ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR NO CUIDADO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO MENTAL NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PEDIÁTRICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Socorro Bruna Fonteles Rios[1]
Gardênia Holanda Marques[2]

RESUMO: O processo de hospitalização devido ao surgimento da doença rompe com o cotidiano do paciente e de sua família. Além disso, a incerteza acerca do tratamento e da recuperação trazem insegurança e angústia. Assim, o psicólogo hospitalar atua não apenas junto ao paciente como também oferta atendimento à família e no ambiente hospitalar oferece suporte à equipe, muitas vezes intermediando a relação da tríade paciente/família/equipe. Este artigo trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência através do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase em pediatria da Escola de Saúde Pública - ESP/CE, cujo objetivo é relatar a experiência de uma psicóloga residente no setor de urgência e emergência de um hospital pediátrico em Fortaleza, Ceará. Durante a atuação, muitas foram as dificuldades enfrentadas. Entre as solicitações da equipe de saúde para o psicólogo estava atender casos de crianças e adolescentes com sintomas característicos de quadros psicopatológicos. Observou-se a dificuldade na prestação de assistência adequada a casos envolvendo a saúde mental, embora a instituição hospitalar faça parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Através dessa experiência, nota-se que a saúde mental na instituição hospitalar ainda ocupa um lugar secundário e que o psicólogo é um profissional importante na mobilização de recursos que ajudem a mudar essa realidade.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Saúde Mental. Pediatria.

INTRODUÇÃO

O interesse na realização desse artigo se deu a partir da experiência como psicóloga no programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase em pediatria da Escola de Saúde Pública – ESP/CE durante o percurso no setor de urgência e emergência de um hospital pediátrico em Fortaleza, Ceará.

Durante a inserção neste setor, muitas vezes a intervenção do psicólogo era solicitada pela equipe de saúde para atender casos de crianças e adolescentes que apresentavam sintomas característicos de quadros psicopatológicos. Diante desses casos, observou-se a dificuldade da equipe em ofertar acolhimento e escuta a estes pacientes. Interroga-se acerca

[1] Psicóloga Residente. Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública ESP/CE – Ênfase Pediatria. brunarios907@gmail.com.
[2] Psicóloga. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC); Professora da Unifametro (Fortaleza). gardeniamarques@ymail.com.

do conhecimento da equipe de saúde dos princípios da reforma psiquiátrica e do papel das portas hospitalares de urgência na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Segundo Angerami (2014), a Psicologia da Saúde consiste na "prática de levar o indivíduo/paciente à busca do bem-estar físico, mental e social" (p.2) e envolve o atendimento ao usuário nos níveis primário, secundário e terciário de saúde. No Brasil, a Psicologia Hospitalar é um dos campos de atuação da Psicologia da Saúde. A resolução n.º 013/2007 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) que institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em Psicologia, define atribuições do psicólogo hospitalar, dentre elas:

> Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p.21).

O psicólogo hospitalar atua não apenas junto ao paciente como também oferta atendimento à família. Além disso, o psicólogo inserido no ambiente hospitalar oferece suporte a equipe, muitas vezes intermediando a relação da tríade paciente/família/equipe.

> A psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas "psicossomáticas", mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença. Enfatizemos: toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se repleta de subjetividade, e por isso pode se beneficiar do trabalho do psicólogo hospitalar (SIMONETTI, 2004, p.15).

O atendimento do psicólogo hospitalar realiza-se geralmente à beira do leito do paciente que se encontra internado. Por isso, exige-se que o psicólogo tenha flexibilidade e saiba lidar com as interrupções no momento do atendimento (VIEIRA, 2010). Caracteriza-se também pela sua curta duração.

Um enquadre psicoterápico bastante utilizado no atendimento em psicologia hospitalar é a Psicoterapia Breve. Para Hegenberg (2005), "o que distingue uma Psicoterapia Breve de uma psicoterapia de longa duração não é sua brevidade (...), mas, dependendo do autor, é a sua focalização em torno de uma questão específica, são os objetivos limitados, ou é o prazo definido da terapia" (p. 29).

O processo de hospitalização ocasionado devido ao surgimento de uma doença rompe com o cotidiano do paciente e de sua família. Além disso, a incerteza acerca do tratamento e da recuperação trazem insegurança e angústia. Segundo Chiattone (2003) apud Honicky e

Silva (2009) os efeitos da hospitalização, embora variem de acordo com a faixa etária, de uma maneira geral "são a negação da doença, revolta, culpa, sensação de punição, ansiedade, depressão, projeção, solidão e regressão emocional" (p.46).

