

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Comissão de Orientação em Psicologia Hospitalar



PSICOLOGIA HOSPITALAR EM MINAS GERAIS

um recorte histórico
de 1968 a 1988



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Comissão de Orientação em Psicologia Hospitalar

PSICOLOGIA HOSPITALAR EM MINAS GERAIS

*um recorte histórico
de 1968 a 1988*

Belo Horizonte



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

2022

© 2022, Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Ilustração capa: Debora Guiot - VISUAUDIO

Revisão ortográfica e gramatical: Debora Guiot - VISUAUDIO

Projeto e edição gráfica: Debora Guiot - VISUAUDIO Serviços de Locução e Sonorização de Áudio de Vídeo

Impressão: AS INDÚSTRIA GRÁFICA EIRELI

Tiragem: 1000 exemplares

Conselho Regional de Psicologia – Minas Gerais

Rua Timbiras, 1.532, 6º e 11º andar, Lourdes

CEP: 30.140-061 – Belo Horizonte/MG

Telefone: (31) 2138-6767

www.crpmg.org.br / crp04@crp04.org.br

P974 Psicologia hospitalar em Minas Gerais : um recorte histórico de 1968 a 1988 / Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG), Comissão de Orientação em Psicologia Hospitalar (COPH/CRP-MG). -- Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais, 2022. 132 p.

Inclui referências.

ISBN: 978-65-89729-05-1

1. Psicologia hospitalar. 2. Saúde pública - Brasil. 3. Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. I. Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais. II. Comissão de Orientação em Psicologia Hospitalar (COPH/CRP-MG).

CDD: 362.11

**Conselho Regional de Psicologia Minas Gerais (CRP-MG)
Comissão de Orientação em Psicologia Hospitalar**

Organizadora

Eunice Moreira Fernandes Miranda

**XVI Plenário do Conselho Regional de Psicologia
Minas Gerais (Gestão 2019-2022)**

DIRETORIA

Reinaldo da Silva Júnior

Conselheiro Diretor Presidente

Jéssica Gabriela de Souza Isabel

Conselheira Diretora Vice-Presidenta

Paula Lins Khoury

Conselheira Diretora Tesoureira

Luiz Felipe Viana Cardoso

Conselheiro Diretor Secretário

CONSELHEIRAS(OS)

Anderson Nazareno Matos

Bruna Rocha Diniz de Almeida

Camila Bahia Leite

Cláudia Aline Carvalho Esposito

Cristiane Santos de Souza Nogueira

Elza Maria Gonçalves Lobosque

Evely Najjar Capdeville

Fabrcio Júnio Rocha Ribeiro

Jéssica Gabriela de Souza Isabel

João Henrique Borges Bento

Larissa Amorim Borges

Liliane Cristina Martins

Lourdes Aparecida Machado

Luís Henrique de Souza Cunha

Luiz Felipe Viana Cardoso

Marleide Marques de Castro

Paula Khoury

Reinaldo Júnior

Renata Ferreira Jardim

Rita de Cássia de Araújo Almeida

Rodrigo Padrini Monteiro

Suellen Ananda Fraga

Ted Nobre Evangelista

Thiago Ribeiro de Freitas

Walter Melo Júnior

Yghor Queiroz Gomes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Antecedente e Metodologia.....	5
A Psicologia em Minas Gerais.....	6
Psicologia Hospitalar.....	7

RESULTADOS

Santa Casa de Misericórdia.....	9
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.....	11
Retornando à Santa Casa.....	13
Hospital Municipal Odilon Behrens.....	19
Voltando ao Hospital das Clínicas.....	22
Hospital Geral do Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais.....	25
Hospital Mater Dei.....	27
Hospital Alberto Cavalcanti.....	28
Hospital Sofia Feldman.....	30
Hospital Cristiano Machado.....	31
Hospital São Lucas.....	33
Hospital Eduardo de Menezes.....	35

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
---------------------------	----

REFERÊNCIAS.....	39
------------------	----

ANEXOS

ANEXO I – Estudo do Hospitalismo.....	41
ANEXO II – Estudo de uma Organização Hospitalar.....	58
ANEXO III – Planejamento da equipe de Psicologia para Atendimento ao 3º andar da SCBH.....	63
ANEXO IV – Programa de Treinamento de Estagiárias da Equipe de Psicologia da SCBH – Pediatria.....	81
ANEXO V – Prova para a Estagiárias de Psicologia da Santa Casa.....	84
ANEXO VI – Um Hospital Chamado Santa Casa.....	85
ANEXO VII – Regimento dos Estagiários em Psicologia Hospitalar.....	86
ANEXO VIII – Projeto para Criação do Serviço de Saúde Mental no HOB.....	87
ANEXO IX – Programa de Atenção Integral Infanto-Juvenil.....	92
ANEXO X - O Trabalho de Profissionais de Saúde Mental nas Unidades de Internação do HOB.....	105
ANEXO XI – Divisão de Psicologia Clínica do IPSEMG.....	115
ANEXO XII – Seminário promovido pela Câmara de Saúde do CRP 04.....	127

Psicologia Hospitalar em Minas Gerais: *um recorte histórico de 1968 a 1988*

Eunice Moreira Fernandes Miranda¹

INTRODUÇÃO

Antecedente e Metodologia

Esta pesquisa documental relata o estudo do histórico da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais, iniciado em abril de 1996 para ser apresentado no III Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, realizado em Belo Horizonte.

Naquele momento foi dada uma primeira forma a este trabalho, o que foi um modo de significar as informações colhidas na ocasião, que evidenciavam algumas condições do nosso fazer no âmbito do hospital geral.

Na primeira apresentação do trabalho fizemos um convite às pessoas, que tivessem algum dado a ser acrescentado, para que também viessem contar suas vivências profissionais, e neste “contar a história”, que se iniciou no Congresso, foram somados novos capítulos a esta nossa história, que serão apresentados nesta publicação.

Considero que a história compõe o momento presente, por isso mesmo este trabalho tendo se iniciado há mais de 50 (cinquenta) anos atrás, ainda é tempo de continuar a sua composição, pois a história é um processo. O recorte histórico que aqui faço é em função do presente. O ponto de partida não está na data inicial, de quando começou a atuação do psicólogo em Minas. Há todo um processo que envolveu inúmeras pessoas, micro histórias de pessoas que nem sempre apareceram, e que talvez sejam anteriores à primeira data encontrada. Porém, acredito que a contribuição do anonimato na história é fundamental. Vale mencionar que outros acontecimentos também fazem parte deste processo de acontecimento histórico, que não necessariamente diz respeito somente à Psicologia. A conquista do nosso espaço de trabalho no âmbito hospitalar tem relação com a própria Medicina, com a psicossomática, com o dilema existencial do ser humano diante do adoecimento e morte, com questões de saúde pública etc.

Com relação às contribuições recebidas, vemo-las como fatos, que são a matéria prima da história. Não tivemos a preocupação em compro-

¹ Membro da Comissão de Orientação de Psicologia Hospitalar – CRP-MG

var a veracidade dos mesmos, visto que parte do trabalho baseia-se em depoimentos orais e escritos, que transmitem uma versão dos acontecimentos e não a reconstituição dos próprios acontecimentos. Sabemos que, dependendo de como o fato é trabalhado, dará interpretações diferentes, pois a recordação dele depende da memória e do lugar ocupado por quem conta a história.

Na composição da história as biografias são importantes, mas a história não é só a biografia. É preciso juntar todas as histórias e as biografias às micro histórias. Enquanto historiadora da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais, compreendo que não existem somente micro histórias, biografias ou macro histórias. Tento fazer a reconstituição histórica do passado, de forma comprometida com o momento presente e a todo momento é possível haver contradições de narrativas, o que é próprio da metodologia de história oral. Sabemos que a história não se esgota no tempo, e sempre surgem novos personagens que, mesmo no anonimato, compõem este enredo. Daí a necessidade de repensar a história continuamente, pois ela é uma obra-prima inacabada, e necessita ser permanentemente revista.

Penso que gostar de história reflete no gostar de si mesmo, pois todos temos uma história. A história é cultura, ajuda na prática da cidadania, valoriza as pessoas enquanto sujeitos da história e nos constitui enquanto indivíduos.

A Psicologia em Minas Gerais

Não há como falar de Psicologia Hospitalar sem mencionar a história da Psicologia em Minas Gerais. Porém, não tenho a pretensão de discorrer aqui sobre tudo o que aconteceu no passado, que engloba os anos 30 e 40, e também a década de 60, por ser muito extensa, apesar de interessantíssima. Mas, posso assegurar que partiu destes eventos históricos a criação dos primeiros cursos dedicados especificamente à formação dos profissionais psicólogos em Minas Gerais.

Foi em Minas Gerais que se criaram os primeiros cursos de formação de psicólogos. Até o final da década de 50, a formação de psicólogos se fazia nos cursos de Filosofia, Pedagogia, Ciências Sociais, cujos concluintes realizavam estágios em instituições especializadas, habilitando-se, deste modo, ao exercício profissional. A partir de 1958, contudo, iniciou-se um movimento destinado à regulamentação da profissão de psicologia e de sua formação. (GOULART, 1986)

Em 04 de março de 1959 foi aprovada a criação do Instituto de Psicologia Aplicada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

(PUCMG), com dois cursos - o de Psicologia e o de Orientação Educacional. Esses dois cursos representaram uma conquista para o nosso Estado. E este movimento de formação e profissionalização da Psicologia alcançou também a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG (POELMAN, 1996).

Em 27 de agosto de 1962 foi aprovada a Lei Federal nº 4119, regulamentando a profissão de psicólogo. Após a regulamentação da profissão ocorreu, não só em Minas Gerais, mas em todo o país, um rápido crescimento no número de cursos de Psicologia.

Um dado importante nesta história é que, nos cursos de Psicologia predominava o aprendizado de técnicas, em detrimento de uma formação mais ampla, interdisciplinar, que possibilitaria ao psicólogo participar do processo de produção do conhecimento.

Psicologia Hospitalar

A precursora da Psicologia Hospitalar no Brasil foi Mathilde Neder. Nascida em Piracicaba, São Paulo, Neder destacou-se pela sua atuação em Psicologia Hospitalar, Psicoterapia Breve, Psicoterapia Familiar e Psicossomática. Licenciou em Pedagogia pela Universidade de São Paulo, em 1946, época em que ainda não tinha o curso de formação em Psicologia. Mathilde especializou-se, pela mesma universidade, em Psicologia Educacional, Sociologia Educacional, Administração Escolar, Pedagogia e Psicologia clínica. (NEDER, 1992; 2019)

Em 1954, deu início a um trabalho no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Iniciamos nosso trabalho psicológico neste Hospital, colaborando com o Dr. Eurico de Toledo Freitas e com a equipe de enfermagem na Clínica Cirúrgica de Coluna, - no atendimento preparatório, durante o processamento cirúrgico e na pós-cirurgia. A assistência terapêutica era individual, grupal e também familiar. Interessavam aos médicos e a outros profissionais a capacidade reativa do paciente e a força colaborativa da família, para aumento da probabilidade de sucesso pela cirurgia. Trabalhávamos por aí. (NEDER, 1992, p.6)

Em 1957, Neder iniciou um trabalho no Instituto Nacional de Reabilitação, em funcionamento na Clínica Ortopédica e Traumatológica, com extensão do atendimento a outras clínicas médicas do HCFMUSP. Proferiu uma conferência, em 1959, em um seminário e falou com muita propriedade sobre o papel do psicólogo no contexto hospitalar, mesmo antes da profissão do psicólogo ser regulamentada no Brasil. (NEDER,

1992)

Angerami-Camon (2009), em seu capítulo “Psicologia Hospitalar: *passado, presente e perspectivas*”, considera que, ao tentar escrever a história da Psicologia Hospitalar no Brasil, deixou o seu trabalho incompleto. Deixo aqui a minha contribuição, falando da história da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais com a mesma sensação, talvez porque tenha a convicção de que a história não se encerra no tempo.

Vamos tentar localizar agora, neste segmento histórico, como a Psicologia Hospitalar surge no cenário Mineiro. Para isso, recorreremos à história da vida profissional de algumas pessoas em Minas Gerais, fazendo uma reconstrução histórica que engloba o período de 1968 a 1988. Para esse propósito, teve-se por referência o Hospital Geral, um campo de trabalho onde diversas ações se estruturaram e continuam se aprimorando enquanto uma especificidade de trabalho, mesmo sabendo que muitos anos antes o psicólogo já se inseria no contexto hospitalar, de assistência psiquiátrica.

Para ter acesso a este conhecimento, o ponto de partida foi o contato com pessoas que transitaram pelas diversas instituições hospitalares, nas quais instituiu-se o trabalho do psicólogo em Minas Gerais. A partir desses contatos foi possível acessar documentos, tais como cartas, relatórios, planejamentos, projetos, artigos de revistas e depoimentos escritos, que irão compor esta publicação (alguns comporão o texto e outros entrarão como anexos).

Utilizou-se da pesquisa documental como instrumento para o estudo proposto e também a história oral, por ser uma técnica de coleta de dados baseada no depoimento oral. É possível, através da mesma, preencher as lacunas existentes nos documentos escritos, na medida em que o entrevistado fornece informações, recorrendo à sua experiência e memória, para recompor fatos ocorridos anteriormente que compõem a história da Psicologia Hospitalar (HAGUETTE, 2011).

Em seguida, através do estudo dos documentos, foram extraídas as informações sobre a história de cada instituição, informações estas que posteriormente foram analisadas e sintetizadas neste trabalho. Foi analisada a memória social colhida por meio de documentos retrospectivos e depoimentos escritos e orais dessas pessoas, e que aqui será apresentado.

Cabe lembrar que foram e são colaboradores desta obra todos os que dispuseram de um certo tempo para me receber, respondendo às minhas perguntas, e o CRP-MG² que me apoiou no momento da confecção do

trabalho para o III Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar que, na referida data, depositou em mim total confiança na realização desta pesquisa e que agora possibilita a sua publicação (MIRANDA, 2016).

A proposta deste estudo era reunir subsídios para a discussão histórica da Psicologia Hospitalar neste estado: ser um ponto de partida para trabalhos mais densos, mais informativos e com maior documentação. A partir do III Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar os dados foram sendo atualizados na medida em que várias pessoas foram tomando conhecimento da sua realização.

A Psicologia Hospitalar em Minas Gerais teve início na Santa Casa de Misericórdia, de Belo Horizonte, e depois foi estendendo-se a outros hospitais, como o Hospital das Clínicas da UFMG, Hospital Odilon Behrens, Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais, Hospital Mater Dei, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital Cristiano Machado, Hospital São Lucas, Hospital Sofia Feldman, Hospital Eduardo de Menezes entre outros.

RESULTADOS

Santa Casa de Misericórdia

A precursora da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais foi a psicóloga Zélia de Oliveira Nascimento, que foi aluna da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG.

Segundo seu relato, em 1967, o Dr. Navantino Alves, pediatra da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, foi a um Congresso no Canadá, e lá ele observou que todos os serviços de Pediatria daquele local contavam com psicólogos em suas equipes.

Ao retornar ao Brasil, mesmo diante da nossa realidade, a qual não favorecia o psicólogo como profissional da saúde, partiu para buscar este novo integrante para sua equipe. Entrou em contato com a PUC-MG e, na

² O CRP publicou uma matéria no Jornal do Conselho Regional, em 1996, fazendo a divulgação do III Congresso Brasileiro de Psicologia Hospitalar, enfocando que a Psicologia Hospitalar seria debatida em Minas e também uma nota com o título “Histórico da Psicologia Hospitalar em MG”, contendo o seguinte texto: “Paralelamente ao Congresso, está sendo organizada uma pesquisa que pretende resgatar o histórico da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais, um Estado onde essa especialidade vem ganhando espaço e com hospitais utilizando o trabalho do psicólogo há mais de 20 anos. A equipe responsável pela pesquisa solicita aos psicólogos que trabalham ou já trabalharam com atendimento a pacientes hospitalizados que entrem em contato com a psicóloga Eunice Miranda pelo telefone (031) 241-1568. A equipe pretende apresentar os dados conseguidos durante o Congresso e precisa da colaboração de todos os que atuam na área”.

ocasião, ninguém se dispôs a fazer esse trabalho, por não ser remunerado e por não ter clareza de qual seria a atuação do psicólogo no âmbito hospitalar.

Por fim, o aluno do curso de Psicologia Helvécio Siqueira aceitou o encargo e convidou mais 10 colegas de curso para começar o trabalho, dentre eles Zélia Nascimento. Não sabendo muito bem o que fazer, começaram a utilizar a sala de recreação existente na Pediatria para fazer atendimento lúdico. Somente Zélia Nascimento partiu, de fato, para o atendimento na enfermaria. Com uma semana de atividades, os outros psicólogos desistiram do trabalho e ela, que havia ido para o Berçário, permaneceu.

Isto ocorreu em 1968. Ela estava cursando o terceiro ano de Psicologia e, como também não sabia o que fazer, procurou supervisão. Não encontrando quem pudesse supervisioná-la, teve notícias de que a psicóloga Maria Silvia Machado (que era diretora do Instituto Psicopedagógico), fazia avaliação de bebês, através do teste de Gesell. Entrou em contato com ela, solicitando sua ajuda para aprender a fazer a referida avaliação. Maria Silvia, que na época já era uma pessoa muito ocupada, indicou então Lígia Mourão, uma aluna sua, para ensinar o teste de Gesell à Zélia Nascimento.

A partir daí e em contato com a teoria de Gesell, René Spitz e Margareth Ribble, traduziu um livro de Gesell e estudou sobre hospitalismo e depressão anaclítica. Mostrou o trabalho ao Dr. Navantino, que lhe pediu que usasse o material para dar uma aula aos médicos e enfermeiras da sua equipe.

Com isso, ela conseguiu abordar a questão científica da época que era a seguinte: por que os médicos conseguiam curar as crianças das doenças diagnósticas inicialmente e por que, em seguida, elas morriam de outras doenças, contraídas no hospital? Zélia mostrou à equipe que estas crianças ficavam confinadas nos berçários, onde um bebê não via o outro e a mãe só tinha contato com o filho pelo vidro existente na porta de acesso à Unidade. E a resposta à questão proposta pelos médicos foi: devido à privação do carinho materno e a falta de contato com a equipe de enfermagem, que não segurava as crianças no colo, nem para dar-lhes a mamadeira, as crianças entravam num quadro de depressão anaclítica, ficando com isso imunodeprimidas e conseqüentemente contraindo novas infecções. Na época tomavam-se essas precauções, que incluíam o contato restrito com os bebês, temendo-se pela infecção hospitalar. Diante disso, o Dr. Navantino autorizou-a a mudar o ambiente do Berçário e o espaço físico: as mães passaram a ter contato direto com os bebês. E dentro

do seu trabalho Zélia Nascimento, todas as manhãs, fazia estimulação precoce aos bebês.

