na formação teórica desse profissional de saúde, pois a realidade institucional é outra exigindo deste profissional uma prática diferenciada. Seu instrumental teórico de trabalho, geralmente clínico, não está apto para essa prática. Torna-se então preocupante o que separa o esboço teórico de sua formação profissional e sua atuação prática (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

Nas Instituições de Saúde, o ser humano deve ser considerado em sua globalidade e o profissional deve, portanto, desenvolver uma visão filosófica humanista no tratamento com os pacientes. Embora, seja necessária esta visão humanista, também é pertinente uma “humanização da prática”, que se dá na práxis cotidiana dos profissionais, entendida como a relação igualitária entre o pensar e o fazer. Com isso existe uma melhora das relações vigentes na instituição entre profissionais, pulsões institucionais (o caráter instituinte e instituído) e com os sujeitos adoecidos.

Embora, às vezes pareça existir uma inércia nas Instituições de Saúde que

acabam dificultando a relação de humanização e melhora dos vínculos interpessoais e intraprofissionais, ainda é viável se acreditar no potencial transformador presente no caráter das instituições. Sobre isso revela a citação:

É possível criar condições e encontrar estratégias para a maior ressonância e viabilidade da humanização, que, sem dúvida, perpassa a compreensão do significado da vida do ser humano. (Bettinelli; Waskiewicz & Erdmann, 2004, p.87).

A dinâmica das instituições de saúde exige do psicólogo um desempenho diferenciado, sendo necessária a revisão dos modelos teóricos e práticos da Psicologia, uma vez que a maioria tem uma formação ancorada em práticas culturais do modelo clínico tradicional. Por melhor que seja seu embasamento clínico, dentro de uma instituição de saúde surgem dificuldades que somente a prática hospitalar, e as teorias dela proveniente, fornecerão os subsídios que levam à solução das dificuldades (Camon; Nicoletti & Chiattonne, 1996).

Por outro lado, os questionamentos sobre o modelo clínico tradicional no contexto da Psicologia da Saúde é pertinente. Passos e Benevides (2003) indagam “o que pode a clínica?”. Essa pergunta pode ser respondida de diversas formas e a partir de várias teorias, entretanto, ao manter a questão centrada na clínica tradicional, pode-se dizer que certamente será restrita a uma prática individual, elitista e exercitada em longo prazo.

Atualmente, a clínica se revela incompatível as características de algumas organizações, a saber: o número de demandantes, teoria que fundamenta a prática, custo e tempo despendido para o tratamento. No campo da psicologia, a Psicanálise exerceu forte influencia na clínica, entretanto, na história da Psicologia da Saúde se identifica práticas de cuidado caracterizadas pela clínica médica, que por vezes, muitos psicólogos desenvolvem ações moldadas na clínica médica e com técnicas da Psicanálise, mas sem compor nesta clínica uma construção sócio-histórica do sofrimento, da doença, e de outros elementos significativos da vida do sujeito.

Na perspectiva de Passos e Benevides (2003), a clínica é um acontecimento, logo é híbrida, não enclausura e nem mesmo despotencializa as pessoas. Nesse sentido, a clínica defendida pelos autores consiste no:

[...] plano da clínica se estende por hibridações, estando sempre na passagem de seu domínio para outro, isto que chamamos de transdisciplinaridade. Forçando sempre os seus limites ou operando no limite, a clínica se apresenta como uma experiência do entre-dois que não pode se realizar senão neste plano onde os domínios do eu e do outro, de si e do mundo, do clínico e do não clínico se transversalizam. (Passos & Benevides, 2003, p.6)

A citação revela que a clínica é permeada por muitos paradoxos, um deles é decorrente da suposição psicanalítica de que as verdades são produzidas pelo inconsciente. Embora, Passos e Benevides (2003) em tom de críticas, suscitam a reflexão sobre uma clínica das diferenças, na qual a diferença, o sentido decorre somente com os estrangulamentos das práticas, teorias e das disciplinas. Para os autores, esses limites são potentes, pois exige um fazer diferenciado, que respeita a dimensão do sujeito, e também a clínica nos revela um plano perpassado pela diversidade produtora tanto dos sofrimentos e das ações de saúde.

Pelo fato da Psicologia da Saúde ser uma área relativamente nova, as próprias instituições não identificam a especificidade da ação do psicólogo na saúde, acabando por muitas vezes não sabendo o que solicitar do psicólogo, pois cabe a ele mostrar à instituição o que pode ser oferecido em termos de atuação e ajuda ao paciente (Camon, Nicoletti & Chiattonne, 1996).

Por vezes, o psicólogo se depara com algumas situações delicadas como: informar um paciente, a pedido do médico, sobre uma doença terminal; acalmar uma mãe que está descontrolada após a notícia de que seu filho morreu etc. Muitos desses “pedidos” são feitos pelos profissionais da equipe, baseados em suas ideias sobre o papel do psicólogo, isto é, espera-se que o psicólogo atue como um bombeiro, “apagando os incêndios” (Camon, Nicoletti & Chiattonne, 1996).

Ao passar esta responsabilidade ao psicólogo, os membros da equipe se preservam, mantendo a comunicação objetiva e concreta, distanciando-se de qualquer resposta emocional que não saibam lidar (Campos, 1995).

A delimitação e atribuição de papéis aos psicólogos da área da saúde se fazem necessárias para um bom exercício da função. Segundo Campos (1995, p. 89):

um dos objetivos do psicólogo é o de prestar assistência ao paciente, lidar com suas angústias, minimizar seu sofrimento e de seus familiares e trabalhar os aspectos emocionais decorrentes da doença, da hospitalização ou de uma cirurgia.

Entende-se que essas situações trazem implicações como medo de perda, angústia, ansiedade e, por isso, é necessário que os profissionais atuem em equipe multidisciplinar, visando à compreensão dos processos sociais e psicológicos do paciente, além do reconhecimento de fatores psíquicos que interferem em seus quadros clínicos (Camon, Nicoletti & Chiattonne, 1996). Essa compreensão ampla pode ser alcançada por meio da troca de conhecimentos e aprendizados, construindo um saber grupal. Logo, o psicólogo estará melhor instrumentalizado para compreender os fenômenos subjetivos decorrentes da hospitalização, ao mesmo tempo que coopera para a integração da equipe, sem, contudo, ultrapassar os limites que cercam o seu papel (Campos, 1996).

Um dos papéis do psicólogo é de buscar entender as relações que permeiam a vida nas instituições. Relações entre profissionais das equipes multidisciplinares, entre a equipe e os pacientes, a equipe e os familiares e entre a administração da instituição e o paciente, o familiar e a equipe (Campos, 1995).

Moretto (2001) aponta para a pertinência da incidência da Psicanálise no Hospital ao argumentar que o encontro do médico com o analista só é possível e pacífico a partir da comparação das posições de cada um. O trabalho em equipe tem sido possível por meio do reconhecimento das diferenças, e, conseqüentemente, do respeito e da consideração pelo trabalho mútuo. Segundo a autora, situado na posição analítica e sem abandonar o discurso que lhe é próprio, o analista, quando pode lidar e intervir nas limitações existentes no hospital, atua de maneira muito mais eficaz do que comumente se imagina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicologia da saúde tem sido reconhecida crescentemente dentro das Instituições de Saúde no Brasil, ocupando um lugar que abarca os preceitos do Sistema Único de Saúde,