A categoria adolescência sofre variações de acordo com as diferentes formas de estuda-la. Para a Psicanálise, o adolescente é "um sujeito em transformação, em busca de uma identidade própria que por isso passa a revisar seu mundo interno e suas heranças infantis, a fim de elaborar seu novo corpo e as pulsões desencadeadas pela puberdade" (HONICKY; SILVA, 2009, p.45). O adolescente, portanto, vivencia um momento muito peculiar no processo de desenvolvimento humano marcado pela busca da identidade e independência em relação aos pais. Devido a isso, as manifestações do mesmo em relação a hospitalização são diversas.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS) é composta por pontos de atenção que visam atender todas as diferentes situações de urgência e emergência. Os componentes dessa rede devem conter de forma transversal: o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

Segundo a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, a Rede de Atenção às Urgências possui os seguintes componentes: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar. De acordo com esta Portaria, "o Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias" (BRASIL, 2011).

É importante distinguirmos a diferença fundamental entre urgência e emergência. Esses termos muitas vezes são utilizados como sinônimos no senso comum, porém há uma distinção importante na esfera biomédica na qual a ocorrência de uma emergência refere-se ao risco de vida iminente enquanto a urgência, embora exista risco de vida, este não é iminente (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Vieira (2010) aponta a necessidade do psicólogo na equipe de saúde que atua no setor de urgência e emergência de um hospital para a melhoria do atendimento ao paciente e a família, ofertando apoio e conforto a ambos. Os desafios enfrentados na construção do fazer

do psicólogo hospitalar ainda são enormes. Já sua inserção nas unidades de urgência e emergência ainda é insuficiente o que dificulta a assistência a pacientes e familiares nesses locais. Almeida e Malagris (2015) realizaram um estudo com o objetivo de identificar o perfil profissional de psicólogos da saúde atuantes em hospitais brasileiros. Quanto aos locais, prevalece a presença dos psicólogos nas unidades de internação, assim como um número expressivo de profissionais alegou prestar assistência nas unidades/centros de terapia intensiva (UTI e CTI). No entanto, "a emergência parece ainda ser um setor do hospital com pouca inserção do psicólogo: apenas 28% dos participantes alegaram exercer suas funções nas emergências dos hospitais" (p 761).

Dentre as muitas demandas de pacientes que adentram as portas hospitalares de urgência e emergência estão os pacientes acometidos de transtorno mental em situação de crise. Embora não seja o ponto da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) especializado no atendimento a crise psiquiátrica, o hospital geral também integra essa rede através das Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais que estão estruturadas para internação destes pacientes.

Para compreendermos melhor o papel que o hospital ocupa atualmente na RAPS é importante resgatar o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira o qual é contemporâneo a Reforma Sanitária. Esta última foi um movimento caracterizado pela luta por mudanças nas práticas de saúde e crise do modelo hospitalocêntrico. Neste contexto de transformações e lutas sociais questionou-se o tratamento aos pacientes psiquiátricos, excluídos do convívio social (BRASIL, 2005).

Entre os marcos da Reforma Psiquiátrica está a Luta Antimanicomial, movimento influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana que propõe a substituição dos manicômios por serviços de base comunitária nos quais as pessoas com transtorno mental possam conviver com suas famílias. Outro marco importante foi o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil no ano de 1987. Para a consolidação da Reforma foi sancionada no ano de 2001 a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado a qual redireciona o modelo em saúde mental no Brasil.

O hospital geral na rede de saúde mental é preconizado segundo os princípios da reforma psiquiátrica, como vimos, privilegiando os serviços substitutivos de base comunitária, tem função, portanto, complementar e de suporte a emergências psiquiátricas.

> Trata-se de um serviço em que se tem a facilidade de acesso a exames laboratoriais e de imagem, importantes no cuidado integral às pessoas com transtornos mentais

> graves, e assim, auxilia na minimização do estigma e do preconceito contra estes indivíduos (PAES, 2013, p.409).

O hospital, no entanto, ainda apresenta problemas quanto ao cuidado a pessoa com transtorno mental que não deve ser reduzida a sua dimensão biológica ou a doença. Os profissionais de saúde ainda enfrentam dificuldades no acolhimento aos pacientes em emergência psiquiátrica, muitas vezes, devido a uma formação deficiente e ancorada no modelo biomédico.

Espera-se que este artigo contribua para o conhecimento acerca do fazer do psicólogo hospitalar nos setores de urgência e emergência e na reflexão sobre o cuidado a saúde mental infanto-juvenil que os profissionais devem ofertar nos serviços de saúde.

1 METODOLOGIA

Este artigo trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa que se caracteriza por relatar a experiência vivenciada durante o período de agosto e setembro de 2017 e fevereiro e março de 2019 por uma psicóloga residente da ênfase em Pediatria da Escola de Saúde Pública no setor de urgência e emergência de um hospital pediátrico na cidade de Fortaleza no Ceará.