O trabalho foi sendo feito até que, um dia, chegou uma menina da cidade de Montes Claros, interior de Minas Gerais, com hidrocefalia, para colocar uma válvula, o que era um procedimento simples. Ao ser deixada no hospital, pela sua mãe, passou a apresentar o que Spitz descrevia como hospitalismo: choro intenso no primeiro dia; no segundo dia só resmungou; e, com 4/5 dias, ela morreu. Então, Zélia Nascimento perguntou aos médicos a *causa mortis* da criança. E foi assim, através de provocações e questionamentos, que Zélia foi conquistando o seu espaço junto à equipe. Dentro da avaliação de Gesell ela começou a fazer alguns diagnósticos sobre o desenvolvimento infantil, o que surpreendeu a equipe diante dos acertos obtidos nas avaliações. O Hospital das Clínicas da UFMG, ao saber dos resultados, solicitou que ela fosse para lá fazer diagnósticos.

Por dois anos e meio desenvolveu esse trabalho na Santa Casa e indo ao Hospital das Clínicas sempre que convidada. Os médicos passaram a solicitá-la para acompanhar crianças durante punções lombares e outros procedimentos médicos e, nesse momento, o trabalho foi se expandindo.

Um dos trabalhos marcantes de Zélia Nascimento foi um estudo sobre Hospitalismo, que até então não havia sido publicado e que foi disponibilizado por Zélia para compor esta obra após uma revisão feita por ela. Trata-se de um trabalho de suma importância para aqueles que pretendem prestar assistência psicológica à criança hospitalizada. Neste ESTUDO DO HOSPITALISMO - ANEXO I, ela discorre sobre os estudos realizados a respeito do desenvolvimento psicológico da criança, conceituando hospitalismo e depressão anaclítica, que tem como causa a separação mãe-filho, que causa danos físicos, intelectuais e emocionais à criança. A partir da pesquisa de René Spitz e do estudo de vários outros autores pode-se compreender os seus efeitos, como diagnosticar e medidas profiláticas e psicoterapêuticas a serem adotadas.

Zélia se graduou em 1970 e permaneceu na Santa Casa até 1972, visando outras possibilidades de trabalho. Apareceu, nesta época, um grupo de estudantes de Psicologia com interesse em prosseguir com o trabalho, dentre eles Gislaíne Assumpção, Gláucia Prosdócimi e Gláucia Tavares. Zélia então se dispôs a dar supervisão até se afastar totalmente do trabalho. Isto ocorreu quando este grupo consolidou a sua atuação junto à equipe do hospital.

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – HC-UFMG

Em 1972, Gislaine Assumpção e Maria de Lourdes Guimarães de Almeida Barros, estudantes do 2º ano do curso de Psicologia, foram convidadas pelo Dr. Ennio Leão, pediatra, para montar o serviço de Psicologia na Pediatria do HC. Após aceitar o convite, procuraram estudar e receber orientação dos professores universitários, que ainda não tinham nenhum conhecimento na área e forneceram somente indicações bibliográficas. Na época, o subsídio teórico encontrado para o trabalho foi a Psicanálise Infantil, o livro do René Spitz e estudos de Margareth Ribble. Segundo Gislaine, o trabalho foi pioneiro e ia se estruturando na medida em que a prática acontecia.

Gislaine conta que, inicialmente, fizeram uma reunião com o corpo clínico da Pediatria e apresentaram uma proposta de trabalho. Realizaram um estudo sobre hospitalismo, apresentaram à equipe e começaram a atender as crianças. Gislaine e Maria de Lourdes coordenavam o trabalho, até que Maria de Lourdes, por problemas pessoais, teve que se afastar. Entraram novas voluntárias, sob a coordenação de Gislaine e elas trabalhavam aplicando testes motores, para ver a deficiência das crianças, idade mental ou problema emocional. Faziam estudo de casos e, dentro da abordagem do Spitz, começaram a fazer um trabalho com os bebês através do contato terapêutico. Gislaine permaneceu nesse trabalho até 1974. Gláucia Rezende Tavares também comenta sobre a oportunidade que teve de acompanhar a implantação deste trabalho no HC, que era coordenado por Maria de Lourdes G. A. Barros, Gislaine Assumpção, Gláucia Prosdocimi, sob a supervisão de Maria do Carmo.

Já Maria de Lourdes Guimarães de Almeida Barros apresenta uma outra sequência nos fatos. Talvez pela passagem do tempo, haja divergência no que aconteceu. Ela relata que o Dr. Ennio Leão pediu a ela que fizesse um Projeto. Neste momento ela era ainda estudante e, diante do volume de coisas a serem feitas, convidou os colegas de sala para ajudá-la. Solicitou a Maria do Carmo Vasconcelos.

Em 1973 convidou Gislaine Assumpção a participar do trabalho, quando algumas pessoas que iniciaram o trabalho com a Maria de Lourdes deixaram o grupo.

Maria de Lourdes viajou para a Alemanha, levando consigo uma carta do Departamento e visitou um hospital, no qual teve acesso a um livro sobre a criança no hospital. O livro foi traduzido pelo Dr. Thomaz Aquino, engenheiro professor da Escola de Engenharia.

Requisitaram materiais e conseguiram tudo o que era necessário para a realização do trabalho. Com uma doação recebida em dinheiro montaram uma sala de ludoterapia. Depois de Maria do Carmo Vasconcelos quem

assumiu a orientação do trabalho foi a psicóloga Zélia Nascimento.

Um outro fato histórico é que um pouco antes de 1977, Marisa Decat de Moura, ainda estudante, foi para o HCL-UFMG estagiar na Pediatria, com crianças portadoras de câncer, a convite da Maria de Lourdes Guimarães de Almeida Barros, e lá permaneceu durante um ano e meio, aproximadamente. Marisa, em seu depoimento, relembra de uma situação que a marcou muito: a de uma criança que tinha o mesmo nome do seu irmão e que se parecia muito com ele. Lembra de como sentiu-se ao chegar ao quarto desta criança e se deparar com a cama vazia com o colchão dobrado ao meio, que é um procedimento utilizado para a desinfecção do leito após o óbito do paciente.

O interessante é que, assim como Marisa, várias pessoas relataram alguma situação parecida, relacionada à presença concreta do morrer no contexto hospitalar.

Retornando à Santa Casa

No final de 1972, princípio de 1973, Gislaïne M. D'Assumpção foi para a Santa Casa a convite do Dr. Manoel Firmato de Almeida, pediatra. Nessa ocasião, teve boas referências do trabalho de Zélia Nascimento e, ao procurá-la, percebeu uma abertura imensa por parte de Zélia para orientá-la e apoiá-la no trabalho. Recebeu da mesma referência bibliográfica, supervisão e, segundo Gislaïne, ela tinha um carinho e entusiasmo muito grande com a Psicologia Hospitalar. Com base nessa orientação, no período de abril a maio de 1974, realizou um levantamento estatístico enumerando o tipo de patologia, faixa etária e tempo de internação das crianças da Ala A e um estudo da organização hospitalar na Pediatria da Santa Casa. (ANEXO II – Estudo de uma Organização Hospitalar³).

Depois desta primeira etapa, foi apresentado à direção da clínica pediátrica um planejamento (ANEXO III – Planejamento da Equipe de Psicologia para Atendimento ao 3º andar da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte). Os meses de junho e julho de 1974 foram utilizados para organização do serviço.

Em agosto do referido ano começaram o trabalho prático, sob a coordenação de Gislaïne M. D'Assumpção e Gláucia Prosdócimi Silva e uma

³ Este material nos fornece uma ideia do que é preciso conhecer da instituição onde se pretende implantar um trabalho de Psicologia Hospitalar. Angerami-Camon (2009) apresenta estes elementos institucionais no seu capítulo intitulado “Elementos Institucionais Básicos para a Implantação do Serviço de Psicologia no Hospital” que contém vários itens que constam no anexo II e alguns que complementam o material supracitado.

estagiária (Gláucia Rezende Tavares) sob a supervisão de Zélia Nascimento. Em janeiro de 1975 compunha também a equipe Gláucia Rezende Tavares (orientadora das Enfermarias) e Maria Helena Libório (orientadora do Berçário). E as estagiárias Maria Elizabeth, Angela Nankran, Berta Kender, Wania Nunes Coelho, Lizandre Rodrigues Von Atzingen e Saleth Salles Horta.

No período de 26 de setembro a 27 de novembro de 1974 foi realizado o Curso de Desenvolvimento Infantil na Pediatria da Santa Casa, planejado para o corpo de enfermagem, Associação das Voluntárias da Santa Casa de Misericórdia (AVOSC) e Serviço Social, porém somente o corpo de enfermagem participou do mesmo (um total de 80 pessoas). O objetivo do curso era conscientizar as pessoas, que lidavam com a criança, da importância de sua função e da necessidade de um conhecimento maior sobre o desenvolvimento da criança. Os temas foram: hospitalismo; fases do desenvolvimento – visão geral; a primeira e segunda infância; o primeiro ano de vida; os direitos da criança; fatores constitucionais e emocionais, influenciando no comportamento da criança; privação sensorial; o menino difícil, o menino medroso, morte nas enfermarias; Terapia Ocupacional em Hospital Pediátrico⁴; e, sexualidade infantil. Ao final do curso entregaram uma ficha de avaliação, a ser preenchida pelos alunos, e obtiveram um reconhecimento da importância do curso para aquela equipe e demanda de novos cursos.

Regularmente prestavam assistência psicológica no Berçário. Fizeram, ainda, a remodelação ambiental da enfermaria da Pediatria e refeitório, com ajuda de voluntários da Escola de Belas Artes. O objetivo era mudar o ambiente hospitalar, criando um clima de alegria, proporcionando maior estimulação visual à criança hospitalizada, por considerarem que a estimulação é de vital importância para as crianças internadas.

Em relação à entrada de estagiárias, havia todo um cuidado. O estagiário assinava um termo de compromisso, se comprometendo a cumprir o horário do estágio, frequentar as reuniões do serviço, acatando suas normas. Considero importante esta iniciativa, pois nesta época não havia estágios curriculares nesta área e o aluno precisava ser selecionado e preparado para esta prática, que era iniciada sem que ele tivesse recebido os subsídios necessários na academia. Ainda hoje isto é necessário, pois mesmo com os estágios curriculares em Psicologia da Saúde e Hospitalar, nem sempre a instituição hospitalar tem uma organização necessária para

⁴Aula dada pela terapeuta ocupacional americana Linda Kelley que abordou tema sobre a criança queimada.

favorecer o aprendizado do aluno, que precisa de um tutor, no campo da prática para orientá-lo e supervisioná-lo. Em função disso, considerei importante colocar neste histórico, ANEXO IV - o Programa de Treinamento de Estagiários. Os estagiários seguiam um roteiro de atendimento que compreendia: identificação da criança e estudo de caso, através do contato com o médico residente e leitura do prontuário da criança, anotando, de forma resumida, o que considerava importante. Faziam anamnese com os pais, observação do bebê, e atendimento da criança, no caso de crianças maiores, avaliação das crianças através da aplicação de testes e anotações sobre o comportamento da criança. Além disso, faziam uma prova que tinha por objetivo a verificação do conhecimento em relação à teoria e apreensão do papel do psicólogo hospitalar (ANEXO V – Prova para as Estagiárias de Psicologia da Santa Casa). Gláucia Tavares comenta que foi a primeira estagiária a submeter-se a uma avaliação por escrito, para formalização da sua condição de estagiária e que os estudos de Margareth Riblle e Spitz eram as referências teóricas nessa época.

Naquela época este aspecto ainda não era bem delineado. Era necessário sair do senso comum e ter bom senso para atuar como psicólogo hospitalar, levando-se em conta as peculiaridades do ambiente e a particularidade de cada atendimento, de cada paciente. Pode parecer estranho algumas questões contidas neste anexo V, mas vale ressaltar que, na época, não existia o alojamento conjunto. Por ocasião da doença e necessidade de internação as crianças eram afastadas dos seus pais. As visitas eram limitadas e os pais podiam visitar seus filhos somente duas ou três vezes por semana.

Um dos fatores que ajudou na estruturação do trabalho foi o material trazido dos Estados Unidos por um médico amigo da Gislaíne, referente a um programa de atendimento psicológico infantil, desenvolvido em um hospital americano. Baseado neste trabalho foi montado um teatrinho de fantoches, para preparar crianças para cirurgias e um livro de histórias “Um hospital chamado Santa Casa” que tinha o objetivo de colocar a criança em contato com o hospital. Eram dois roteiros diferentes da história a ser contada, a partir da apresentação de figuras - um para paciente cirúrgico e outro para paciente em tratamento não cirúrgico. (ANEXO VI – Um Hospital chamado Santa Casa).

As psicólogas participavam também de reuniões clínicas, davam aulas para os médicos residentes e tinham acesso ao prontuário médico. Sempre registravam os trabalhos em relatórios e faziam planejamento para etapas subsequentes. Faziam ainda preparação para cirurgia, e atendiam interconsulta da Endocrinologia, nos casos de genitália

ambígua. Deparam-se com várias dificuldades, dentre elas: falta de apoio da direção do hospital, rotatividade de funcionários (o funcionário treinado era transferido para unidades de internação de adulto), falta de espaço físico adequado para o atendimento psicológico, trabalho sem remuneração, pouco entrosamento do corpo médico e com a equipe de Psicologia.

Nesta época, a equipe era composta por cinco voluntárias, dentre elas Gláucia Prosdócimi, que permaneceu na coordenação do trabalho após a saída da Gislaine.

Antes da saída de Gislaine, ela e Gláucia Prosdócimi apresentaram um relatório do trabalho desenvolvido no período de abril a dezembro de 1974 e um plano de ação para 1975. Somado a este relatório encaminharam uma carta ao provedor da Santa Casa em 24 de dezembro de 1975. Esta missiva menciona uma anterior enviada em 18 de março de 1974, que solicitava a autorização para a realização do trabalho de assistência psicológica na Pediatria da Santa Casa. A autorização foi obtida em abril de 1974 e, após um ano e oito meses, novamente elas se dirigiram ao provedor solicitando a oficialização do serviço, bem como recursos materiais (incluindo sala para atendimento, reprodução de ficha de anamnese e de preparação para cirurgia). Na verdade, o que estava sendo pedido era o reconhecimento e apoio da direção do hospital para o trabalho ora realizado.

Este fato retrata a situação de muitos psicólogos, que tiveram que enfrentar inúmeras dificuldades para serem reconhecidos pela instituição hospitalar, apesar da competência e do trabalho realizado. A luta pela legalização e regulamentação desta prática vem de muitos anos, de muito esforço, competência e dedicação.

O motivo da saída de Gislaine foi porque, apesar de receber apoio das equipes de Pediatria e Endocrinologia para a realização do trabalho, estas equipes não tinham força política para efetivá-la na instituição. Enquanto coordenadora do trabalho, enviou outra carta, datada de 11 de outubro de 1976, falando do encerramento das atividades da Psicologia por falta de condições de trabalho, pelas dificuldades encontradas, argumentando sobre a importância da assistência psicológica ao doente hospitalizado. Menciona também a não obtenção de resposta da carta enviada em 1975.

[...] a importância do serviço de Psicologia, principalmente na Pediatria, e em outras clínicas, como na Endocrinologia, que muito nos solicitou, e à qual atendemos sempre que possível, fornecendo idade mental, sexo psicológico etc., elementos estes que são necessários ao médico (nos casos de genitália ambígua).

E fundamentam:

A criança que necessita ser hospitalizada, além do aspecto da doença em si, que já é um fator negativo, ela tem que enfrentar outros problemas de ordem psicológica para os quais ainda não está preparada: a separação dos pais e de seu ambiente familiar; enfrentar um ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, e que nem sempre compreendem o mundo da criança; ser submetida a processos traumáticos, como tirar sangue, tomar injeção e mesmo ser operada. Tudo isto sem um atendimento psicológico adequado. A criança reage a tudo isto de acordo com sua idade, e sua experiência passada: algumas ficam deprimidas, outras agressivas, enfim todas elas, através de seus comportamentos, nos dizem que algo não anda bem com elas.

A criança, assim como o adulto (sendo que a criança em maiores proporções, devido à sua fragilidade) sofre a influência da emoção no físico. Com isto queremos dizer que uma criança apavorada, deprimida, carente afetivamente, não reagirá bem aos medicamentos, e seu estado de saúde tende a piorar. Se a criança fosse atendida em suas necessidades mais urgentes, durante a internação, reagiria melhor ao tratamento e, conseqüentemente, seu tempo de internação seria mais curto.

Para encerrar a missiva reafirmam, mais uma vez, a necessidade da contratação de um psicólogo.

Estamos certas de que o hospital só teria a lucrar com isto, pois além do aspecto humano da questão, podemos assegurar que as crianças reagiriam melhor ao tratamento, o que conseqüentemente diminuiria o tempo de internação.

O objetivo dessa carta foi o de tentar abrir caminho para a Psicologia Hospitalar na SCBH. E foi nessa ocasião que Gislaíne deixou o trabalho. A partir daí, passou a fazer palestras em outros hospitais, sobre Hospitalismo, e desenvolveu trabalho junto a profissionais de saúde, na área da tanatologia. A respeito deste desfecho, Gláucia Tavares comenta que a precariedade das condições físicas da instituição e a grande novidade da proposta não foram limitadores absolutos para a implantação do Serviço de Psicologia. “A dificuldade foi a manutenção da proposta, o que nos abateu muito com a finalização”. De qualquer maneira, a semente desta proposta não se perdeu e o reconhecimento da contribuição do psicólogo no contexto hospitalar não é um mito.

Anos mais tarde, em 1986, um grupo de psicólogos voluntários e alguns estudantes de Psicologia, dentre os quais eu me incluo, participavam de um grupo com a pediatra Dra. Marília de Freitas Maakaroun. Essas reuniões foram instituídas pela Dra. Marília e incluíam estudo de literatura sobre Desenvolvimento Infantil. Naquela época não tínhamos nenhuma referência dos trabalhos desenvolvidos anteriormente. Estávamos na

Instituição pioneira da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais e de nada sabíamos.

Mesmo sendo um grupo de voluntários, percebíamos que o trabalho só se efetivaria com a colaboração de profissionais afins, e iniciamos uma atividade interdisciplinar. Aos poucos o nosso grupo de psicólogos conseguiu definir-se, diferenciar-se e destacar-se e passou a buscar reuniões mais técnicas para discutir o papel do psicólogo no contexto hospitalar. Tínhamos o cuidado de registrar todas as atividades em atas, assim como os atendimentos realizados, e fazíamos o registro do atendimento no prontuário, visando a efetivação do trabalho dos psicólogos que ainda não era reconhecido na Instituição.

Outro cuidado foi com a seleção de estagiários e com as normas de estágio (ANEXO VII – Regimento dos Estagiários em Psicologia Hospitalar), visto que era um estágio extracurricular e tínhamos a preocupação com a regularização dos estágios na Instituição.

Nos dias um e dois de outubro de 1988 foi realizado o I Seminário dos Psicólogos da SCMBH. Nessa época, desenvolvíamos trabalhos em várias clínicas médicas, dentre elas Pediatria, Cardiologia e Oncologia. Éramos um grupo composto pelos psicólogos: Paulo da Silva Sírio, Maria Alice de Souza, Ivone de Fátima Paula, Eugenia Cardoso dos Santos, Maria Susana Alamy Reis, Lívia Nogueira Lima e Cynthia Nogueira Lima Carneiro e eu, Eunice Miranda e recebíamos estagiários de diversas universidades que estagiavam sob supervisão e acompanhamento dos psicólogos do Setor.

Nessa época, esse grupo, como dito anteriormente, não tinha conhecimento dos trabalhos desenvolvidos outrora na instituição e um dos trabalhos realizado por alguns psicólogos foi sobre Hospitalismo. Então, quando não se tem acesso à história há uma tendência a refazer o que foi estruturado em outra época por outro profissional. Se soubéssemos do trabalho de Zélia Nascimento, teríamos avançado muito mais, pois já teríamos uma base previamente estruturada.

Em 1991 todos nós, oito psicólogos até então voluntários, fomos contratados com vínculo empregatício no regime CLT⁵ para o cargo de “Psicólogo Geral”, pela Santa Casa, o que foi um grande marco para todos os presentes, criando-se oficialmente o Serviço de Psicologia. Em 1992, foi realizado, na Santa Casa, o I Encontro Médico e houve abertura para apresentação do trabalho da Psicologia, mediante painéis com os temas: A atuação do Serviço de Psicologia da SCMBH, Atuação da Psicologia na

⁵ Consolidação das Leis Trabalhistas.

Maternidade, Atuação da Psicologia na Nefrologia. Desde então o serviço na Santa Casa foi se ampliando cada vez mais.

Percorrendo a trajetória histórica temos ainda outras instituições. Em 1977, simultaneamente, iniciou-se o trabalho no Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB) e formalizou-se o trabalho no Hospital das Clínicas.

Hospital Municipal Odilon Behrens

No HOB⁶ este início se deu através da psicóloga Mariana Domingues Veiga Ferreira, que realizava psicodiagnóstico e atendimento infantil a filhos de funcionários da Prefeitura, orientação de pais e, paralelamente, atendia interconsultas da Pediatria⁷. Em 1979, a Seção de Psicologia fundiu-se à Clínica de Medicina Psicossomática, criando-se a Seção de Medicina Preventiva, Psicossomática e Psicologia, numa abordagem interdisciplinar (psicólogo, psiquiatra, enfermeira, clínico, assistente social). Estruturaram um curso de Psicossomática e, aos poucos, com o aumento da equipe (1985), foi realmente se efetivando o trabalho nas unidades de internação. (HOB, 1998)

Em novembro de 1987, a psicóloga Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães iniciou-se, em caráter experimental, um programa de atendimento psicológico na Pediatria, visando minimizar os transtornos emocionais oriundos da hospitalização nas crianças. Neste ponto entra a minha participação na história do HOB. Em outubro de 1988, eu, Eunice Miranda, iniciei um estágio em Psicologia Hospitalar e, após a conclusão do curso, dez/88, continuei à disposição do hospital, compondo a equipe da Seção de Psicologia, onde permaneci até 2007.

Em 11 de julho de 1988, foi confeccionado um projeto formalizando a criação do Serviço de Saúde Mental, demonstrando como é importante a organização formal de um serviço, como será apresentado no ANEXO VIII – Projeto para Criação do Serviço de Saúde Mental no HOB e das Seções de Psiquiatria e Psicologia. Este projeto menciona, com detalhes, a localização do Serviço de Saúde Mental no organograma do hospital. Suas subdivisões – Seção de Psiquiatria e Seção de Psicologia, têm detalhamentos dos serviços oferecidos, objetivos, atribuições e responsabilidades. A partir deste Projeto foi feito um relatório especificando mais detalhadamente o trabalho do psicólogo nas unidades de internação, mostrando qual a base

⁶ Hospital Metropolitan Odilon Behrens

⁷ Nesta ocasião o HOB era um hospital destinado a atendimento de funcionários da Prefeitura de Belo Horizonte e seus dependentes

para o trabalho de assistência psicológica ao doente hospitalizado. Incluir o projeto nesta publicação tem por objetivo mostrar alguns elementos institucionais importantes para a estruturação de um serviço no âmbito hospitalar. Os projetos são fundamentais na efetivação e formalização da Psicologia Hospitalar. Além de dar transparência ao trabalho proposto, abre possibilidades para que ele seja feito num contexto de revisão, críticas envolvendo avaliação de resultados, e ainda serve como fonte de documentação histórica.

Em se tratando de uma instituição pública municipal, como é o caso do HOB, criar um setor implica em alterar o organograma do Hospital. O trabalho instituído precisa ser institucionalizado, o que é feito mediante a aprovação do projeto pela Câmara de Vereadores, para a mudança no organograma e no plano de cargos e salários, que precisa prever a vaga para psicólogo e seu perfil profissionalizante*.

Em janeiro de 1989, com a mudança da Diretoria do HOB, foi elaborado novo projeto de trabalho, mais abrangente, que demandava maior espaço físico e extensão do atendimento ao adolescente. Foi criado então o Programa de Atenção Integral Infanto-Juvenil (ANEXO IX – Programa de Atenção Integral Infanto-juvenil), que contava com a participação de pediatra, psiquiatra, psicólogas⁹, assistente social e enfermagem, tendo por objetivo esclarecer, prevenir e cuidar da criança e do adolescente durante o período de internação hospitalar. Em relação à área física foi realizada uma remodelação do ambiente da Unidade Infanto-juvenil e do CTI Infantil, propiciando melhoria das condições físicas e psíquicas necessárias ao processo de desenvolvimento da criança e do adolescente. Foi criada na época as enfermarias para internação de adolescentes (feminina e masculina) e realizada remodelação ambiental, fundamentada em estudos sobre Psicologia da cor e o valor simbólico da natureza como fonte estimuladora. Para tal, contou-se com a dedicação e competência do artista plástico Sr. Juan José Pueyo Garcia, que despertou os dotes artísticos de toda a equipe da Pediatria e outros colaboradores do Hospital. (HOB, 1998).

A Seção de Psicologia do HOB continuou ampliando suas atividades a todas as áreas do hospital e abrindo espaço de estágio para os acadêmicos

* Dando sequência à história faremos alguns registros que marcaram as atividades realizadas em algumas instituições públicas municipal, estadual e federal, que ficam à mercê da nova direção que assume a instituição a cada quatro anos, quando vence o mandato do Prefeito, Governador e Presidente. Isto muitas vezes gera uma descontinuidade no trabalho até então realizado, o que exige dos profissionais uma adequação à proposta da nova administração, levando em conta a missão social do hospital.

⁹ Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães e Eunice Moreira Fernandes Miranda

de Psicologia. O registro das atividades era feito através de relatórios que demonstravam os resultados alcançados pela equipe. Os relatórios e registros de atendimentos fornecem dados estatísticos que possibilitam a avaliação do trabalho, o estabelecimento de novas propostas e o redimensionamento da equipe de psicólogas/os nas Unidades Hospitalares.

A expansão dos trabalhos fica evidente no relatório O Trabalho de Profissionais de Saúde Mental nas Unidades de Internação do HOB (ANEXO X) que demonstra, a partir do que foi planejado pela equipe, quais foram os resultados alcançados. A instituição precisa ter acesso ao que concretamente é realizado pela Psicologia, mesmo sendo um trabalho que é da ordem do subjetivo.

Além desses trabalhos da Psicologia Hospitalar, o HOB contava também com a psicóloga Zózima Eulália F. Azevedo Lopes, integrando a equipe do Programa Nacional de Controle de Problemas Relacionados ao Consumo de Álcool e com as psicólogas Leila Myriam Guimarães¹⁰ e Wilsa Maria Ramos no Recursos Humanos (RH). O RH tinha por objetivo identificar as reais necessidades de desenvolvimento dos funcionários e dar atendimento prioritário aos problemas de pessoal, contribuindo para a construção de uma instituição saudável, administrando os conflitos internos e valorizando o potencial humano.

Em 1990, foi estruturado um trabalho em equipe, composta pelo pediatra Adalberto Marques Pinto Júnior, pela assistente social Maria Cristina Portes Prado, por mim (Eunice Miranda) e pela psicóloga Eliara Thomaz Froes para acompanhamento integral a crianças com síndrome de Down.

Ainda em 1990, foi criado o Programa de Orientação do Diabético, composto por uma equipe de endocrinologista, assistente social, técnico de nutrição, enfermeira, psicóloga e terapeuta ocupacional, que atendia pacientes adultos, inscritos no programa. Em julho de 1992, foi realizado um trabalho de grupo realizado pelas psicólogas Ana Maria e Eliara Thomaz Froes, que faziam parte do Grupo de Atenção Multidisciplinar à Mulher no Climatério. Este grupo tinha por objetivo realizar atendimento à mulher focado na sua saúde, mediante a prevenção de doenças crônicas, rastreamento do câncer, reposição hormonal e orientação quanto aos hábitos de vida; visava propiciar-lhes um suporte psicológico com a intenção de compreender a vivência do climatério, suas mudanças físicas e emocionais no contexto sociofamiliar, assim como criar condições

¹⁰ Após sair do RH, Leila M. Guimarães integrou a equipe de Psicologia Hospitalar.

de desenvolver objetivos renovadores e ainda orientar e cuidar da postura e atividades físicas, como prevenção da osteoporose e doenças cardiovasculares. As atividades eram desenvolvidas no ambulatório.

Em 1997, em parceria com a PUC-Minas foi implantado o primeiro curso de Pós-graduação com Especialização em Psicologia Hospitalar de Minas Gerais, sob a minha coordenação e supervisão (Eunice Miranda) e do Prof. Antônio Ângelo Favaro Coppe (PUC-Minas). A parte teórica era dada no Instituto de Educação Continuada (IEC PUC-Minas) e a parte prática era desenvolvida no Pronto-Socorro do hospital.

Voltando ao Hospital das Clínicas

No Hospital das Clínicas, a equipe que inicialmente implementou atividades relativas à assistência em Saúde Mental foi constituída por docentes e estagiários dos Departamentos de Pediatria (Faculdade de Medicina), Departamento de Psicologia (FAFICH) e Departamento de Métodos e Técnicas de Ensino da Faculdade de Educação em 1976.

Os trabalhos, desenvolvidos pela referida equipe, tinham como objetivo principal atender à demanda de prevenção, avaliação e tratamento de crianças com distúrbios de aprendizagem, crianças essas encaminhadas pelos ambulatórios do Departamento de Pediatria.

Essa equipe de trabalho recebeu a denominação de Setor de Neuropsicopedagogia Infante-Juvenil, vinculado ao Serviço de Pediatria do Hospital das Clínicas-UFMG, tendo como primeiro coordenador um docente do Departamento de Pediatria, Prof. Mario Renato V. Bessa.

Em 1977, a psicóloga Carmem de Souza Rocha foi convidada a compor a equipe que, juntamente com ela, iniciou as atividades de triagem, psicodiagnóstico, pesquisas relativas às dificuldades escolares e, paralelamente, realizava atendimentos, na Pediatria, a crianças hospitalizadas. Este trabalho foi desenvolvido no período de um ano.

Além da assistência psicopedagógica, psicoprofilática e psicoterápica prestada à criança e ao familiar, esse Setor promoveu o Curso “Atualização em Psicologia Clínica, Psicopatologia e Psicoterapia Infantil”, ministrados pela Dra. Carmem Rocha.

Os pediatras que se vincularam ao Setor de Neuropsicopedagogia Infante-Juvenil, motivados e interessados pelos aspectos emocionais e psicológicos de seus pacientes, iniciaram formação em Psiquiatria Infantil. Discussões de temas e casos da área da saúde mental passaram a ser realizadas com a participação de docentes da Faculdade de Medicina e residentes em Pediatria.

Em 1978, a Câmara do Departamento de Psiquiatria e Neurologia da Faculdade de Medicina da UFMG aprovou a criação de um curso de especialização – Curso Interdisciplinar de Especialização em Psiquiatria e Psicologia Infanto-Juvenil (CIEPSIA) - destinado a médicos e psicólogos, que se manteve até 1986.

Paralelamente a esse processo, o Conselho Administrativo do Hospital das Clínicas estudava a proposta de criação de Serviços Especiais de Diagnóstico e Tratamento, uma vez aprovada a proposta de assistência hospitalar sob forma de cuidados progressivos de atenção à saúde (1977).

Tendo surgido a possibilidade da criação de Serviços Especiais, o Departamento de Psiquiatria e Neurologia apresentou a primeira proposta de criação do Serviço de Psiquiatria – SEP – a qual não foi aprovada pois, segundo o parecer do Conselheiro, não estava de acordo com as normas de atenção psiquiátrica propostas pela OMS, que enfatizavam o atendimento ambulatorial. A hospitalização deveria ser realizada somente em caráter excepcional nos hospitais gerais.

Em 1979, o Departamento de Psiquiatria e Neurologia enviou uma nova proposta, dispondo sobre a criação do Serviço Especial de Psiquiatria. Em 21 de dezembro de 79, com a aprovação do Conselho Administrativo, criou-se o Serviço Especial de Psiquiatria.

Concomitantemente ao processo de implantação desse trabalho de assistência em saúde mental, em 1981, o Departamento de Pediatria, numa iniciativa pioneira, passou a contar com a participação de uma docente com formação em Pedagogia e Psicologia em seu quadro de professores, a psicóloga Alzira Maria de Carvalho Lima. Em decorrência da organização e estrutura da Unidade de Nefrologia Pediátrica naquele momento, que tornava fecunda a possibilidade do trabalho interprofissional, a referida professora iniciou o trabalho de assistência a crianças internadas, na Unidade de Internação da Divisão de Pediatria, com patologias renais severas e crônicas. Neste momento, iniciou-se a prática da Psicologia Hospitalar estruturada na Unidade de Nefrologia Pediátrica e ligada ao Serviço de Pediatria do HCL.

Durante os seis anos subseqüentes o trabalho de Psicologia Hospitalar junto ao doente renal crônico, em programa de hemodiálise e transplante renal, e junto à família, tornou-se efetivo. Vários estudos e projetos de pesquisa foram realizados em conjunto com o grupo de Nefrologia, tendo sido os mesmos apresentados em congressos, jornadas e simpósios, nas áreas de Nefrologia e Psicologia.

A partir de 1987, novas demandas surgiram na Unidade de Internação de Pediatria, impondo a necessidade de se ampliar, a todas as crianças

hospitalizadas, a assistência psicológica. Gradualmente, as crianças e suas famílias passaram a ser atendidas pelo Serviço de Psicologia, mediante o pedido de interconsulta.

Assim, a Psicologia passou a ter uma estrutura e organização própria, tendo sido legitimada pela instituição como um todo, sob a Coordenação da Prof. Alzira Maria. Nesse período, foram produzidas pesquisas, teses¹¹, vídeo-educativo¹², e uma cartilha¹³, ampliando e fortalecendo os trabalhos da Psicologia Hospitalar.

Posteriormente, a Comissão de Estágios e Residência Médica do Hospital das Clínicas aprovou duas vagas para o estágio em Psicologia Hospitalar, estando o estagiário necessariamente freqüentando o curso de formação em Psicologia Hospitalar, oferecido pela instituição aos estagiários. A partir de 1988, outros psicólogos integraram o serviço, ampliando também o número de estagiários. Paralelamente, o Serviço Especial de Psiquiatria também foi ampliado, passando a ser denominado, em 1986, de Serviço Especial de Saúde Mental – SESAM.

Em 1990, deu-se início à disciplina optativa “saúde mental da criança”, no Curso de Residência em Pediatria do HCL, sendo a docente Alzira Maria a responsável pela referida disciplina

Em 1991, a Seção de Psicologia do Serviço de Pediatria integra-se ao SESAM, surgindo uma nova configuração dessa Seção que, a partir de então, torna-se uma área de trabalho: área da infância e adolescência hospitalar/Psicologia – SESAM, favorecendo ainda mais as experiências em equipe, bem como o trabalho interprofissional.

Em março de 1992 a área da Infância-Adolescência Hospitalar/Psicologia ampliou seu quadro de pessoal, sendo admitida a psicóloga Maria Lúcia Savassi Rocha e, em novembro de 1992, Maria das Graças Uchoa Penido Fonseca para a integrar a equipe. Com a participação dessas profissionais, a área da Infância e Adolescência Hospitalar/Psicologia se reorganizou e foram constituídos três núcleos: Núcleo de Hematologia, Núcleo de Nefrologia e Núcleo de Enfermaria Geral – o que possibilitou uma assistência mais eficaz à criança internada.

Em 1994, uma nova coordenação da área fez-se necessária, tendo em vista a aposentadoria da Prof. Alzira Maria Carvalho Lima, a qual, a partir de então continuou ligada à Unidade de Nefrologia Pediátrica como

¹¹ Da dessacralização à profanação da Medicina; - a trajetória do diálogo médico-paciente

¹² A Fábrica de Pingolinho

¹³ Alimentação na Insuficiência Renal Crônica

membro do Corpo Clínico do HC.

Percorrendo a trajetória histórica temos, ainda, outras instituições que começaram a desenvolver os seus trabalhos, porém sem conhecimento do que era desenvolvido em outras instituições anteriormente citadas. Apresentaremos, a partir de agora, algumas destas experiências.