Martins Filho (2013) afirma que "todo sujeito que se vê na tarefa de produzir conhecimento científico é, em sentido lato, um sujeito implicado". O autor afirma que embora o pressuposto de neutralidade na ciência seja quase um consenso, "não há desinteresse em ciência, logo, nenhuma neutralidade é possível" (p.647). Portanto, em toda produção científica há implicação do sujeito. O desafio que se coloca para o mesmo é de controlar os possíveis enviesamentos decorrentes de sua implicação.

Corroborando com o dito acima, o relato de experiência evidencia a implicação do autor na sua relação com o objeto e com a produção de conhecimento a partir da sua prática. Isso não significa dizer que o mesmo não possui valor científico, pois resulta do processo de inserção do sujeito nos serviços de saúde, gerando reflexões e conhecimento acerca destes serviços.

Conforme Holliday (2006), para sistematização do processo vivido, deve-se considerar cinco tempos, que não necessariamente devem seguir a ordem apresentada considerando a multiplicidade de experiências existentes.

O primeiro tempo diz respeito ao ponto de partida que tem como elementos constitutivos: o pesquisador ter participado da experiência, ou seja, a experiência só pode ser

sistematizada por aqueles que fizeram parte dela e ter o registro da experiência que possibilite clareza e precisão acerca dos fatos ocorridos. Em seguida, o pesquisador deve fazer as perguntas iniciais relativas ao objetivo do estudo, a delimitação das experiências a serem sistematizadas e acerca de quais aspectos centrais dessas experiências pretende-se sistematizar (HOLLIDAY, 2006).

O terceiro tempo trata-se da recuperação do processo vivido, ou seja, reconstruir a história e ordenar e classificar a informação. O quarto tempo, por sua vez, deve trazer a reflexão de fundo, analisar, sistematizar e interpretar criticamente o processo. Trata-se de refletir os acontecimentos ocorridos durante a experiência. Por último, temos os pontos de chegada no qual o pesquisador formula conclusões e comunica a aprendizagem obtida através da experiência (HOLLIDAY, 2006).

O setor de urgência e emergência do hospital pediátrico no qual se deu o processo vivido divide-se em diferentes espaços, sendo estes: sala de espera, sala de classificação de risco; consultórios médicos; posto de enfermagem; observação; leitos extras; unidade de internação da emergência (UIE); sala de medicação; Unidade de Terapia Intensiva (UTI 1); Unidade de Terapia Intensiva de apoio à emergência (UTI 3) e reanimação (ou estabilização). Este setor compõe um dos cenários de prática no qual os residentes multiprofissionais em pediatria realizam suas atividades.

No presente relato não foram utilizados prontuários ou estudos de caso de pacientes, pois este estudo se baseou na experiência da psicóloga residente durante a atuação no setor de urgência e emergência. Assim, dispensou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE/CEP).

2 RELATO DA EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

É importante ressaltar que devido ao objeto de estudo proposto, o presente relato enfoca a atuação em alguns espaços específicos do setor de urgência e emergência do hospital pediátrico em que se deu essa experiência, a saber, sala de espera, sala de observação, unidade de internação da emergência (UIE) e leitos extras nos quais era possível realizar o atendimento à díade paciente e família à beira do leito.

A unidade de urgência e emergência de um hospital acolhe diariamente pacientes que necessitam de cuidados imediatos com ou sem risco de morte. Os familiares apresentam angústias, ansiedades e preocupações devido a hospitalização repentina de seus entes

queridos. Nesse momento, é importante a presença do psicólogo hospitalar que oferece apoio e escuta ao paciente e aos familiares.

Observou-se, a época da experiência, o desconhecimento dos profissionais do setor acerca do fazer do psicólogo hospitalar. Para eles, a assistência psicológica reduzia-se ao atendimento aos pacientes que exteriorizavam sofrimento psíquico a partir do choro ou diante da recusa ao tratamento. Muitas vezes, foi solicitado atendimento aos pais ou acompanhantes de pacientes considerados problemáticos pela equipe.

O rodízio no setor deu-se junto a equipe multiprofissional da residência, composta por duas psicólogas, nutricionista, dentista, enfermeira e terapeuta ocupacional. Dentro da proposta do programa de residência, a agenda foi construída no sentido de integrar as ações na equipe de residentes, como a realização de atividades multiprofissionais e de educação em saúde assim como visitas ao leito organizadas para identificação de demandas das várias categorias profissionais: odontologia, nutrição, psicologia, enfermagem e terapia ocupacional. Para isso, utilizou-se uma ficha de atendimento multiprofissional elaborada com especificidades de cada categoria com o objetivo de facilitar e orientar as demandas apresentadas.

Entre as atividades dentro da rotina no setor, realizava-se a busca ativa para identificação de demandas a partir de visitas psicológicas ao leito na qual através da escuta era possível avaliar os aspectos psicológicos do paciente e da família em relação ao adoecimento e a hospitalização. A visita psicológica também objetivava a minimização da ansiedade e do sofrimento inerentes a esses processos.

Outra forma de acolhimento das demandas apresentadas era através da solicitação da equipe de saúde do setor que reconhecia, a seu modo, a necessidade de intervenção do psicólogo para o paciente ou para os familiares. Algumas vezes, o profissional solicitava o atendimento de forma verbal, outras vezes, escrevia um parecer explicitando a demanda. Este instrumento sempre era utilizado pela equipe de saúde em todos os setores do hospital para solicitação de avaliação das diferentes especialidades.

Para atendimento das demandas, o psicólogo hospitalar pode utilizar-se da perspectiva da psicoterapia breve focal em que “o foco ou conflito focal refere-se ao conflito ou situação atual do paciente, subjacente ao qual existe o conflito nuclear exacerbado” (ALMEIDA, 2010, p.97). As questões abordadas no atendimento, portanto, devem ser objetivas levando em consideração a curta duração do atendimento no ambiente hospitalar.

No pronto-socorro de um hospital,

> Diante da agilidade do atendimento, o atendimento do psicólogo visa à expressão do paciente, possibilitando que este externalize fantasias e sentimentos em relação à doença ou hospitalização. Dessa forma, a intervenção psicoterapêutica é breve, mas não se objetiva realizar uma psicoterapia, apenas uma intervenção de emergência (ALMEIDA, 2010, p.104).

A rotina da internação em um setor de urgência e emergência de um hospital demanda a resolução rápida das situações de saúde. Os pacientes são transferidos, assim que possível, para outros setores ou para outros hospitais e serviços de saúde. Diante da grande rotatividade de pacientes, o psicólogo hospitalar possui pouco tempo para acolher a demanda apresentada, pois pode ser a única oportunidade de contato com o paciente e a família.

Assim, quando identificada a necessidade de encaminhamento psicológico para outros equipamentos da Rede Atenção à Saúde (RAS) e a Rede Intersetorial, que abrange as diversas políticas públicas governamentais e outros seguimentos sociais, é necessário que o psicólogo faça o encaminhamento de forma imediata.

Muitas vezes, o espaço físico do hospital para os leitos de internação na emergência não é favorável para acolher toda a demanda de atendimentos. Quando em sua capacidade máxima, a circulação pelo ambiente era dificultada não apenas pela quantidade de leitos como também pelo fluxo intenso de profissionais atuando simultaneamente em um mesmo espaço reduzido, o que demanda destes a capacidade de resolução rápida das situações de saúde.

As visitas ao leito foram realizadas em horários que permitissem ouvir e acolher as demandas dos pacientes com o mínimo de intervenção. Sempre que possível os atendimentos eram realizados pelo período da tarde no qual a circulação de profissionais era menor já que no período da manhã eram realizados muitos procedimentos. Além disso, as visitas da equipe de médicos do setor, residentes de pediatria e internos aconteciam pela manhã, dificultando o acesso ao leito dos pacientes.

Os desafios encontrados para realização dos atendimentos, portanto, referiam-se a própria dinâmica do espaço e ao trabalho com a equipe de saúde a qual se dava ainda numa perspectiva multiprofissional, fragmentada, e não de forma inter e/ou transdisciplinar. Vale ressaltar que a equipe do serviço social foi de maior parceria com a psicologia, trabalhando conjuntamente na resolutividade das demandas, principalmente junto às famílias e nos encaminhamentos para rede intersetorial.

As demandas mais frequentes de atendimento para os pacientes relacionavam-se à diminuição da ansiedade decorrente do processo de hospitalização, à ocorrência de processos psicossomáticos, atendimento na crise, suporte pré-operatório e pós-operatório. Muitas vezes,

era solicitado atendimento pós-óbito para os familiares fragilizados devido a interrupção brusca da vida de crianças e adolescentes.

Para a diminuição da ansiedade decorrente do processo de hospitalização buscava através da escuta identificar as expectativas e medos em relação ao tratamento e ao adoecimento. A partir disso, ajudava a esclarecer acerca de aspectos sobre a doença e os procedimentos hospitalares e identificar as formas de enfretamento do paciente e da família em relação a esses processos com o objetivo de fortalecê-las.