Hospital Geral do Instituto de Previdência do Estado de Minas Gerais – HGIP/IPSEMG

No IPSEMG, de acordo com depoimento oral de Sônia Maria Cerqueira Machado e Ione Patrícia de Oliveira, em 1975/1976, aproximadamente, o trabalho da Psicologia começou em nível ambulatorial, com atendimento psicológico, psicodiagnóstico, orientação vocacional ao familiar e previdenciário, no Hospital Sede (local onde funcionava a parte burocrática do IPSEMG), e em seguida conseguiram um andar no Hospital Geral, passando a fazer Psicoterapia individual em nível ambulatorial. Em 1979, Susana Cabral passou a atender na Pediatria e, posteriormente, o trabalho também se estendeu à Medicina Preventiva, através do grupo de gestantes. Com o tempo, a demanda foi se estendendo e o trabalho foi ampliado à Clínica Médica, Endocrinologia, CTI, Oncologia e Hemodiálise. (ANEXO XI – Divisão de Psicologia Clínica do IPSEMG)

Além do anexo XI, foi fornecido por Sônia Cerqueira Machado um quadro sinóptico de atividades da divisão de Psicologia Clínica IPSEMG, no período de janeiro a junho/88, descrevendo os tipos de atividades, número de clientes, número de atendimentos cliente/semestre, número de psicólogos em cada área e número de atendimentos dia/psicólogo, o que demonstra uma organização do serviço que, mediante dados estatísticos, faz uma avaliação do Serviço. Não consideramos necessário colocar estes dados como anexo, porém é importante fazer referência a este aspecto. Na organização formal de um Serviço é extremamente necessário criar um banco de dados, para uma análise quantitativa de um trabalho que é extremamente subjetivo. É como traduzir os aspectos qualitativos de um Serviço e ter a competência de demonstrar concretamente os resultados à instituição.

Outro documento que tivemos conhecimento foi o Projeto de Reestruturação do SMU. Ele foi feito em 1987, a pedido do superintendente Hospitalar do HGIP, Dr. José Leal Domingues Filho, que solicitou à coordenação da Psicologia Clínica do HGIP e à chefia do Serviço Administrativo de Recursos Humanos – Área de Saúde, um estudo sobre o SMU-HGIP. Tal solicitação teve por objetivo favorecer mudanças

no funcionamento do SMU, visando maior eficácia no atendimento ao associado do IPSEMG. Formou-se, então, um grupo de trabalho composto por uma enfermeira Adélia Margarida Fonseca Pinto e pela psicóloga do Recursos Humanos, Sônia de Miranda Brandão, respectivamente, e duas psicólogas clínicas do Núcleo de Psicologia do Hospital, Clermem Gosling Fantoni e Maria de Fátima Veloso¹⁴. Este grupo estruturou um documento extremamente consistente, demonstrando a organização da Psicologia no HGIP/IPSEMG naquela época.

Segundo Ione Patrícia de Oliveira, que também integrava a equipe, a ampliação do trabalho ocorreu em função da presença da Psicologia nas Clínicas Médicas. Começaram a surgir pedidos isolados, de casos mais graves. Susana Cabral¹⁵ estava na Pediatria e Maria Lúcia Coimbra¹⁶ na Clínica Médica fazendo o acompanhamento do paciente internado, trabalhando muitas vezes como bombeiro, “apagando incêndio”, diante dos casos em que o médico não conseguia contornar, por haver aspectos emocionais e conflitos envolvidos, demandando a presença do psicólogo. Aos poucos o trabalho em equipe foi sendo estruturado, envolvendo as áreas médica, Enfermagem e Assistência Social.

Em 1981, Ione Patrícia começou a atender e em 1982 foi convidada a compor o GAPPI - Grupo de Atendimento Psicológico ao Paciente Internado, criado pelo Dr. Alair Gomide, clínico com formação em Psicanálise. Porém, por questões internas, ela permaneceu na Endocrinologia com o paciente diabético. Ione menciona um momento delicado em que a instituição solicitou que eles fizessem, além da assistência psicológica, um trabalho de RH, e tiveram que ser muito assertivas para conseguir enfatizar qual era a especificidade da Psicologia Hospitalar.

Porém, há um dado importante nesta história que mudou toda a trajetória da Psicologia Hospitalar nessa instituição pública estadual. Apesar da expansão do trabalho, o cargo de chefia para coordenar a Divisão de Psicologia não foi criado e a coordenação foi exercida pela Ione oficiosamente. A coordenação do GAPPI também não era oficial. Por questões de poder e mudanças institucionais houve um retrocesso. O novo gestor que assumiu a coordenação, não tinha a perspectiva de um trabalho interdisciplinar dentro da Psicologia Hospitalar e os psicólogos, que atendiam nas enfermarias foram deslocados para o serviço ambulatorial,

¹⁴ Aludida por Ione Patrícia de Oliveira e Sonia Maria Cerqueira Machado. Sem dados recentes a respeito da mesma.

¹⁵ Citada por Ione P. Oliveira, todavia não há mais dados sobre ela, além desta menção

¹⁶ Citada por Ione P. Oliveira, todavia não há mais dados sobre essa pessoa além desta menção.

em outro espaço, fora do ambiente hospitalar. Somente duas psicólogas, Ana Lúcia Rocha¹⁷ e Ione Patrícia permaneceram no hospital, ocupando as duas vagas existentes para psicólogos na Divisão de Psiquiatria, sendo que o GAPPI era um setor que se agregou à Psiquiatria.

Hospital Mater Dei

No Hospital Mater-Dei o trabalho da Psicologia teve início em julho de 1978, após o convite feito por uma equipe de ginecologistas do Hospital a Marisa Decat de Moura, para dar aula no curso de gestantes. O curso já existia há vários anos e era oferecido pela equipe da Ginecologia, mas este seria o primeiro a ocorrer no Hospital Mater-Dei. Eles estruturavam este curso para suas clientes e sempre convidavam um psicólogo ou psiquiatra conhecido para dar aula. Marisa pensava que seria mais uma a ser convidada para dar o curso e não esperava permanecer. Mas, em função da dinâmica utilizada, que envolvia também os maridos das gestantes, as próprias pacientes começaram a demandar que o curso tivesse mais aulas de Psicologia. Em função dessa repercussão no hospital, tal psicóloga passou a ser chamada com frequência, pela equipe, para participar do curso e isto foi o que contribuiu para que mantivesse suas atividades no Hospital Mater-Dei, que estava começando a funcionar, sendo inaugurado em 01 de junho de 1980.

Como a parte científica do hospital sempre foi muito presente nas equipes, Marisa teve muitos convites para participar da programação científica dele, inicialmente com mesas redondas com temas sobre sexualidade e morte. Depois disto começou a organizar algo em nível da Psicologia Hospitalar. Estas atividades incluíam aulas de psicologia para residentes, e aí se organizou o serviço de Psicologia dentro do hospital, que solicitava cada vez mais a interconsulta psicológica.

Um evento marcante na instituição foi a chegada do médico Dr. José Orleans, que veio do Rio de Janeiro para implantar a UTI pediátrica. Para ele era necessário contar com o psicólogo na equipe da UTI o que, segundo Marisa, foi inédito no Brasil. Marisa menciona que nesta época Lara Maria Penteado, Nora Salvador, Solange, Lea Neves Mohallem e ela compunham a equipe da Psicologia. O trabalho predominava nas UTI's. Marisa comenta que durante a implantação do trabalho foram buscar referências teóricas aqui e no exterior. Marisa revela então que:

¹⁷ Citada por Ione P. Oliveira, porém não há mais dados sobre a mesma.

Encontramos Maria Teresa Maldonado, que foi a pioneira na Psicologia da Gravidez [...] depois trouxemos um pessoal da Argentina que trabalhava com fertilização - Ricardo Tavranski e Marta Videla [...] depois trouxemos Sílvia Alonso.... Então nós fomos buscando profissionais que tinham experiência para nos ajudar a pensar a questão [...] porque o questionamento é que nos leva a pensar... e só pode ser reconhecido aquilo que, de alguma forma, tem uma consistência teórica.

Quanto ao preparo para atuar no Hospital Geral, Marisa salienta “estou em formação permanente” e ao ser perguntada sobre o porquê optou por este tipo de trabalho, responde “- foi para onde o meu desejo me levou. Penso que foi um encontro que foi se construindo”. A repercussão positiva do trabalho no CTI possibilitou a ampliação dos trabalhos e a publicação da Revista Epistemossomática, em 1991, que foi um marco importante para a equipe. Toda esta estruturação do trabalho resultou no livro “Psicanálise e Hospital” organizado por Marisa Decat de Moura.

Hospital Alberto Cavalcanti

Em setembro de 1983, a Psicóloga Maria Mazzarello Saraiva Nunes, que havia trabalhado no Programa Especial de Pediatria (PEP) com mães de crianças desnutridas, ao deixar este programa, devido à sua extinção, foi convidada por uma médica hematologista, que trabalhava com hemofílicos no Hospital Alberto Cavalcanti (HAC), a fazer parte da equipe. O referido hospital era propriedade do INAMPS e no passado era especializado somente em tuberculose. Mantinha, nessa época, no entanto, o caráter de Hospital de Tuberculose, com área verde privilegiada, com equipe de profissionais dedicados e residência médica disputada. Mas, até então, não contava com Serviço de Psicologia. Depois começou a atender pacientes com diagnóstico de câncer, até tornar-se um Hospital Geral. Maria Mazzarello Saraiva Nunes fez um relatório no qual ela assinala alguns aspectos importantes, relativos à sua inserção nas equipes.

a) *O primeiro trabalho e o primeiro confronto* - ao se apresentar ao diretor do Hospital, ele comunicou-lhe que não admitia psicólogo para os hemofílicos, que a psicóloga era do Hospital (que tinha 120 leitos). O vice-diretor, que também era oncologista no próprio hospital, pediu-lhe que não atendesse nenhum paciente dele, pois ele mesmo resolvia os problemas dos pacientes. Percebia-se que o desejo da entrada da Psicologia no hospital vinha da médica hematologista, e não da instituição, e que ali estava instalado um possível conflito de poder. O seu papel não

era o de guerrear, e sim de demonstrar, com o tempo, a vinculação do somático e do psicológico, a tradução do conjunto de ações humanas de ajuda tão intrincadas, com limites tão pouco definidos, provocado pelo nosso encontro com o suposto “ser doente”. A tentativa era fazer parte da equipe do HAC.

Ela fez um estudo da demanda do trabalho a ser desenvolvido com os hemofílicos, através de um questionário aplicado a todos os pacientes, e a seus familiares, de Minas Gerais. Apesar do número de famílias que compareceram à reunião ter sido reduzido, elaboraram juntos um Projeto de Atendimento Psicológico que, de alguma forma, tentava responder às necessidades do grupo. Depois de apenas seis meses de trabalho, o HEMOMINAS foi inaugurado e todos os hemofílicos que necessitavam de atendimento ambulatorial foram transferidos para outro endereço. O projeto foi interrompido, o que gerou frustração. Nessas circunstâncias, ela iniciou o trabalho com pessoas portadoras de câncer.

b) *O trabalho com portadores de câncer e familiares* - no ano de 1984, ela se associou ao Serviço Social (que contava na época com quatro assistentes sociais) e iniciaram um processo contínuo de entendimento, tanto no sentido da delimitação do campo de atuação, quanto na ampliação do conceito de ajuda, muitas vezes com a intercessão dos campos e o consequente respeito necessário para o conhecimento profissional e pessoal. “Associei-me a uma Assistente Social que realizava grupos com pacientes que seriam mastectomizadas, e criamos o atendimento a pré-cirúrgicos, per e pós cirúrgicos”. Este trabalho foi mantido até a sua saída em 1992.

c) *O desenvolvimento do trabalho* - com o passar do tempo, o trabalho foi crescendo e a atuação foi sendo ampliada, buscando uma atuação interdisciplinar com o Serviço Social, Enfermagem e alguns médicos. Ela comenta:

Focalizamos o atendimento a pessoas consideradas terminais, o acompanhamento à atuação dos residentes e a formação de estagiários de Psicologia e Serviço Social. Pela necessidade, criamos cursos para os estagiários, que se revezavam de seis em seis meses. Criamos basicamente dois cursos: Preparação para Atendimento de Pessoas Terminais (Iniciação à Tanatologia), Treinamento de Habilidades Interpessoais segundo o Modelo de Ajuda e Estudo de Grupo Operativo. O estagiário tinha curso, supervisão e acompanhamento dos casos. Fazíamos, não sistematicamente, grupos com familiares e supervisão aos profissionais do hospital. Os cursos começaram a ser procurados por profissionais de outras instituições e novos psicólogos foram admitidos.

Mazarello faz menção a uma curiosidade:

Em 1984, quando iniciamos o trabalho com portadoras de câncer, fomos apresentar o nosso trabalho para cerca de 50 médicos. Quando dissemos que a mutilação do seio não seria somente uma mutilação física, mas também psicológica, a reação da plateia foi muito violenta. Muitos, inclusive mastologistas, falavam que uma pessoa que tinha o 'seio podre' não se importava de tirá-lo e que era um alívio, não existia mutilação psicológica. Anos mais tarde esse mesmo público já aceitava esse trabalho e aplaudia muitas das ações desenvolvidas.

Na avaliação de Mazarello, este foi um processo de mudança e crescimento.

Hospital Sofia Feldman

De acordo com depoimento escrito da psicóloga Conceição Lima, o setor de Psicologia foi implantado no hospital em 1984, tendo como a principal meta o atendimento humanizado ao usuário. Esta é uma característica do hospital, que desde a sua fundação, em 1982, tinha por missão atender à população que não tinha acesso aos serviços básicos de saúde. Nesta ocasião a Psicologia desenvolvia as seguintes atividades:

- a) atendimento domiciliar em psicoterapia breve focal de gestantes de alto risco que optaram pelo método de cerclagem, e para aquelas que tiveram perda de bebê no parto ou durante o período gestacional;
- b) atendimento psicoterápico familiar e/ou individual para gestantes adolescentes solteiras em primeira gravidez e em situação de conflito familiar e com a gestação;
- c) grupos de planejamento familiar, orientação para escolhas de métodos;
- d) atendimentos a grupos de gestantes em pré-natal;
- e) entrevistas individual e de casal, para avaliação de maturidade quando a opção era por métodos definitivos;
- f) apoio psicológico pós-cirúrgico nos casos de histerectomia, vasectomia e ligadura de trompas;
- g) suporte psicológico na sala de partos e no bloco cirúrgico, se necessário;
- h) acompanhamento domiciliar a pessoas que fizeram opção por métodos definitivos durante um ano (protocolo de pesquisa);
- i) informação e orientação sexual individual, de casal e/ou em grupo para usuários e funcionários de empresas, e para alunos escolas da região próxima ao hospital;

j) participação semanal em estudo e discussão de casos em equipe multiprofissional; e,

k) acolhimento de usuário e mediação de conflitos estabelecidos com a instituição.

Aos poucos a Psicologia foi ampliando as suas atividades na instituição, em diversos setores como: a) ambulatório (atendimento a interconsultas de pacientes em pré-natal; planejamento familiar e acompanhamento pós natal nos casos de histerectomia, doação de bebes e perdas); b) Maternidade; c) Neonatologia; e, d) apoio ao trabalhador (entrevista admissional, estudo continuado de capacitação sistemática, atendimento a funcionários em conflito nas relações interpessoais e entre setores, e apoio aos projetos culturais do hospital).

Hospital Cristiano Machado

Passando agora para o Hospital Cristiano Machado (HCM), situado no Bairro Roças Grandes, no município de Sabará, região metropolitana de Belo Horizonte, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG, que inicialmente foi um sanatório destinado ao tratamento de pessoas portadoras de hanseníase e que foi gradativamente se transformando em hospital geral.

Em 1985, segundo a psicóloga Mônica de Oliveira Almeida, sentiu-se a necessidade de criar o Setor de Psicologia para oferecer ao hanseniano asilar e ao hospitalizado uma assistência mais global, enfocando os aspectos psicossociais decorrentes da doença, principalmente a rejeição e o preconceito, reestruturando a sua condição de vida.

Assim, em setembro de 1985, a psicóloga Magda Mascarenhas Alemão de Souza foi contratada. A partir de uma pesquisa da demanda dos pacientes em geral e da própria instituição objetivou sua proposta de trabalho. Iniciou-se, então, grupos com pacientes asilares (com nível de consciência preservada), grupos de pacientes em processo de reabilitação e atendimento individual a alguns pacientes psicóticos, na tentativa de estabelecer um maior contato com eles. Alguns familiares de pacientes asilares de hanseníase, que se encontravam em condições de serem reabilitados e reintegrados à vida comunitária, foram atendidos também.

Em 1987, Magda foi transferida de Unidade e a instituição passou algum tempo sem este profissional. Em 1988, o Setor de Psicologia voltou a funcionar com a contratação de Mônica de Oliveira Almeida. Nesta ocasião, o hospital estava em vias de ser reformulado com a consequente transferência dos pacientes asilares para outra unidade. Assim, Mônica

encontrou estes pacientes vivendo uma situação de ansiedade e medo, pois muitos já residiam ali há vários anos. Embora nada oficialmente estivesse definido, esta era uma possibilidade passível de ocorrer. Desta forma, ela continuou, junto com o Serviço Social, o trabalho de reconstituição do elo familiar com aqueles pacientes e familiares. Tal transferência não ocorreu e poucos pacientes foram reintegrados aos seus lares. Procurou, então, estruturar um contato mais próximo e individual com o asilar ex-hanseniano, num processo de escuta de sua história pessoal, trajetória do seu processo doença/internação (na maioria das vezes compulsória), exteriorização da angústia, da marginalização, abandono, segregação social e exclusão na participação de uma vida normal. Estabeleceu-se, assim, um programa para esse paciente, a partir do conhecimento de sua expectativa e compatibilidade com as condições oferecidas pela instituição. O asilar, no HCM, ficou estrangulado numa instituição que tinha outras demandas e que não caracterizava totalmente o espaço de asilo, comenta Mônica.

Paralelamente, junto com a Psiquiatria e com a Enfermagem, iniciaram-se algumas mudanças em relação ao paciente psiquiátrico e, posteriormente, Mônica desenvolveu, com a ajuda da terapeuta ocupacional, um trabalho específico para esses pacientes, mantendo também os atendimentos em grupo com o paciente com hanseníase hospitalizado.

Na época do Seminário, promovido pela Câmara de Saúde do CRP-04 em 1993 sobre “A Psicologia na Instituição Hospitalar” (ANEXO XII - Seminário promovido pela Câmara de Saúde do CRP-04), o setor contava com duas psicólogas e as atividades se estendiam ao setor de internação, ao paciente asilar e ao ambulatório, sendo que um profissional se dedicava ao atendimento ambulatorial e outro ao hospitalar, apesar de ambos participarem das outras atividades extra atendimento, pertinentes à Instituição.