Quanto ao suporte pré-operatório, muitas vezes era comum na unidade de internação da emergência (UIE) pacientes que devido a uma situação aguda de saúde, principalmente casos de apendicite, necessitavam passar por processo cirúrgico. Nesses casos, devido a urgência havia dificuldade para a preparação psicológica para cirurgia, assim, avaliava de forma breve a ansiedade e angústia do paciente e da família em relação aos procedimentos cirúrgicos para em seguida realizar intervenções no sentido de auxiliar a ambos no enfrentamento desse processo.

No atendimento pós-cirúrgico, quando os pacientes não eram encaminhados diretamente para o bloco cirúrgico, permaneciam na unidade de internação da emergência. O estado psicológico do paciente nesse momento dependia de como havia sido o processo pré-cirúrgico. Muitas vezes, os pais não informavam a criança que iriam passar por um procedimento o que acarretava sentimentos negativos, principalmente após a criança perceber algo estranho em seu corpo, situação que pode ser traumática para a mesma.

A partir da demanda, verificava, de forma objetiva, a situação na qual o paciente havia dado entrada no hospital, os sintomas e a hipótese diagnóstica da equipe médica acerca da patologia. Em seguida, realizava atendimento a díade familiar, composta pelo paciente e seu acompanhante. Este na maioria das vezes era um membro da família, o genitor ou genitora.

Em alguns casos, embora mais raro, um vizinho ou amigo da família acompanhava o paciente devido a uma impossibilidade de os genitores estarem presentes naquele momento dado que muitas famílias que adentram o hospital apresentam situações de vulnerabilidade social que dificultam sua permanência ao lado do paciente, tendo que se ausentar, por exemplo, por questão de trabalho ou para cuidar de outras crianças pequenas que ficaram em casa.

Inicialmente, a partir do exame do estado mental, avaliava as funções psíquicas do paciente como consciência, atenção, orientação de tempo e espaço, afetividade, memória e sensopercepção. Em seguida, os sentimentos do paciente quanto a doença e a adaptação ao

ambiente hospitalar. O atendimento também objetivava colher dados acerca da história de vida do paciente.

Como aponta Fongaro; Sebastiani (1996), "a perspectiva de nossa escuta possibilita a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das queixas do paciente" (p.7). Estes conceitos, numa perspectiva psicanalítica, dizem respeito aos conteúdos trazidos pelo sujeito durante a escuta (manifestos) e aqueles que permanecem ocultos como pensamentos que foram afastados pela consciência ou sentimentos que foram reprimidos. Através dessa avaliação do paciente, era possível realizar o diagnóstico que direcionava a conduta a ser adotada. Assim como os encaminhamentos necessários. As evoluções eram feitas no prontuário e buscava comunicar verbalmente a equipe acerca de minha avaliação sobre o caso.

A urgência e emergência do hospital pediátrico em que se deu esta experiência é do tipo portas abertas na qual o usuário tem acesso e passa pela classificação de risco que "implica a agilidade do atendimento mediante a aplicação de um protocolo que determina o grau da necessidade do usuário, conforme a complexidade e não a ordem de chegada" (VITURE et al., 2013, p.2).

O paciente em situação de crise ocasionada por problemas relacionados a saúde mental, muitas vezes, adentra as portas hospitalares apresentando sintomas que podem se confundir com outras doenças. No caso de crianças e adolescentes existe uma complexidade maior, principalmente devido ao estágio de desenvolvimento que estes se encontram, nem sempre sabendo referir sobre o que estão sentindo.

Nestes casos, é necessário que a intervenção seja feita de modo adequado,

> Dada a gama de danos que a crise em saúde mental pode repercutir no indivíduo e nas pessoas ao seu redor, constituindo um importante risco ao desenvolvimento e até mesmo à vida, a intervenção imediata é necessária. Entretanto, nota-se que a idade do surgimento dos sintomas nem sempre coincide com a idade do primeiro contato com os serviços de saúde, situação em que provavelmente mais de um episódio já tenha ocorrido (ROSSI et al., 2019, p.2)

Muitas vezes, o paciente que adentra o hospital encontra-se numa primeira crise. Em minha experiência me deparei na emergência com casos de crianças e adolescentes que não possuíam diagnóstico de transtorno psiquiátrico e que até então não haviam passado por crises semelhantes. Após a estabilização dos sintomas, geralmente o paciente era encaminhado para o primeiro andar do setor de pediatria geral para investigação diagnóstica. Em outros casos, o encaminhamento se dava para a rede de saúde mental.