Na internação o atendimento era individual e em pequenos grupos ao paciente ex-hanseniano, em tratamento de sequelas graves, e aos pacientes hansenianos, com diagnóstico recente da doença. Os grupos tinham o objetivo de trabalhar o sentimento, reações e comportamento dos pacientes, desencadeados pela doença, focando: - questões relativas ao estigma, - aos aspectos psicossociais da doença, - à internação, - o processo saúde/doença, - conscientização e mobilização do paciente ao tratamento¹⁹ - sua adaptação à nova imagem corporal²⁰, - as fases

¹⁹ Medicação, prevenção de deformidades e ulcerações e às vezes calçado ortopédico.

²⁰ Imagem corporal alterada em decorrência de amputação e perda da sensibilidade.

da doença, - resgate da autoestima, em virtude do forte sentimento de rejeição e culpa, vida profissional, familiar, sexual, social, procurando levar o paciente a uma reabilitação física, mental e social; Incluía também o suporte psicológico para cirurgias e preparação para amputações e preparação para alta hospitalar.

O HCM, ao começar a funcionar como apoio aos Hospitais Estaduais João XXIII e Maria Amélia Lins, recebia pacientes para reabilitação física/ mental e social com o objetivo de dar fluxo ao sistema de urgência. Realizava o tratamento complementar de pacientes que não mais necessitavam do atendimento de urgência. Eram oferecidos atendimentos individuais aos pacientes politraumatizados; vítimas de agressões físicas; a pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral etc.; e, atendimento e orientação aos familiares quando necessário.

A Psicologia participava também de reuniões da equipe assistencial, para estudo e discussão de casos e reuniões do grupo de gestão hospitalar, com o objetivo de reestruturação do hospital e mudanças em sua linha assistencial, desenvolvendo um trabalho com ações de saúde dirigidas.

Hospital São Lucas

Ricardo Fernandes Lopes começou o atendimento psicológico no Hospital São Lucas em 26 de outubro de 1988. Em 14 de fevereiro de 1989 o Dr. João Agostini Netto, diretor clínico do Hospital São Lucas, instituiu, formalmente, neste hospital o Serviço de Psicologia, emitindo um ofício, apresentando ao Corpo Clínico o psicólogo, e fazendo considerações de que “a assistência psicológica é um eficaz complemento da terapêutica clínica, ajudando tanto ao paciente e seus familiares quanto ao corpo clínico e assistencial de uma Instituição”. Ricardo permaneceu no hospital até setembro de 1989. Nesse espaço de tempo, Ricardo, no decorrer do primeiro mês de trabalho, fez um relatório avaliando a sua inserção naquela instituição e que por ser bastante relevante foi transcrito a seguir.

No decurso do primeiro mês de trabalho realizado pelo Setor de Psicologia, no atendimento a instituição hospitalar, possibilitou uma abordagem mais consciente das necessidades e desejos que estão sendo desenvolvidos.

Com o desenrolar dos atendimentos e no contato com a instituição, verificou-se em princípio o papel do psicólogo, sua importância e as alternativas para um atendimento satisfatório e eficaz.

O encaminhamento de pacientes deu-se até o presente momento no encaminhamento através de médicos e as indicações do corpo religioso administrativo sugerindo visitas a determinados pacientes, onde o setor desenvolveu o trabalho terapêutico com pacientes e familiares. Foram

atendidos oito pacientes hospitalizados, e em média quatro familiares onde foram realizados encontros terapêuticos, vivências dentro de uma abordagem existencialista-humanista verificando progressos e aceitação ao trabalho proposto.

O processo de criação do Setor de Psicologia no hospital São Lucas centralizou-se na ação junto ao paciente terminal ao qual ainda não foi atendido integralmente, visto algumas dificuldades em níveis conceituais e práticas já serem elaboradas de acordo a uma conduta pré-estabelecida. Pretende-se aos poucos adaptar todo o processo de encaminhamento ao setor podendo ser desenvolvidos um trabalho institucional em conjunto.

Dos casos apresentados a psicologia até o presente momento, somente um caso foi diagnosticado e atendido como paciente terminal, os outros tiveram uma amplitude bem maior, desde pacientes acometidos a um mal de câncer, amputações, escleroses, paralisia, dificuldades emocionais e relações familiares. Os encontros têm sido desenvolvidos em quartos, corredores e salas de estar, tendo com isto de enfrentar algumas interferências e adaptações ao processo terapêutico.

Instala-se, portanto, a visualização da instituição como um todo. O ambiente terapêutico se configura envolvido dentro da estrutura hospitalar, tendo o trânsito dos quartos, a presença de familiares e as rotinas necessárias a cada paciente adaptados a conjuntura terapêutica moldado a uma realidade hospitalar.

O trabalho terapêutico tem que ser executado dentro de um período indeterminado, tendo a base a psicoterapia breve. Sem a administração do tratamento de suporte clínico e sim o acompanhamento de paciente e familiares durante a sua estadia no hospital.

A participação do corpo clínico no que se refere a indicações e encaminhamentos esteve muito restrita com participações isoladas, o corpo religioso administrativo obteve uma percepção clínica determinante junto aos pacientes, criando interesses e alertando sobre o serviço de Psicologia do Hospital.

Nesta avaliação do setor sugere-se uma maior divulgação dos serviços de psicologia junto ao hospital como o aproveitamento técnico e terapêutico necessita-se de uma ampliação, na formação de serviços de utilidade institucional.

Considerando que todo trabalho precisa ser projetado, registrado e avaliado, entendo que esta metodologia é eficaz para a inserção e consolidação da prática do psicólogo hospitalar nas instituições de saúde.

Ricardo deu sequência aos atendimentos, registrando todos os casos, falando da condição psíquica do doente frente à internação e da abordagem aos familiares. Era o início de uma prática, e ele enfrentou algumas dificuldades. Comenta que fez uma abordagem inicial a uma paciente com depressão endógena, e que no dia seguinte foi impedido de entrar no quarto dela. O médico responsável determinou que somente o psiquiatra deveria interferir na conduta e tratamento da paciente. Nos seus relatos, Ricardo faz várias observações, frente às dificuldades encontradas em relação à falta de informação dos membros da instituição, bem como

o paciente e seus familiares sobre o trabalho do psicólogo neste contexto. Ele se desligou do hospital em 16 de setembro de 1989.

Hospital Eduardo de Menezes

A psicóloga Miriam Gontijo relata que chegou ao hospital em julho de 1987 por ter sido aberta a ala de doenças infecto parasitária quando começaram a chegar os primeiros pacientes com AIDS. Pela proposta do Ministério da Saúde, no Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, toda equipe que atende paciente de AIDS tem que ser multidisciplinar, e foi este fato que possibilitou a contratação de psicólogas para o Hospital. Antes disto, o hospital era um antigo sanatório da FHEMIG para pacientes com tuberculose e contava com a psicóloga Conceição Aparecida de Oliveira Pereira Resende, que atendia há uns seis meses como autônoma. Em decorrência do Programa, três psicólogas foram contratadas: Miriam, Conceição e Marilda. Para iniciar o trabalho, primeiramente elas se reuniram com a direção do hospital para compreender qual era a expectativa deles em relação à Psicologia e, em seguida, com a equipe médica. E a partir daí começaram a estruturar o trabalho.

Buscaram no CRP alguma fundamentação para o trabalho do psicólogo no hospital geral e nada encontraram. Ao participarem do II Encontro de Psicólogos de Saúde Pública de Minas Gerais, realizado em novembro de 1988, em Barbacena, ficaram conhecendo a Ione Patrícia, psicóloga do IPSEMG e puderam assistir a uma mesa redonda sobre o Psicólogo no Hospital Geral.

Conceição, após passar por um treinamento no Ministério da Saúde em Saúde Mental, tornou-se assessora do Ministério para treinamento de profissionais de saúde, trabalhando com a equipe do hospital, bem como de outros hospitais fora de Minas Gerais, tornando-se uma referência nacional.

Alguns aspectos apontados por Miriam, reforçando o que foi dito anteriormente, revelam algumas particularidades do serviço público que interferem na dinâmica do trabalho do psicólogo hospitalar, tais como a rotatividade dos profissionais e os aspectos políticos presentes nas instituições públicas. Menciona, ainda, que naquela ocasião não havia nada estruturado quanto ao trabalho do psicólogo em saúde pública. Diante das dificuldades, tentou não desanimar, dizendo:

Eu acho que temos muito a fazer. Se a gente acreditar a gente consegue, tem que lutar para conseguir. E eu estou lutando. Já consegui muita coisa, porque eu acho que depende muito do profissional, de como ele mostra o seu

trabalho. É importante ter um planejamento. Eu vejo, por exemplo, o COAS²¹. O COAS tem uma norma de funcionamento e de organização. E é isso que está segurando o nosso serviço na instituição. A gente tem todo um processo ali dentro, de planejamento e de trabalho técnico, mas também de um trabalho administrativo (encaminhamentos a serem feitos, de formulários a serem preenchidos, censo e estatística).

Miriam salienta que é preciso ter planejamento e um respaldo técnico e científico para que o trabalho seja mantido mesmo com todas as interferências políticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se baseou no caráter social da prática da Psicologia exercida no contexto hospitalar. Desta forma, o estudo deste processo histórico permitiu contemplar práticas que eram até então desconhecidas para muitos, mas que com certeza contribuíram para que a Psicologia fosse reconhecida como área da saúde, mesmo porque ela já era praticada há tantos anos, envolvendo um espaço diferenciado da clínica tradicional, por outras pessoas.

A prática da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais teve início sem que as pessoas tivessem uma clareza do papel do psicólogo hospitalar, pois ele ainda não estava profissionalmente estabelecido. Desta forma verifica-se que este saber precisou, inicialmente, ser instituído através da prática realizada para depois ser fundamentado e institucionalizado.

Os conflitos enfrentados pelos psicólogos ao se deparar com um papel ainda sem definição, o de especialista em Psicologia Hospitalar, tornam-se evidentes quando se acompanha a trajetória destas pessoas. Essa indefinição fez com que muitos partissem para a busca de novos conhecimentos, destinada a fundamentar tal prática cientificamente, para assegurar o desempenho profissional e a permanência deles nesse contexto. Outros, diante das dificuldades encontradas e da falta de reconhecimento, decidiram investir em outras áreas.

A importância dos processos interacionais na definição da carreira e mesmo na determinação da história é um aspecto que se torna evidente neste estudo. Geralmente o trabalho do psicólogo hospitalar se iniciava a partir da solicitação de profissionais da saúde, principalmente dos médicos, para atendimento psicológico a pessoas hospitalizadas, palestras e/ou avaliação psicológica. Isto exigiu dos profissionais uma habilidade nas

²¹ Centro de Orientação e Apoio Sorológico.

relações interpessoais, que seguramente ajudou a efetivar o seu trabalho no hospital geral.

Diante dos dados obtidos ficou evidente, também, o quanto o primeiro contato com o paciente hospitalizado, e a primeira experiência de perda diante da sua morte, marca o profissional, e esta marca funciona como um fator quase determinante na manutenção ou desistência do trabalho, que requer que o profissional reveja seus limites pessoais para trabalhar nesta área de atuação.

Outro fator presente neste histórico foi a instituição permeando a atuação do psicólogo. As instituições aqui mencionadas têm histórias singulares, no curso das quais emergem situações particulares. Alguns trabalhos foram expandidos e outros retrocederam. Outros ficaram sujeitos à descontinuidade e mudanças, em função do caráter político. Não perdendo de vista este processo dialético, pode-se entender como a identidade profissional de alguns foi delineada nas relações estabelecidas com a equipe de saúde e, em contrapartida, a permanência ou o afastamento desses psicólogos influenciaram no destino das próprias instituições.

O estudo da história da Psicologia Hospitalar nos mostra exatamente isso: que foi a partir da escolha de cada um e das oportunidades de estágio extracurricular que muitos alunos da graduação iniciaram um estágio e ao graduar tornaram-se psicólogos hospitalares.

Quanto à composição do trabalho ficou difícil escolher qual seria a disposição dos depoimentos no texto, pois às vezes ocorrem trabalhos simultâneos, apesar da história supor uma sucessão.

Aqui temos um fragmento da história, resgatada através do contato com documentos e depoimentos orais, e espera-se que ela também contribua para ampliar as dimensões de nossa reflexão sobre a ação do profissional psicólogo.

Esta pesquisa retrata a situação de muitos psicólogos, que tiveram que enfrentar inúmeras dificuldades para serem reconhecidos pela instituição hospitalar, apesar da competência profissional e do trabalho realizado.

A luta pela legalização e regulamentação desta prática vem de muitos anos, de muito esforço, competência e dedicação, evidenciando que a Psicologia Hospitalar não é uma área nova de atuação.

Vale ressaltar que, no período de abril a agosto de 1989, foi composto o Grupo de Trabalho de Psicologia Hospitalar, designado pelo CRP-04 (5º Plenário) para elaboração de documento teórico-técnico sobre a atuação do psicólogo em hospitais gerais e especializados, do qual eu, Eunice

Miranda, Miriam Gontijo, Ione Patrícia, Clermen Gosling e Marisa Decat fizemos parte. As reuniões eram semanais, porém o trabalho não foi concluído porque durante o seu desenvolvimento tivemos acesso a um documento que já contemplava o que estávamos estruturando. Trata-se de um documento intitulado “A atuação do psicólogo em saúde”, produzido em 1983, pela “Comissão de Saúde do Conselho Regional de Psicologia 4ª Região”²². Era um documento bastante abrangente que continha, dentre outras informações, “as características da intervenção da Psicologia no sistema de saúde e saúde mental”, e “a atuação da Psicologia integrada ao sistema de saúde, em níveis de atenção primária, secundária e terciária. No nível de atenção terciária foi apresentado um programa de atuação do psicólogo no hospital geral, atividades e objetivos.

Atualmente, a Psicologia Hospitalar constitui-se como uma área de especialidade da Psicologia. Este é um campo de atuação bastante complexo e com a expressiva expansão no Brasil, junto aos estabelecimentos de saúde, públicos e privados promoveram a necessidade do seu reconhecimento enquanto especialidade, o que foi realizado através da resolução nº 014/00 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), regulamentada pela resolução nº 02/2001. Nela consta a definição da especialidade em Psicologia Hospitalar bem como o seu campo de atuação (em serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde) indicando que o atendimento poderá ser realizado no hospital geral, hospitais-dia e serviços ambulatoriais público ou privado em todo território nacional. Além da assistência psicológica, a atuação compreende ainda as áreas de ensino e pesquisa. (CFP, 2001, Anexo I, inciso VII).

Em agosto de 2009, o Grupo de Trabalho de Psicologia Hospitalar do CRP-MG produziu uma Recomendação sobre a Sistematização da Atuação da/o psicóloga/o Hospitalar (CRP-MG, 2009) que apresentava diretrizes básicas pertinentes à prática da Psicologia Hospitalar. Este grupo de trabalho, em setembro de 2020 passou a se constituir enquanto Comissão de Orientação de Psicologia Hospitalar²³. A referida Comissão, em 2021, fez uma revisão desse material atualizando-o, o que deu origem à Nota Técnica nº 1 de 2021, do CRP- 4ª Região, que estabelece parâmetros e recomendações para a sistematização da atuação da/o psicóloga/o hospitalar. (CRP-MG, 2021).

A reconstrução desta história da Psicologia Hospitalar tem relação

²² Comissão integrada por Eduardo Mourão Vasconcelos, Francisco José Machado Viana, Maurício Tannus Dias e Roberto Ernesto Schmidlin.

²³ <https://crp04.org.br/o-conselho/comissoes-e-gts/comissao-de-orientacao-em-psicologia-hospitalar/>

direta com a dinâmica do meu trabalho e de como foi a minha inserção e meu percurso no hospital geral, que me remeteu às situações experienciadas por mim. Trabalho com Psicologia Hospitalar desde 1986 e, na minha trajetória, passei pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Hospital da Baleia e Hospital Municipal Odilon Behrens. “**Re-ver**”, ver novamente esta história, com meus contemporâneos e antecessores me faz pensar que, como autora deste trabalho, estou de certa forma incluída entre os autores que compõem esta história.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Psicologia hospitalar: passado, presente e perspectivas. In: ANGERAMI-CAMON, V.A.; CHIATTONE, H.B.C.; NICOLETI, E.A. **O doente, a psicologia e o hospital**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (BRASIL). Resolução nº 02/2001. Altera e regulamenta a Resolução CFP no 014/00 que institui o título profissional de especialista em psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. **CFP**. Brasília, 2001. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf> Acesso em: 16 abr. 2022

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS. Recomendação sobre a sistematização da Atuação da/o psicóloga/o Hospitalar. **Grupo de Trabalho de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.crpmg.org.br/CRP2/Image/recomenda%E2%94%9C%C2%BAo%20GT%20Psico%20Hospitalar.pdf>> Acesso em: 16 abr. 2022

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS. Nota Técnica nº 1/2021. Estabelece parâmetros e recomendações para a sistematização da atuação da/o Psicóloga/o Hospitalar. **CRP4**. Belo Horizonte, 2021. Disponível em: <<https://crp04.org.br/nota-tecnica-crp-mg-estabelece-parametros-e-recomendacoes-para-a-sistematizacao-da-atuacao-dao-psicologia-hospitalar/>> Acesso em: 16 abr. 2022

GOULART, Íris Barbosa. Psicologia da Educação em Minas Gerais: história do vivido. **Educ. Rev.**, Belo Horizonte, n. 03, p. 24-26, jun. 1986. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S0102-46981986000100006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 16 abr. 2022

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS. **Revista de Psicologia Hospitalar [do] Hospital Municipal Odilon Behrens**, Belo Horizonte. Ano 1, n.1, junho, 1998.

MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes. Histórico da Psicologia Hospitalar em Minas Gerais In: SANTOS, L. C.; MIRANDA, E. M. F.; NOGUEIRA, E. L. **Psicologia, Saúde e Hospital**: contribuições para a prática profissional. 1 ed. Belo Horizonte: Artesã, 2016, p. 33-65.

MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes. Reflexões sobre a participação do psicólogo hospitalar no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. In: ANGERAMI, V. A. (Org..). **A Psicologia da Saúde na Prática: teoria e prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019, p.351-374.

NEDER, Mathilde. Caminhos na Psicologia da PUC-SP: pioneirismo e compromisso. **Psicologia Revista**, [S. l.], São Paulo, v. 28, p. 533–536, 2020. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/46811>>. Acesso em: 16 abr. 2022.