A atenção a esses casos pela equipe de saúde, como observado na rotina do serviço de emergência, que é caracterizada pelo fluxo contínuo e rotatividade de pacientes, era diferenciada da atenção a outros casos que não apresentavam sintomas psicossomáticos. Apesar da reforma psiquiátrica brasileira priorizar o atendimento de base comunitária e os princípios de humanização e atenção integral ao paciente com transtorno mental, os cuidados em saúde mental a crianças e adolescentes sempre foi marcado pela exclusão e a institucionalização (ROSSI et al., 2019).

Portanto, o que ainda perdura na rotina hospitalar e no cuidado a esses pacientes, como observado durante minha atuação como psicóloga hospitalar no setor de urgência e emergência, é a dificuldade de assistência adequada as especificidades da saúde mental de crianças e adolescentes. Essa realidade está presente na rede de saúde como um todo. "Há, ainda, uma defasagem entre as necessidades de atenção em saúde mental infanto-juvenil e a oferta de serviços capazes de responder às particularidades desse público" (PEREIRA; MIRANDA, 2013, p. 665).

Em mais de um caso, ouvi alguns profissionais se referirem aos sintomas apresentados como "fingimentos" ou "simulações" como se o pronto-socorro hospitalar não fosse o espaço para acolhimento desses pacientes, mas o lugar de doenças "verdadeiras". Podemos nos interrogar, o que esses profissionais entendem por doenças verdadeiras, serão aquelas nas quais o discurso médico é dominante e os sintomas físicos podem ser tratados a partir de medicações e procedimentos clínicos?

No trabalho em equipe multiprofissional, diversas categorias atuam num mesmo espaço, mas cada uma ocupando um lugar de acordo com sua formação e seu saber. Como aponta Figueiredo (2002), nesse arranjo multiprofissional o que ocorre é "a produção de uma hierarquia das profissões sob a hegemonia, mais ou menos explícita, de determinada disciplina ou modelo que vai nortear o funcionamento da equipe, a interação entre os profissionais e o trabalho clínico" (p. 62). Geralmente, a medicina ocupa esse lugar na equipe.

Vê-se que o estigma da doença mental ainda prevalece na visão de muitos profissionais, o que pode comprometer a assistência à saúde. Como apontam Ferreira e Carvalho (2017), "o estigma profissional, considerado também uma repercussão do estigma social, é caracterizado pela presença de atitudes estigmatizantes em profissionais de saúde, em relação aos portadores de transtorno mental" (p.6).

Segundo Cashwell; Smith (2011) apud Ferreira e Carvalho (2017), a reação negativa dos profissionais de saúde em relação ao transtorno mental pode ser resultante da falta de

preparo para atuar junto a essa população e a uma formação inadequada. Além disso, a falta de suporte governamental também é apontada por esses autores como fator de interferência na relação desses profissionais junto ao paciente com transtorno mental.

Entre os caminhos possíveis para o cuidado voltado a saúde mental infanto-juvenil, como aponta Diaz, 2009; Ferigatto et al., 2007; França, 2005 apud Pereira et al. (2013), estão o acolhimento, vínculo e a responsabilidade.

> O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010, p.18).

O acolhimento não se restringe apenas na recepção do usuário no serviço, mas a construção de compromissos éticos e de alianças com a produção da vida que "implicam um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida" (p.17). O acolhimento, portanto, possibilita a construção do vínculo entre profissional de saúde e usuário no qual o sujeito pode ser enxergado em sua totalidade e não apenas em sua doença. Desse modo, através da utilização de tecnologias leves como o acolhimento e escuta, podemos tentar superar o estigma em torno do paciente acometido de transtorno mental.

O estigma da doença mental não atinge apenas os profissionais da saúde já que o mesmo é reflexo do estigma social que é desenvolvido e mantido pela sociedade. "Em algumas situações os membros da família aceitam e incorporam em sua vida, os atributos estigmatizantes que a sociedade formou para seu familiar, o que acaba por colaborar com o poder de exclusão social do estigma" (FERREIRA; CARVALHO, 2017, p. 7).

Como observado durante os atendimentos, os familiares quando chegavam ao setor de emergência diante dos sintomas e queixas apresentados por seus entes queridos não sabiam como reagir à suspeita de que os mesmos fossem resultantes de algum quadro psicopatológico. A ansiedade e o medo dos familiares muitas vezes se voltavam para a equipe, na qual buscavam esclarecimentos acerca do diagnóstico dos pacientes. Nesse momento, vemos a importância do psicólogo hospitalar na intermediação da relação família e equipe. O psicólogo através da escuta pode compreender a demanda e levá-la a equipe. Na experiência em questão, no entanto, existia a dificuldade de comunicação com a equipe de

saúde, principalmente com a equipe médica. Muitas vezes, a boa comunicação dependia do médico responsável está aberto a ouvir e acolher a demanda.

Levantam-se hipóteses para a existência dessa dificuldade de comunicação. Em primeiro lugar, a pouca inserção da psicologia neste setor e o desconhecimento da prática do psicólogo. Outro ponto, trata-se da própria cultura do hospital, reproduzida sem questionamentos, além da centralização na figura do médico que ainda é algo comum nos hospitais gerais. As categorias profissionais ainda trabalhavam de forma multidisciplinar, cada uma em seu âmbito, sem se comunicarem umas com as outras na abordagem terapêutica. A ferramenta comumente utilizada era o prontuário no qual cada profissional registrava sua conduta, cabendo ao profissional de outra categoria realizar a leitura das evoluções.

Neste ponto, a residência multiprofissional em saúde traz uma proposta de inovação para a instituição hospitalar. O residente, por não ser mão de obra da instituição a qual está inserido e devido a possibilidade de reflexão de sua prática como proposta pelo programa, pode trazer contribuições para a melhoria dos serviços de saúde. Uma das propostas de inovação possibilitadas pela residência multiprofissional no hospital é a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) adotado como um recurso para planejamento acerca da condução de casos complexos.

> O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de "caso clínico". Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários" (BRASIL, 2004, p. 40).

Portanto, através do PTS, a equipe reúne-se para trazer propostas de ação para o cuidado de um sujeito, sendo este visto em sua singularidade e não apenas em torno de sua situação de saúde. Na construção das propostas, a opinião de todos os profissionais da equipe deve ser considerada, não prevalecendo apenas a intervenção de uma categoria profissional (BRASIL, 2004).

Embora o PTS tenha sido utilizado por minha equipe em outros cenários de prática no hospital, durante o rodízio na emergência enfrentamos dificuldades para construção do projeto. Por exemplo, o pouco tempo de permanência do paciente no setor impossibilitando a realização das etapas do PTS: o diagnóstico, definição de metas, a divisão de responsabilidades e a reavaliação.

O tempo de um PTS depende do perfil de cada serviço de saúde podendo este tempo ser curto. Porém, para que seja possível se ter uma abordagem integral do sujeito, o contato com o mesmo não pode restringir-se a apenas um encontro (BRASIL, 2004). Além disso, casos mais complexos demandam mais tempo para a equipe realizar o diagnóstico e pôr em prática as ações para resolução da situação de saúde do sujeito.

A implantação do PTS como um recurso a ser absorvido na rotina das equipes de saúde na instituição hospitalar pode ser uma importante ferramenta de transformação. Inclusive na adoção do acolhimento e da escuta no cuidado aos usuários. Além disso, pode ajudar a superar a fragmentação da assistência das diferentes categorias profissionais, integrando-as e facilitando o diálogo entre elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a permanência no setor em que se deu esta experiência os desafios foram enormes. Essas dificuldades eram compartilhadas pela equipe de residentes e nas supervisões com a preceptoria o que permitia repensar nossa prática. Muitos foram os enfrentamentos, mas, a temática aqui apresentada constituiu uma inquietação, principalmente diante de casos complexos que exigiam o conhecimento da equipe sobre a saúde mental infanto-juvenil.

A residência multiprofissional apesar do pouco tempo de atuação no hospital no qual se deu essa experiência, tem trazido modificações na rotina do serviço. Seja na realização de atividades de educação em saúde voltadas aos pacientes e familiares, na proposta de um PTS ou simplesmente em estar no espaço hospitalar, formando profissionais no serviço e para o serviço, com apoio da preceptoria.

O trabalho no hospital é desafiador para o psicólogo, pois é um lugar em que a dor e o sofrimento estão intensamente presentes. Mas para além de pensar apenas o adoecimento físico, a ocorrência de transtornos mentais nesse ambiente merece atenção e cuidado. Para isso, é necessário pensar em formas de atuação contra-hegemônicas, assim como a utilização de tecnologias leves como o acolhimento, a escuta e o vínculo.

Através dessa experiência, notou-se que a saúde mental na instituição hospitalar ainda ocupa um lugar secundário e que o psicólogo muitas vezes é tido como o único profissional da equipe que tem o dever de ser responsável por prestar assistência a pacientes acometidos de transtornos mentais. No entanto, entende-se que todos os profissionais são responsáveis pela oferta de um cuidado adequado a esses pacientes.

O trabalho do psicólogo também deve se fazer no sentido não apenas de orientar a equipe, mas de se utilizar de recursos para mudar essa realidade, por isso a importância deste trabalho. Espera-se que o mesmo possa contribuir para que os psicólogos hospitalares se debrucem sobre essa temática, refletindo sobre ela e propondo alternativas para o cuidado integral destes pacientes.