POELMAN, Ana Maria Sarmiento Seiler. História do curso de Psicologia da PUC/MG. **Jornal do Psicólogo**, Belo Horizonte, ano 13, nº 54, julho/agosto, 1996.

I ENCONTRO MÉDICO, 1992, Belo Horizonte, Minas Gerais. **Programa e Resumos...** Belo Horizonte. Centros de Estudos da Santa Casa de Misericórdia, set. 1992.

ANEXOS²⁴

ANEXO I

Estudo do Hospitalismo

Trabalho realizado pelo serviço de Psicologia, da Equipe Interprofissional do Hospital de Crianças Elvira Gomes Nogueira, Clínica de Pediatria Médica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Serviço do Professor Navantino Alves). Trabalho orientado por Zélia de Oliveira Nascimento, coordenadora da Psicologia na Enfermaria do Berçário.

1 O Berçário da Clínica Médica Pediátrica

1.1 Descrição

Quando iniciamos nossas atividades no Berçário, sua chefia nos informou a respeito dos seguintes problemas que a preocupavam:

a) havia alto índice de mortalidade, apesar das boas condições materiais de higiene;

b) durante o período de hospitalização, acontecia de a criança apresentar outras doenças além daquelas que haviam motivado o seu internamento, isto é, parecia que as crianças adquiriam outras doenças no próprio Berçário;

c) as crianças, uma vez adquirida outra doença, levavam muito mais tempo para se recuperarem, do que normalmente levam quando são bem assistidas por suas mães ou substitutas; e,

d) o número de funcionários era insuficiente para um bom atendimento às crianças.

1.2 Impressão e Hipótese de Trabalho

Pelo que pudemos observar, na área médica, há um bom atendimento médico-hospitalar, boas condições higiênicas e boa alimentação. Quanto à situação socioeconômica dos pacientes pertence a um nível muito baixo. Quanto à dinâmica interna, o pessoal que atua no Berçário, geralmente, não se comunica com as crianças, nem mesmo quando as estão atendendo.

²⁴ Do conjunto documental que será utilizado como anexo neste estudo, algumas imagens foram digitalizadas dos documentos analisados e outros documentos foram transcritos (na íntegra) devido à baixa qualidade da imagem.

Frequentemente, elas são mais conhecidas pelo número de seus leitos.

De maneira geral, as crianças apresentam sintomas de “Depressão Anaclítica”: permanecem a maior parte do tempo inertes em seus leitos, indiferentes ao que se passa ao seu redor, não respondem prontamente a estímulos como o sorriso e têm uma aparência de infelicidade. O Quociente de Desenvolvimento (QD) está muito prejudicado e a inapetência e a perda de peso são frequentes. Caso de M.A. leito 13, com um ano e dois meses de idade. Esta criança, hospitalizada há mais ou menos um mês para tratamento de um problema cardíaco, apresentava sintomas de Depressão Anaclítica. Submetida à Escala de Gesell, apresentou baixo QD, especialmente nas áreas de motricidade e de linguagem. A partir de então uma pessoa fixa começou a desempenhar junto dela o papel de substituta afetiva de sua mãe. No final de dois meses pudemos observar que seus progressos de conduta foram bastante sensíveis: passou a se alimentar bem, interessar-se pelas pessoas e coisas que aconteciam ao seu redor; engatinhou e ficou de pé na cama, aumentou de peso e perdeu aquela aparência de infelicidade. Começou a desenvolver sua linguagem, chegando a adquirir várias sílabas e até palavras (mama) que antes nunca tinham sido observadas.

Diante dessas observações poder-se-ia crer num quadro clínico de Hospitalismo. Foi levantada, assim, esta hipótese que estudaremos e explanaremos a seguir.

2 Hospitalismo

2.1 Histórico

SPITZ define Hospitalismo como

Um conjunto de regressões graves que se pode observar quando as crianças são colocadas, no segundo semestre da sua vida, em creches ou hospitais, regressões essas que se instalam devido à ausência de sua mãe ou de um substituto afetivo para ela, apesar das boas condições materiais de higiene e cuidados (SPITZ, 1960).

As consequências causadas pela carência de cuidados maternos, variam segundo a época em que se deu a separação e o tempo de duração da mesma. Se a separação ocorreu depois de estabelecida uma verdadeira Relação Objetal, isto é, se deu depois de seis ou oito meses de bom relacionamento mútuo, poderá surgir o quadro de Depressão Anaclítica. Se a separação ocorreu antes de seis meses de idade, ou depois desta idade, mas com duração acima de três a quatro meses de separação, se desenvolve o quadro de Hospitalismo.

As manifestações no lactante e na criança pequena são em sua maioria físicas: perda de peso e retardo motor. Na criança maior o retardo psicológico é mais evidente.

Pediatras no início do século, CHERNY, PARROT, PFAUNDLER e SCHOSSMAN, começaram a suspeitar que algum fator psicológico poderia intervir na produção do quadro Hospitalismo. Embora desconhecendo sua causa utilizavam o “carinho” como terapêutica nos casos que não respondiam a nenhum outro tratamento.

Em 1930, surgiram estudos a respeito de desenvolvimento psicológico da criança para explicar a cura pelo “carinho”, ficando comprovado que a causa do Hospitalismo era a separação mãe-filho, separação esta que causava danos diretos e indiretos à criança: a) Danos diretos: levava à desnutrição e à morte por influência de fatores puramente físicos e outros puramente psicológicos; b) Danos indiretos: eram a consequência quase exclusiva do transtorno psíquico sofrido. Podiam ser observados em crianças que conseguiam resistir aos efeitos do rompimento da Relação Objetal, mas que posteriormente mostravam graves perturbações na saúde mental.

2.2 Relação mãe-filho

SPITZ aceita o princípio psicanalítico da libido como energia herdada e utilizada no desenvolvimento infantil, porém explica todo esse desenvolvimento em termos de “Relação Objetal”. Entende por relação objetual um relacionamento entre duas pessoas, no caso, mãe-filho. Esse relacionamento funcionaria como um catalisador, que possibilitaria à libido, fixada nas diversas zonas erógenas, ligar-se aos objetos do mundo externo.

Durante a vida intrauterina, a relação mãe-filho é totalmente simbiótica. Depois do nascimento, o estabelecimento dessa relação evolui favorecido pelo desenvolvimento crescente do sistema de comunicação.

No processo da Relação Objetal existem momentos breves, mas de grande atividade, denominados “Momentos Críticos”. Durante esses momentos entram em funcionamento diferentes “organizadores” que iniciam novas fases e mudam a direção do desenvolvimento, originando o estabelecimento de Relação Objetal.

A combinação mãe-filho vai desde uma fase mais primitiva até a formação da linguagem. Os meios de comunicação primitiva são os movimentos expressivos espontâneos, os reflexos, os estremecimentos, e as reações aos estímulos. Nesta época o lactante tem um limiar de percepção muito alto. Ainda não é capaz de perceber conscientemente e

sua sensibilidade é profunda, fazendo com que só seja capaz de receber estímulos maternos em forma de contatos e movimentos corporais. Sobre a base do movimento corporal estabelece entre eles um peculiar entendimento, uma espécie de linguagem corporal. Por exemplo, quando a mãe toma o filho nos braços provoca nele uma reação – o filho se apoia mais nela. Isto, por sua vez, é um estímulo para que a mãe responda com um abraço ainda mais forte. Portanto, entre eles se estabelece um processo circular de correspondência mútua. A criança com sua sensibilidade profunda, recebe sinais que provocam respostas reflexos do sistema neuromuscular vegetativo. Nos primeiros meses de vida esses sinais são: mudanças no equilíbrio, na tensão, na postura, na temperatura, na vibração, no contato, no ritmo, na duração, no matiz dos tons etc. Agora a criança está preparada para desenvolver reflexos condicionados. Por exemplo: o bebê volta reflexivamente a cabeça para o seio se está em posição de mamar, isto é, em posição horizontal.

A relação objetal se desenvolve em três etapas, chamadas de “Momentos Críticos” porque nestes períodos a criança se torna por demais vulnerável.

Primeira etapa: é a etapa pré-natal. Prolonga até o terceiro mês. Nessa etapa a criança não se diferencia do seu ambiente. Ainda não diferencia seu eu, do não eu. Não tem representação psicológica, nem pensamento, nem vontade; sua interação com o ambiente é puramente fisiológica. O ambiente para ela está representado pela mãe, considerada como parte de seu próprio corpo. No final do segundo mês o bebê começa a perceber o rosto humano, porém só quando está com fome.

Segunda etapa: é a etapa do objeto precursor vai do terceiro ao sétimo mês. No início do terceiro mês a criança segue o rosto humano em movimento mesmo quando não está com fome. Isto porque ela está associando o rosto com o atendimento carinhoso de suas satisfações, grava-o na memória e o reconhece. Nos meados do terceiro mês, graças a uma maturidade somática e psíquica, a criança reage ao rosto com um sorriso. O sorriso é o primeiro “organizador”. É a primeira manifestação ativa, dirigida e intencional da criança. “É o esboço de sua vida psíquica”, aparecendo quando a criança é estimulada pelo objeto precursor (rosto humano). A criança não reconhece este rosto como sendo de uma determinada pessoa, mas o percebe como um sinal, com uma certa configuração: um rosto de frente que se move, que tem dois olhos, um nariz, uma boca. Assim, responderá também a uma máscara em movimento que tenha esses mesmos elementos. O importante é que a elaboração dessa GESTALT-SINAL se deve à sua relação com a mãe. Nesse

período, o sorriso torna-se o meio de comunicação entre a mãe e filho. Enquanto isso a percepção diacrítica, começa a se organizar com ajuda de estímulos táteis, cenestésicos e auditivos, proporcionados pela mãe, pelo próprio corpo da criança, como também pelos seus movimentos. No sexto mês a criança sorri não somente diante de um rosto, mas também diante de um objeto conhecido.

Terceira Etapa: entre o sexto e oitavo mês acontece a terceira etapa chamada de etapa do Objeto Real. Nessa fase a percepção torna-se diacrítica e a criança passa a se relacionar com objeto real, isto é, ela mantém um bom relacionamento com a pessoa conhecida (mãe), porém teme e foge do desconhecido (as outras pessoas). A mãe é sentida como fonte de segurança e de bem-estar e por isto mesmo a criança a distingue de todas as outras pessoas. Na ausência dela torna-se insegura e angustiada. A angústia é o segundo “Organizador”. O quadro é conhecido como angústia do 8º mês e a angústia é explicada em termos da diferença entre a atividade amorosa e atividade agressiva. A criança percebe a mãe como um ser individualizado. Compreende que tanto seus desejos amorosos quanto agressivos são dirigidos a uma mesma pessoa (à mãe) que é fonte tanto de prazer como também de desprazer (antes ela fazia distinção entre a pessoa gratificadora e a pessoa frustradora). Agora que percebe a dupla atividade materna, a criança sente angústia quando não a vê por perto de si, porque teme que sua agressão (dirigida àquela pessoa frustradora) possa tê-la lesado.

A mãe é o estímulo indispensável para guiar e amoldar a criança aos novos modelos da vida. O segundo “organizador”, a angústia, possibilita a aparição de novas faculdades na criança:

- 1º - Começa a distinguir as pessoas e formar novas relações sociais.
- 2º - Compreende um adeus e passa a imitá-lo.
- 3º - Começa a entender as proibições.
- 4º - Percebe a relação espacial e pega um objeto fora da cama.
- 5º - Compreende a relação que pode estabelecer entre os objetos.
- 6º - Pega o brinquedo que mais gosta e não o mais próximo.
- 7º - Já tem predileção por certos alimentos.
- 8º - Nas manifestações afetivas mostra raiva, ciúme e atitudes agressivas.
- 9º - Pode participar de jogos sociais.

A mãe exerce um outro importante papel que é o de incentivar a criança a imita-la. Esse novo papel tem tanta importância, quanto o tiveram antes os cuidados e satisfações físicas dispensados à criança. “O desenvolvimento da Relação Objetal é indispensável para a vida, já que os

mecanismos que o protegem, surgem no transcurso de estabelecimento dessa relação e graças a ela”. (BEKEI, 1965, p. 62)

2.3 A Pesquisa de René Spitz

René Spitz²⁵ fez observações diretas num total de 300 lactantes de diversos estabelecimentos²⁶: a) a observação direta; b) utilização de teste de desenvolvimento psicomotor (DPM); c) tomada de filmes.

A pesquisa foi feita com crianças internadas em duas instituições de idênticas condições de higiene e alimentação. Essas crianças eram submetidas, no momento de sua admissão, a revisão médica e a testes psicológicos. O “grupo A” constava de 220 crianças, filhas de reclusas, internadas na enfermaria do Instituto Penal. Elas eram cuidadas constantemente por suas mães. O “grupo B” constava de 91 crianças internadas em orfanatos, sem suas mães. Elas haviam sido amamentadas pelas mães até o terceiro mês de idade, quando foram desmamadas e entregues no orfanato, a uma pessoa que atendia a dez crianças de cada vez. Portanto, elas recebiam um décimo das provisões maternas, o que é considerado como total carência afetiva. As observações foram feitas até a época em que as crianças completaram quatro anos. Os resultados conseguidos foram os seguintes: depois de separadas das mães as crianças passaram pelos estágios do primeiro ano de vida, porém sem conseguirem ficar de pé, andar ou falar. A pouca resistência à infecção e a deterioração progressiva provocou desnutrição e morte. Das 91 crianças do “grupo B”, 37% morreram ao cabo de dois anos. Por outro lado, durante 4 anos, o “grupo A” não apresentou nenhum caso de morte.

O hospitalismo, como um processo de desintegração ou de não integração foi descrito em quatro etapas, a saber:

a) A primeira etapa dura aproximadamente um mês. As crianças tornaram-se choronas e exigentes e se seu desenvolvimento permite, aferram-se ao observador que entra em contato com elas. Essa etapa pode ser ilustrada pelo caso, Registro nº. 6.287, internada no Berçário com idade de um ano e seis meses. Durante os primeiros dias de internamento, a criança mostrava-se chorosa e infeliz até o momento em que passou a ser atendida por um médico estagiário que a carregou e brincou com ela. Depois destes contatos, apegou-se a essa pessoa, reclamando sua atenção quando ela se afastava.

²⁵ Doutor em Medicina na Áustria, Tchecoslováquia e Estados Unidos.

²⁶ Departamento de Abrigo de Criança, em Viena (1935 e 1936) e nos E.U.A, em creches, maternidades, num asilo para crianças delinquentes, abandonadas (filhos de sentenciados), em aldeias indígenas e em família de intelectuais.

b) A segunda etapa dura um mês. O pranto se transforma em soluços, o lactante começa a rechaçar alimento, perde peso e seu desenvolvimento se estanca.

c) Na terceira etapa, que também dura um mês, as crianças rechaçam absolutamente todo o contato. Deixam de chorar, permanecem imóveis encostadas em suas camas. Sofrem de insônia. Continuam perdendo peso e contraem enfermidades intercorrentes. Manifestam bastante retardo motor; o rosto torna-se rígido e inexpressivo.

d) Quarta etapa: nesta etapa aumenta a rigidez facial. O pranto e o soluço são substituídos por estranhos gemidos. A desnutrição se pronuncia cada vez mais e o rechaço ao contato se converte em letargia. O retardo motor aumenta e aparecem movimentos estranhos, catatônicos ou descerebrados, o que dá à criança um ar de idiotia.

Spitz chamou a atenção para o fato de que uma vez atingido um certo grau de desintegração, o hospitalismo é irreversível mesmo se a criança é devolvida à mãe, ou passa a ser atendida por uma mãe substituta. Isto acontece porque, normalmente, a criança descarrega sua libido e sua agressão na pessoa de sua mãe. Na falta desta, aquelas funções psíquicas ficam estancadas na própria criança, que com um acúmulo de energia libidínica sem objeto, tende ao autoerotismo e a um encerramento dentro de si mesmo. Do mesmo modo, o acúmulo de agressividade estancada leva seu organismo a autodestruição. O quadro hospitalismo parece bem ilustrado pelo caso de Registro nº 6.288, internada com seis meses de idade. Nesta ocasião, pareceu-nos uma criança que recebia bons cuidados maternos. Apresentava ótima aparência física, mostrava-se atenta ao ambiente e às pessoas. Por motivo de força maior, não pudemos dar atenção a ela.

Mais ou menos 15 dias após o internamento, essa criança chamava a atenção pelo visível abatimento: perda de peso, recusando-se a ingerir líquido (foram tentados líquidos de vários sabores) e a se alimentar. Apresentava uma aparência de infelicidade e sofria de diarreia que não cedia. Um mês e nove dias após o internamento vieram a falecer. Pareceu-me que esta criança, separada da mãe com tão pouca idade, teve interrompida sua Relação Objetal, o que a levou a uma perda de interesse pela vida (o que explica sua recusa em alimentar-se) a uma recusa de viver.

Um quadro semelhante ao Hospitalismo, porém de consequências menos drásticas, foi descrito por René Spitz como quadro de “Depressão Anaclítica”. Sua causa é a separação temporária da mãe, mas se diferencia do Hospitalismo porque implica que a criança, durante os primeiros seis meses, já tenha tido um desenvolvimento normal graças a uma boa

Relação Objetal. As fases de evolução desse quadro são as mesmas do Hospitalismo, porém com aparecimento lento e recuperação mais rápida, se antes de cinco meses de separação a criança é restituída à mãe ou entregue a uma mãe substituta.

Os sintomas de depressão Anaclítica são: estado de apreensão contínua, grave, sem responder a estímulos, com inércia, insônia, inapetência perda de peso e diminuição no QI ou QD, infecções internas frequentes, que culminam em muitos casos, em desenlace fatal (Grünspun, 1966, p. 24).

As fases de evolução deste quadro em crianças de sete a 24 meses são:

1 – Fase de Protesto: pode durar horas ou semanas. A criança não aceita a separação da mãe e baseada nas experiências anteriores, faz ruidosas manifestações de protesto, como chorar energicamente, sacudindo sua cama, olhando para todos os lados na esperança de encontrá-la. Está com medo e desesperada e é comum recusar a atenção das enfermeiras.

2 – Fase do Desespero: é a fase que se segue à anterior. O choro é monótono e irregular, o que pode dar a impressão de acomodação à situação e diminuição da angústia, porém na verdade, a criança sente a ausência profundamente. Quando da visita da mãe volta a se animar.