THE ROLE OF THE HOSPITAL PSYCHOLOGIST IN THE CARE OF CHILDREN AND TEENS WITH MENTAL DISORDERS IN THE EMERGENCY ROOM OF A PEDIATRIC HOSPITAL: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The process of hospitalization due to the onset of the disease breaks with the daily routine of the patient and his / her family. In addition, uncertainty about treatment and recovery brings insecurity and anguish. Thus, the hospital psychologist helps not only the patient but also offers care to the family; in the hospital environment, this professional supports the team, often mediating the relationship of the patient/family/staff triad. This article deals with a descriptive study of experience reported through the Integrated Health Residency Program (RIS) [Residência Integrada em Saúde (RIS)], with emphasis on pediatrics from the School of Public Health [Escola de Saúde Pública – ESP, in the state of Ceará, Brazil], whose objective is to report the experience of a resident psychologist in the emergency department of a pediatric hospital in the city Fortaleza, state of Ceará. During the experience, many were the difficulties faced. Among the requests of the health staff for the psychologist was to assit cases of children and teenagers with symptoms characteristic of psychopathological conditions. The difficulty in providing adequate care to cases involving mental health was observed, although the hospital institution is part of the Psychosocial Care Network [Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)]. Through this experience, it is noticed that the mental health in the hospital institution still occupies a secondary place and that the psychologist is an important professional in the mobilization of resources that culd help to change this reality.

Keywords: Hospital Psychology. Mental Health. Pediatrics.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Raquel Ayres de. **Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral.** *Rev. SBPH* [online]. 2010, vol.13, n.1, pp. 94-106. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000100008>. Acesso em: 09 mai. 2019.

ALMEIDA, Raquel Ayres; MALAGRIS, Emmanoel Novaes. **Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: um Estudo sobre a Atividade e a Formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil**. Psicol. cienc. prof. vol.35 no.3 Brasília jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v35n3/1982-3703-pcp-35-3-0754.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2019.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (org). **Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica.** 2 ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 13 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS.** Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em:16 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP N.º 013/2007 - Consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia.** Brasília: CFP, 2007. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

FERREIRA, Marcela dos Santos; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo. **Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências**, ISSN 2238-832X, Caçador, v.6, nº 2, p. 192-201, 2017. Disponível em: <periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/download/1094/698>. Acesso em: 09 mai. 2019.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público.** 3ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

FONGARO, Maria Lúcia Hares & SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Roteiro de Avaliação Psicológica aplicada ao Hospital Geral.** ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org). E a psicologia entrou no hospital... São Paulo: Pioneira, 1996. p. 5-64.

GIGLIO-JACQUEMOT, Armelle. **Definições de urgência e emergência: critérios e limitações.** In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection, pp. 15-26. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/zt4fg/pdf/giglio-9788575413784-02.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2019.

HEGENBERG, Mauro. **Psicoterapia breve: Clínica Psicanalítica**, 2ª edição. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**; tradução de: Maria. Viviana V. Resende. 2. ed., revista. Brasília: MMA, 2006. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas/168/_publicacao/168_publicacao30012009115508.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

HONICKY, Marilise; SILVA, Rosanna Rita. **O adolescente e o processo de hospitalização: percepção, privação e elaboração.** Psicol. hosp. (São Paulo), São Paulo, v. 7, n. 1, p. 44-67, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 mai. 2019.

MARTINS FILHO, Moacir Tavares; NARVAI, Paulo Capel. **O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico.** *Saúde debate* [online]. 2013, vol.37, n.99, pp.646-654. ISSN 0103-1104. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400012&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 abr. 2019.

PEREIRA, Melissa; SA, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. **Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës.** *Saúde debate* [online].

2013, vol.37, n.99, pp.664-671. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2013.v37n99/664-671/>. Acesso em: 09 mai. 2019.

ROSSI, Lívia Martins; MARCOLINO, Taís Quevedo; SPERANZA, Marina e CID, Maria Fernanda Barboza. **Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2019, vol.35, n.3, e00125018. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n3/e00125018/pt>. Acesso em: 09 mai. 2019.

SIMONETI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

VIEIRA, Michele Cruz. **Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência**. Revista Brasileira de Clínica Médica, 8(6), 513-519. 2010. Disponível em:< http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

VITURI, Dagmar Willamowius; INOUE, Kelly Cristina; BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; OLIVEIRA, Carlos Aparecido de. ROSSI, Robson Marcelo. MATSUDA, Laura Misue. **Acolhimento com classificação de risco em hospitais de ensino: avaliação da estrutura, processo e resultado.** Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2013;21(5):[09 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1179.pdf>. Acesso em: 09 mai. 2019.