3 – Fase de Negação: a criança permanece algum tempo no hospital sendo atendida por diferentes enfermeiras. Como mecanismo de defesa, ela reprime a sua dor e se acomoda ao ambiente, aceitando as poucas satisfações que lhe pode oferecer. Isto é um sinal de alarme, de que algo começa a se desintegrar na personalidade da criança. Reconhece a mãe, mas já não chora com a sua saída.

4 – Finalmente se a estada se prolonga, a criança passa a prescindir da mãe assim como os demais cuidados maternos. Está instalado o quadro da Depressão Anaclítica.

2.4 Os Estudos de Outros Pediatras

2.4.1 Margareth Ribble²⁷

Ribble constatou que os efeitos fisiológicos diretos dos cuidados maternos constituem um estímulo indispensável para o desenvolvimento

²⁷ Pediatra e Psiquiatra Norte Americana, Membro Investigador de *National Committee for Mental Hygiene*.

da criança. Ela encontrou a explicação fisiológica para o mecanismo de atuação do contato materno. O recém-nascido tem necessidades biológicas: fome de alimento e a respiração. Uma boa e constante sucção ajuda no processo respiratório que no princípio é superficial e de ritmo variável, mas vai se normalizando graças à ação indireta da sucção sobre o centro respiratório.

A sucção aumenta a irrigação de centro nervoso da alimentação e de seu vizinho o centro respiratório, no tronco encefálico. Aumenta também a circulação dos vasos cranianos, fornecendo à cabeça e ao rosto, quantidade suficiente de sangue, o que contribui para o desenvolvimento dos músculos faciais e a maturação do sistema nervoso central.

Além disso, uma sucção grande e satisfatória é fonte de intenso prazer. A atividade da boca alivia a tensão psíquica e estabelece uma boa relação com a mãe. Assim, os alimentos emocionais e a percepção do eu, estão vinculados à atividade oral. Também o aspecto exterior da criança é influenciado pela sucção, pois esta favorecerá o desenvolvimento dos músculos da boca, em torno dos olhos e mais tarde afetará a maneira de falar, assim como a expressão facial.

A tensão muscular é reduzida temporariamente pela sucção. A cor da pele e a temperatura se normalizam e o sono que se segue a uma boa sucção é o começo do verdadeiro descanso corporal que substitui a intranquila semiconsciência que caracteriza o recém-nascido. A sucção alcança sua máxima intensidade aos quatro meses e se bem-sucedida vai diminuindo espontaneamente, quando a criança começa a vocalizar, morder e agir com as mãos.

A movimentação corporal é outra das necessidades biológicas. O lactante tem necessidade de ser manipulado, carregado e de sentir movimentos rítmicos com a intenção de desenvolver o sentido do tato e ativar o sistema circulatório. O banho não é somente um processo de limpeza, mas também, para a criança, uma experiência de ativação da sensibilidade, que contribui para o conforto e bem-estar do seu sistema nervoso, assim como lhe dá a consciência de seu próprio corpo. A primeira resposta do lactante frente ao contato com a mãe é de caráter respiratório. Suas interações corporais provocam automaticamente inspirações mais profundas que cooperam no estabelecimento desta respiração (RIBBLE, 1953). Ao ser levantado e acariciado, ao ser permitido a sucção livre e frequente, o lactante recebe estimulação reflexa, que põe em ação os mecanismos respiratórios, possibilitando que todo este processo se organize, sobre o controle de seu próprio sistema nervoso.

2.4.2 Marta Békei²⁸

No seu estudo sobre Hospitalismo, Békei fala sobre as prevenções e tratamento dos prejuízos causados pela carência de cuidados maternos. No que diz respeito à atenção Hospitalar, é preciso reformar e atualizar o sistema de internação. Precisamos de uma orientação que inclua medidas profiláticas, diagnosticas e terapêuticas:

1 - Medidas Profiláticas: estas se diferenciam de acordo com a idade da criança. As medidas para curar ou prevenir o Hospitalismo em crianças de pouca idade são menores, mas os prejuízos são mais graves e geralmente irreversíveis. Por isso, considera-se fundamental não separar crianças menores de dois anos de suas mães. Entretanto, estas podem ser substituídas por enfermeiras estáveis com quem possam manter relações fixas. Uma mudança contínua nas pessoas que atendem a criança, não só impossibilitaria a formação do laço afetivo, como também levaria à confusão, impedindo a aprendizagem e o desenvolvimento mental.

Os “boxes” são condenados porque além de não prevenirem contra as infecções, impedem a visão, diminuindo os estímulos das crianças.

O grupo de discussão com as mães das crianças poderá ser útil porque oferecerá oportunidade de serem ventiladas e discutidas suas preocupações.

Crianças menores de dois anos: a) Internamento da criança junto com a mãe ou designação de uma enfermeira fixa para cada criança. Alimentação sempre ministrada pela mesma pessoa. Mamadeira dada com a criança sempre no colo. Eliminar os boxes de separação entre os leitos. Grupo de discussões com as mães.

Crianças maiores de dois anos: Visita da mãe, sem restrição de tempo. Abreviar o tempo de internação, ao mínimo indispensável. Averiguar os costumes da criança, ao ser internada. Estabelecer vínculos com a criança. Não discutir nas proximidades da criança. A mãe deve estar presente quando forem realizadas manipulações traumáticas. Preparar a criança para intervenção cirúrgica. Sala de jogos.

2 – Medidas Diagnósticas: é importante diagnosticar os transtornos já existentes na época do internamento. A escala de Gesell dará a medida exata do atraso e os exames periódicos nos dirão sobre a validade do tratamento empregado. Uma boa anamnese deve esclarecer sobre os momentos mais importantes do desenvolvimento psicomotor. Medidas Diagnósticas: a) Teste do desenvolvimento psicomotor; teste

²⁸ Chefe do Hospital de Los Niños, de Buenos Aires, membro de diversas associações de Psicanálise Mundiais, catedrática e doutora em Medicina.

de inteligência; e do desenvolvimento psicoemocional; b) Anamnese da criança, contendo dados familiares, ambientais e individuais, enfocando sobre o seu desenvolvimento psicomotor até a data da internação; c) Jogos em grupo e individuais.

3 – Medidas Terapêuticas: nas crianças menores de dois anos, essas medidas serão indiretas: tratar da mãe quando seus problemas a impedem de proporcionar à sua criança o natural carinho materno. Békei faz um esquema de organização hospitalar que inclui o aspecto psicológico. Medidas Psicoterapêuticas: a) Atendimento aos pais, principalmente às mães, individual ou em grupo de mães; b) Preparação, orientação e assistência às enfermeiras que vão atuar como Mães substitutas.

2.4.3 John Bowlby²⁹

Bowlby considera como de essencial importância para a saúde mental do recém-nascido e crianças de pouca idade, o calor, a intimidade e a relação constante com a mãe, ou de quem em caráter constante, a substitua.

A ausência da Relação mãe-filho é chamada “PRIVAÇÃO MATERNA” e aqui consideramos mãe, não precisamente a mãe biológica, mas aquela pessoa que proporciona à criança cuidados maternos constantes. Com isso queremos deixar claro que uma criança pode sofrer de “privação materna” tanto na presença quanto na ausência da sua mãe biológica.

O efeito desta privação é leve se a criança encontra alguém que a acaricia e em quem ela possa confiar, isto é, uma pessoa com quem ela possa estabelecer ou reatar a Relação Objetal. Caso contrário os efeitos da privação materna serão prejudiciais ao desenvolvimento físico, intelectual e social da criança.

Os índices de mortalidade são de 95% para as crianças doentes, longamente institucionalizadas e de 15% para as crianças que vivem em ambiente familiar. Estes dados nos mostram a suscetibilidade da criança para infecção, quando cuidada por pessoas, que embora eficientes, não estão relacionadas afetivamente com ela (GRÜNSPUN, 1966, p. 3).

Na privação materna as crianças que mais sofrem são aquelas que mais gozaram de relacionamentos mais estreitos e mais felizes com sua mãe. Aquelas que não tinham junto a si a imagem materna, não oferecem este tipo de sintomas, já que sua vida afetiva já havia sido quebrada

²⁹ Diretor do Departamento de Orientação à Infância da Clínica Tavistock (Londres), consultor de higiene da Organização Mundial de Saúde

anteriormente. A reação violenta, por parte da criança diante da separação da mãe, é considerada como sinal saudável de uma boa Relação Objetiva.

Uma das consequências da privação é a dificuldade que esta criança terá mais tarde em se identificar com a figura humana. Isto comprometerá fundamentalmente a estrutura de sua personalidade, assim como sua capacidade de aprendizagem, já que esta habilidade depende de uma boa identificação com a pessoa humana e, portanto, com aquele que lhe ensina. Outra consequência é a incapacidade de estabelecer relações de amizade.

2.4.4 Kurt Glaser e Lenn Eisenberg³⁰

Interessaram-se em estudar os efeitos da privação dos carinhos maternos, na criança.

A criança necessita de contatos físicos carinhosos. Necessita de ouvir agradáveis tons da voz humana, necessita que brinquem com ela e dos estímulos visuais proporcionados pelas pessoas humanas que a rodeiam, isto é, necessitam ver as pessoas da casa, necessitam de comunicação interpessoal. Em suma, necessitam de todas aquelas atividades suprimidas instintivamente pela boa mãe (GLASER; EISENBERG, 1956, p.825).

De tudo isso a criança necessita tanto como da vitamina e do alimento que suprem calorias, para crescer e se desenvolver normalmente (RIBBLE, 1953).

Efeitos Físicos da Privação do Carinho Materno

Foram observados efeitos físicos deletérios em crianças privadas de assistência maternal. A síndrome mais pronunciada depois de três a quatro anos era a da Depressão Anaclítica. As crianças tornavam-se menos resistente a resfriados e eczema (a pele pode exprimir, rapidamente, mudanças no estado de tensão psicológica). Elas tornam-se indiferentes, faltam-lhes apetite, aumentam pouco de peso, são pálidas e propensas a febres. Esses prejuízos podem, através do marasmo e da alta sensibilidade às infecções, levar a alta mortalidade. A redução da mortalidade de crianças, observada no Hospital John Hopkins, parece ter sido influenciada pelo reconhecimento da importância dos fatores emocionais e pela aplicação destes conhecimentos. Mudanças como: a) não faltarem brinquedos às crianças; b) a existência de áreas para as

³⁰ Glaser e Eisenberg, do Departamento de Psiquiatria e Pediatria da Escola de Medicina de Maryland, e, Serviço de Psiquiatria Infantil do Hospital John Hopkins em Baltimore.

crianças brincarem; c) a permissão para interação entre as crianças; d) maior liberdade nas visitas; e) atenção mais carinhosa das enfermeiras; f) participação de voluntários no cuidado das crianças. Tudo isso contribui, em vários graus, para atender as necessidades das crianças e reduzir a taxa de mortalidade.

Efeitos Intelectuais da Privação do Carinho Materno

No hospital há um mínimo de oportunidade para criança entrar em contato com adultos, pouco calor íntimo, poucos estímulos por meio de brinquedos e pouco ensinamento direto para a aquisição de conhecimento. O que quer que a criança venha a aprender não provoca a resposta alegre dos pais. Tudo isso faz com que apresentem déficit nos resultados dos testes e grande diminuição da habilidade funcional do organismo. A falta de estímulo é responsável pelo déficit intelectual encontrado em crianças hospitalizadas.

Efeitos Emocionais da Privação do Carinho Materno

Na tenra idade os distúrbios psicológicos são mais evidentes. Mesmo que não estejamos à altura de medir fatores emocionais nesta época. No entanto, as alterações físicas, emocionais e intelectuais dificilmente podem ser separadas.

As mudanças emocionais evidenciam-se no alheamento da criança pelo seu ambiente e a resistência à aproximação de pessoas. Chorando e gritando a criança progressivamente retira-se do contato com seu meio até cair numa rigidez com rosto imóvel e inexpressivo.

Que os distúrbios emocionais não são apenas a consequência do prejuízo físico, foi demonstrado por Engel³¹. Quando constatou em atendimento a uma criança que só melhorou seu aspecto de marasmo quando melhorou sua vida emocional, isto é, quando ela se vinculou a um dos membros adultos do hospital, quando estabeleceu uma Relação Objetal.

Ainda sobre os efeitos emocionais, Spitz considera que os sinais emocionais são mais expressos nesta época, em linguagem somática. Parece que a variação na maneira de reagir à separação materna tem sua causa nos diferentes graus de maturação das funções cerebrais.

2.4.5 Illingworth³²

³¹ Sem referências no texto original.

³² Professor de Pediatria da Universidade de Scheffield.

Illingworth, falando sobre os problemas de conduta causados por traumatismo psicológicos no hospital, diz que estes problemas aparecem principalmente “em crianças que estiveram recolhidas por um longo tempo em hospitais ortopédicos ou em hospitais de doenças infecciosas e nos quais as visitas não eram permitidas”. Segundo ele, devia-se facilitar e estimular a visita dos pais. Já foi bastante comprovado que elas não tendem a aumentar o contágio, mas contribuem para a felicidade e segurança das crianças, assim como diminuem as perturbações emotivas das crianças quando elas regressam ao seu lar. As visitas seriam feitas na parte da tarde, próximo da criança ir dormir e não seriam muito curtas.

Os cubículos são contraindicados e não evitam infecção cruzada, mesmo em último caso, se devem ser usados, deveriam ser de vidro até embaixo, ao nível dos olhos, de modo que a criança possa ver o movimento do pessoal, ou de seus companheiros, enquanto estivesse deitada. O pessoal técnico deveria aprender o suficiente sobre psicologia infantil e cuidados a serem ministrados à criança com distúrbios de comportamento. Porém se uma criança tem dois anos e é muito submissa e quieta isto é fator de preocupação e não de normalidade.

É importante nunca mentir a uma criança, especialmente quando se tratar de procedimento doloroso. Nesta oportunidade é bom informá-la do que vai acontecer, justamente antes de acontecer, não muito tempo antes. As enfermeiras deveriam ser instruídas sobre o seu papel de temporárias substitutas das mães e encorajadas a carregarem os pequenos, ao invés de não darem ouvidos aos seus choros.

As crianças devem estar sempre ocupadas. Seria às vezes muito mais cômodo deixá-las em uma cadeira ou seus leitos, porém a liberdade de movimento é muito necessária. Os balões, balanços, bonecas fazem parte do seu universo e devem ser usados copiosamente. Muitas vezes a criança fica sempre deitada porque ninguém se lembrou de levantá-la.

Finalmente, ele chama atenção para a “sensibilidade mais refinada” da criança doente: qualquer pessoa é menos adaptável quando está doente.

2.4.6 Pierre Cornut³³

Cornut estudou os problemas da hospitalização prolongada em crianças até 18 meses de idade. Observou que há um tipo de lactantes que apesar de tudo, sente-se bem no hospital, em virtude de razões psicopatológicas. Crianças com anorexia, vomitadoras, podem sentir-se

³³ Médico chefe da Pupileira “La Maissonnes” em Francheville.

melhores no hospital quando se veem separadas de suas mães, que por motivo de ordem psicológicas, não são capazes de atender às necessidades infantis. Também é preciso fazer distinções entre as respostas provocadas pelo hospitalismo e as que ocorrem por conta de encefalopatias mais ou menos evidentes.

As regressões observadas no hospitalismo têm como uma das causas a ausência dos estímulos do meio familiar e da casa. Com efeito, o desenvolvimento compõe-se de ações e reações: é porque há oposições aos gestos, percepções sensoriais, obstáculos a vencer, pessoas ou coisas a imitar que o desenvolvimento se processa. O hospital é um meio estranho demais para a criança. Os objetos usuais estão ausentes, tudo é novo. É novidade demais, ao mesmo tempo, para a criança se adaptar.

Para compreendermos bem a problemática desencadeada pela permanência prolongada da criança fora de casa, temos que considerar os seus precários recursos de orientação, sua dificuldade em interpretar situações e de se localizar no espaço. Para a criança só existe aquilo e aqueles que estão perto de si. Os outros que ela não vê, ou deixa de ver por algum tempo, simplesmente passam a não existir. A criança de três anos, não está convencida de que sua estada no hospital é apenas temporária. Por isso é tão importante a frequência das visitas e a redução do mínimo de sua permanência no hospital. O aspecto físico do hospital é também muito importante para a criança. O hospital infantil deve ser claro, luminoso, pintado com cores vivas para atrair olhares e suscitar sensações. O isolamento, a imobilização, e a precariedade material são os piores inimigos das crianças. Em coletividade nada se pode fazer se estes obstáculos não forem eliminados desde logo. Os atendentes devem ser numerosos e educados, devem ser lembrados periodicamente de seus deveres, pois as crianças são diferentes e a tarefa é monótona. Não deve haver predileções acentuadas a determinadas crianças, de carinhas bonitas, em detrimento das outras. Numa coletividade não deve ser permitido o grupismo. Esta é uma das boas regras de higiene mental para as crianças e adultos.

2.4.7 Igor Caruso

Na “Ontogênese da Personalização”, curso ministrado pelo professor Igor Caruso, psicanalista, orientador do Círculo Vienense de Psicologia Profunda, encontramos no capítulo sobre “Narcisismo” um tratamento profundo da Relação Objetal. Nesta abordagem o professor Caruso revê os conceitos de vários estudiosos do assunto, dando-nos uma visão sintética e integrada, que comentaremos a seguir.

O nascimento da criança é, fisiologicamente, prematuro. Em consequência a criança tem retardada a elaboração psicológica dos processos fisiológicos. A criança nasce antes de estar preparada psicologicamente para se adaptar bem. O recém-nascido, que nasce completamente desarmado de qualquer processo psíquico correlato deve entrar em contato com “Pré Objetos” (pois ainda não dispõe de aparelho psíquico que lhe permita se comunicar com o mundo de objetos).

O contato com pré-objetos é feito por intermédio da mãe corporificadora do útero-social, que durante o primeiro ano de vida humana tem função decisiva na proteção, comunicação, ainda que inconsciente e na aceitação da criança. As inibições ou transtornos que vierem a prejudicar essa comunicação terão para o presente e o futuro da criança uma significação que o adulto dificilmente pode entender.

Se o útero-social falhar, a criança ficará indelevelmente marcada e dificilmente os tratamentos posteriores, como a Psicanálise, poderão anular as frustrações graves mediante a conscientização dos danos e reintegração em novas relações humanas. Algumas vezes, no entanto, os prejuízos são irreversíveis.

Nesta época, inúmeros mecanismos inatos desencadeadores aguardam o momento de funcionar. Se faltarem os estímulos desencadeantes do meio, a criança não desenvolverá bem seu relacionamento afetivo. Se o prejuízo é mais grave a criança se refugiará no isolamento e na recusa afetiva equivalente à morte psíquica, que Spitz chamou Depressão Anaclítica. A separação da mãe sempre trará danos irreparáveis na evolução afetiva e intelectual.

3 Considerações Finais

O termo Hospitalismo foi introduzido, em 1926, por SCHOSSMAN, para designar os transtornos de conduta pela privação materna.

A separação mãe-filho interrompe ou priva a criança dos mecanismos que a protegem durante toda a sua vida. Em consequência, se instala o quadro do Hospitalismo e de Depressão Anaclítica que é um processo de desintegração ou não integração da personalidade.

Autoridades em Pediatria dos Estados Unidos, França, Inglaterra e Argentina, sensibilizados com esses problemas começam a estudar seus efeitos, as medidas profiláticas, diagnósticas e terapêuticas a serem tomadas.

O Hospitalismo produz efeitos prejudiciais ao desenvolvimento físico, emocional e intelectual das crianças. Enfim causa distúrbios da personalidade levando a criança à autodestruição, à morte. Quando

a criança possui uma estrutura psíquica mais resistente, consegue sobreviver, porém, com déficit, na capacidade de estabelecer contatos sadios com outras pessoas, além de dificuldade de manter em equilíbrio sua vida psíquica.

Várias medidas foram tomadas, nos diversos hospitais infantis, para que as causas do Hospitalismo e conseqüentemente o respectivo quadro deixasse de ameaçar a saúde das crianças. Por exemplo: adaptar a rotina hospitalar às necessidades psicológicas das crianças; providências para que as pessoas responsáveis por elas tivessem conhecimento de psicologia infantil; favorecer os movimentos livre das crianças, permitir maior liberdade nas visitas; etc.

Nesta última parte do trabalho, tomamos a liberdade de dar algumas sugestões, que poderão ser úteis à saúde mental e física da criança atendida por esta Casa³⁴, evitando com isso fenômeno do Hospitalismo: reconhecer no pequeno enfermo, além das necessidades físicas, as necessidades psicológicas. As pessoas que trabalham em Pediatria, devem reconhecer e estarem prontas a satisfazerem as necessidades psicológicas das crianças.

4 Referências

BEKEI, M. **Medicina Psicossomática em Pediatria**. Buenos Aires: Panamericana, 1965.

RIBBLE, Margaret. A. **Os Direitos da Criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

SPITZ, A.R. **Desenvolvimento Emocional do Recém-nascido**. Biblioteca Pioneira, 1960.

GRUNSPÜN, Haim. **Distúrbios Neuróticos da Criança**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1966.

³⁴ A autora refere-se à Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

ANEXO II

Estudo de uma Organização Hospitalar

Hospital de Crianças “ELVIRA GOMES NOGUEIRA” da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Histórico³⁵

A Clínica Pediátrica da Santa Casa de Belo Horizonte foi criada em 1928, sob a chefia do Dr. Navantino Alves. Inicialmente, constava de um ambulatório para crianças indigentes, que funcionava em pequena sala da antiga Policlínica da Santa Casa. Em 1935, a chefia da Clínica obteve de Empresa de Cinemas Gomes Nogueira o acréscimo de um tostão (cem réis) nos ingressos de suas casas de diversão, para a finalidade de se construir um hospital de crianças na Santa Casa. O terreno para a construção foi obtido através do fechamento do trecho da Rua Padre Marinho, entre a Praça Hugo Werneck e Rua Piauí, mediante decreto do Presidente de Estado Olegário Maciel e do Prefeito Luiz Pena. Em agradecimento à cooperação do Sr. Gomes Nogueira, o novo hospital recebeu o nome de sua esposa - Hospital de Criança “Elvira Gomes Nogueira”. Durante vários anos funcionou em seu prédio próprio. Em 1954, foi inaugurado o novo prédio da Santa Casa que tem 13 andares e um subsolo onde funcionam o almoxarifado, depósitos e necrotério. O 1º andar é ocupado por enfermarias e salas de atendimento urgente, secretaria geral, salas para consultas e tesouraria. Do 2º ao 13º andar há apartamentos, quartos e enfermarias, dispostos em três alas por andar, atendendo a Clínicas especializadas. A média de atendimento da Santa Casa é de 1.500 a duas mil pessoas por dia. Entre essas, cerca de 600 ficam internadas, sendo que o número de altas diárias é equivalente. Neste novo prédio a Clínica Pediátrica ocupa o 3º andar todo, dispondo de cerca de 100 leitos para internamento distribuídos em três alas, sendo uma exclusiva para cirurgia, além da Unidade de Tratamento Intensivo e do ambulatório. Este andar tem ainda refeitório, sala de recreação, secretaria, cozinha dietética, enfermaria para meninas, outra para meninos, berçário, apartamento para residentes e plantonistas, sala de enfermeiras e sua secretaria que funciona como recepção. Na Ala “A” - objeto do estudo - o berçário atende

³⁵ Ao falar do Histórico da Clínica Pediátrica é possível perceber que a Ala A, que é objeto deste estudo, está diretamente ligada à Instituição Santa Casa. Desta forma, tanto o histórico, como o tipo de clientela atendida na Santa Casa e suas relações com a comunidade, são elementos necessários para a compreensão da dinâmica de funcionamento da Ala A, que será um fator determinante na estruturação do trabalho da Psicologia.

a cinco indigentes e 17 associados de Institutos. A enfermaria de meninas atende a nove indigentes e nove associados de Institutos, o mesmo ocorrendo na enfermaria dos meninos. Há duas instalações sanitárias para as crianças.

Objetivos

O Hospital de crianças “Elvira Gomes Nogueira” da Santa Casa de Belo Horizonte mantém os serviços de Pediatria Médica e Cirúrgica, com ambulatorios e enfermarias para internamentos de indigentes e associados do INPS³⁶ e FUNRURAL. Foi pioneiro na instalação de um serviço de BCG e de um Lactário em Belo Horizonte, este em convênio com a Sociedade Mineira de Amparo à Maternidade e à Infância. Sob a direção da Clínica Pediátrica estão também os serviços de neonatologia a da Maternidade Hilda Brandão e do Hospital São Lucas, ambos também pertencentes à Santa Casa. Em virtude de convênio da Santa Casa com a Faculdade de Ciência Médicas de Minas Gerais, a cátedra de Pediatria, da qual o Dr. Navantino Alves é professor Titular, funciona no hospital, sendo, portanto, um dos objetivos mais recentes cooperar na formação de novos pediatras. Atualmente está se formando um Departamento de Psicologia para dar atendimento psicológico às crianças hospitalizadas.

Funcionamento do Hospital³⁷

a) Corpo Clínico

Na chefia da clínica Pediátrica continua o Dr. Navantino Alves, tendo dois assistentes diretos: Diretor Clínico e Diretor Administrativo e uma secretária. A Ala “A” dispõe de quatro médicos assistentes, sete residentes R2, nove residentes R1 e 23 estagiários do 6º ano da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, com estágio de dois a três meses. Os estagiários recebem orientação direta dos R1, que por sua vez são atendidos pelos R2 e estes pelos médicos assistentes. Plantão: residentes de 1º ano (R1) atendem de 7 às 17 horas, em regime de horário integral. Os residentes de 2º ano trabalham de 8 às 12 horas.

³⁶ O INPS, Instituto Nacional de Previdência Social é o atual INSS. Antigamente as pessoas que não contribuíam com a Previdência Social e que não tinham convênio eram caracterizadas como indigentes. Na época não existia o Sistema Único de Saúde - SUS.

³⁷ No original há o desenho de quatro organogramas, que visualmente dão uma noção dos níveis hierárquicos e da organização da Pediatria Clínica, da Enfermagem, dos Funcionários e da AVOSC, mas que pode ser compreendido mediante a descrição feita em cada alínea. Camon (1988, p. 13) fala que “a estrutura dinâmica de uma instituição é a sua estrutura de funcionamento, a dinâmica das relações interpessoais. Desta forma é através da análise da estrutura dinâmica que os aspectos inerentes ao relacionamento dos profissionais que atuam na instituição tornam-se claros e precisos”.

b) Enfermagem

O serviço de enfermagem do Hospital é dividido em três turnos e compõe-se de uma enfermeira chefe diplomada, uma outra enfermeira diplomada, 17 atendentes com funções mais especificadas como: dar soro, tomar temperatura, dar banho, colher material para exame, etc. e três auxiliares com a função única de dar medicação. O horário de serviço do 1º turno vai de 7 às 16 horas. O 2º turno vai de 15 às 23 horas e o 3º turno trabalha de 23 às 7 horas. A enfermeira chefe tem uma secretária.

c) Outros funcionários

Há uma secretária geral que tem a seu encargo supervisionar a copa com uma encarregada na parte da manhã e outra à tarde, a cozinha, um faxineiro e três serventes de enfermaria.

d) AVOSC

O Hospital “Elvira Gomes Nogueira” conta com uma organização de voluntárias, AVOSC (Associação das Voluntárias da Santa Casa) que se dedicam às crianças em dois turnos: de 8 às 11 horas e de 14 às 17 horas. Há uma presidente com uma secretária e 100 voluntárias. Pela manhã trabalham quatro assistentes da presidente e à tarde 10. Esta associação foi fundada em 1971 e tem por objetivo dar assistência moral e material às crianças internadas.

Horários³⁸

Visitas: são permitidas as terças, quintas e domingos de 14 às 15 horas.

Horário interno das crianças: 7:00 horas- café; de 7 às 11:00 horas - Higiene e visitas médicas; 11:00 horas – almoço; 11h30min – repouso; 12h30min – escolinha; 14 horas – lanche; 14h30min – escolinha; 16 horas - recreação ou tempo livre; 17 horas – jantar; 17h30min - recreação ou tempo livre; 20 horas - alimento e deitar.

Na sala de recreação³⁹ há alguns brinquedos e uma televisão (atualmente sem funcionar). As crianças vão à sala quando querem. Não há horário pré-estabelecido. À tarde depois da escolinha, as voluntárias descem com as crianças que podem se locomover para um jardim interno

³⁸ Levantar a rotina da enfermagem/paciente possibilita a estruturação de um trabalho interdisciplinar, a diminuição de interrupções no momento do atendimento bem como a avaliação do melhor horário para a abordagem aos familiares.

³⁹ Consoante Lei nº 11104/2005 há a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas Unidades de Saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação.

da Santa Casa.

Parte Econômica⁴⁰

O Hospital “Elvira Gomes Nogueira” é totalmente mantido pela Santa Casa de Belo Horizonte, não tendo ele nenhum movimento financeiro. Convênios e doações são feitos com a Santa Casa, e cabe a ela fazer as despesas com pessoal e material do Hospital de Crianças. Ela tem convênio com INPS, a Faculdade de Ciências Médicas e FUNRURAL, recebendo doações, contribuições e subvenções e fazendo as despesas.

Outras Observações⁴¹

a) Casos de doenças⁴² -

200 casos colhidos aleatoriamente entre as fichas de janeiro de 1973 a janeiro de 1974 mostraram: 59 casos de deficiências nutricionais; 60 casos de doenças do aparelho digestivo (dispepsia aguda - 43); 23 casos de verminoses; 63 casos de doenças das vias respiratórias; 9 casos de doenças do sistema nervoso; 5 casos de doenças por vírus; 3 casos de intoxicações; 9 casos do aparelho renal; 10 casos de infecções; 3 casos de doenças do sangue; 3 casos de doenças do aparelho cardiovascular; 4 casos de doenças da pele; e, 5 casos diversos.

b) Número de internações por idade⁴³

Em 206 fichas escolhidas, aleatoriamente, no período de janeiro de 1973 a janeiro de 1974, ficou constatado que 50% destas internações eram de crianças de 0 a 18 meses. Nova pesquisa em outro grupo de fichas, também escolhidas aleatoriamente, no mesmo período de tempo, desta vez, porém, só com crianças de 0 a 24 meses, em 116 casos, foi verificado que o maior número de internações se deu em 11 e meio a 12 meses e meio.

⁴⁰ Este item caracteriza a Santa Casa como um hospital filantrópico, o que poderia ter sido incluído no histórico da instituição.

⁴¹ Foi realizado um levantamento estatístico enumerando o tipo de patologias, faixa etária e tempo de internação das crianças da ALA A. Ele dá uma noção da clientela e nos remete a pensar qual o tipo de trabalho possível para a Psicologia neste Setor.

⁴² No original há ainda um quadro com detalhamento de cada diagnóstico que foram agrupados nas denominações apresentada neste item. Este dado foi apresentado também por meio de um gráfico de colunas representando o número de casos de cada doença, como foi descrito acima.

⁴³ Representaram por meio de um gráfico de colunas os dados colhidos da amostra aleatória.

c) Tempo de internação⁴⁴

Em uma amostra colhida, aleatoriamente, de 185 casos de internamento, ocorridos entre janeiro de 1973 e janeiro de 1974, foi observada maior frequência em hospitalizações de um a três dias e de seis a nove dias, caindo depois gradativamente, até que só foram registrados cinco casos cujo período de internamento durou 30 dias. A segunda parte do gráfico mostra casos esporádicos que exigiram hospitalização por mais tempo: de um a dois meses - sete casos. Dois casos ficaram por três meses e finalmente apenas um internamento durou seis meses.

⁴⁴ Este item também foi representado graficamente.

ANEXO III

Planejamento da equipe de Psicologia para Atendimento ao 3º andar da SCBH

**Equipe de Psicologia da Santa Casa de Misericórdia de
Belo Horizonte**

Coordenação: Gislane Maria d' Assunção e Gláucia Prosdocimi da Silva

Equipe de Psicologia

O desenvolvimento humano se dá segundo um plano e uma sequência geneticamente determinados. Assim, devemos nos preocupar em oferecer à criança, enquanto hospitalizada, um ambiente que não venha a prejudicá-la em seu desenvolvimento normal, ou estimulá-la positivamente para a recuperação dos possíveis atrasos, se seu desenvolvimento não tem sido satisfatório.

Para isto seria necessário que:

- a) A criança encontrasse aqui um ambiente não frio e impessoal, mas um clima de calor humano, semelhante ao de sua família.
- b) A separação mãe e filho fosse reduzida ao mínimo.
- c) Sempre tivesse um brinquedo a sua disposição.
- d) Seria necessário submetê-la a testes de desenvolvimento psicomotor.

As sessões de exercício, que também dariam ao psicólogo maiores condições de trabalho junto às crianças, teriam as principais finalidades:

1. Quebrar a monotonia e passividade da qual padece a criança presa a um leito.
2. Tratamento dos distúrbios e atrasos psicomotores, encontrados nestas crianças.
3. Melhores condições de observação para o psicólogo.
4. Dar apoio e segurança emocional à criança.

As sessões seriam realizadas em uma sala apropriada, no caso a Sala de Brinquedo Dirigido, seriam de curta duração, mas com frequência de duas vezes por semana.

Usaríamos o método de “Bombardeiro Sensorial” (utilizando o máximo de estímulos sensoriais necessários) obedecendo às leis de evolução neurológica normal. Isto é estimularíamos a criança a balbuciar, falar, arrastar-se, engatinhar, andar, jogar e a formar o seu esquema corporal.

As crianças fariam as coisas por si, e só seriam ajudadas quando

demonstrassem necessidade disto.

Estaríamos atentos ao seu estado fisiológico e psicológico.

Durante as sessões teríamos sempre presente a repetição, rotina e relaxamento.

Anexo 1 – Atendimento às Crianças⁴⁵

Objetivo: Oferecer condições para que a hospitalização não seja um período de “quebra” do desenvolvimento da criança, ajudando a criança a viver a sua hospitalização tranquilamente, sem “stress”. Oferecer um suporte emocional à criança para que ela sinta o mínimo possível a separação dos pais e do seu meio ambiente. Preparar a criança para procedimentos traumáticos como: tirar sangue, tomar injeção, tomar soro etc. Preparar a criança para a alta hospitalar.

A - Método:

Sessões de 40', duas vezes por semana (três crianças em cada sessão).

1. Identificação da criança

2. Estudo do caso

2.1 - Conhecimento do protocolo médico. (Conversar com o médico que cuida da criança. Ler a pasta⁴⁶ da criança, anotar o que achar importante.)

2.2 – Anamnese da criança (entrevista com os pais, observação quando bebê, entrevista com a criança, testes).

2.3 – Preencher ficha de observação. (Anexo a)

2.4 - Anotações diárias sobre a criança, (comportamento, resposta a estímulos, mudanças de comportamento).

2.5 - Contato com a assistente social.

B - Técnicas utilizadas:

1 – Testes

De rotina - Bender e PCP;

Em casos especiais - Escala Denver de Desenvolvimento, Terman Y Cerril, Gesell, Wisc.

2 - Formação do esquema corporal

3 – Linha Montessoriana

4 - Relaxamento no princípio e no fim da sessão

⁴⁵ Para ser realizado nas Alas A, B e C.

⁴⁶ Prontuário Médico.

5 – Brinquedo Dirigido

C - Material Necessário:

Folhas mimeografadas, contendo situações vividas pelas crianças, para colorir. (Anexo b); uma sala para as sessões; Brinquedos (Anexo c)⁴⁷; Material para exercícios psicomotores (Anexo d) a ser confeccionado em madeira e também colchão de espuma revestido de plástico hospitalar.

Anexo 2 – Atendimento do Berçário

O maior índice de internações ocorre na faixa de idade de 0 a 24 meses, sendo a maior incidência, dentro desta faixa, na idade de 12 meses.

Objetivo: Proporcionar à criança de 0 a 24 meses, condições de se desenvolver harmoniosamente tanto física como mentalmente.

A criança, principalmente no seu primeiro ano de vida, necessita de contato físico, como necessita de alimento para a sua sobrevivência, ela precisa de um mundo consistente à sua volta.

Para que ela se desenvolva harmoniosamente necessita formar um vínculo afetivo com uma determinada pessoa, que esteja mais em contato com ela. (Neste caso, a enfermeira). Se isto for negado à criança desta idade, provavelmente no futuro esta criança não se identificará com a pessoa humana, o que acarretará dificuldades para fazer amigos, incapacidade de amar, e dependendo do nível de carência ao qual foi submetida, poderá vir a ser esquizofrênica.

A - Método:

- Reuniões para sensibilização da Enfermagem. (Programa no anexo 3)

⁴⁷ Neste Anexo “c” há uma relação de material para a Sala de Brinquedos, contendo a quantidade e o preço de cada brinquedo. Os materiais serão mencionados por servirem de referência para a montagem de uma sala como esta. Os materiais constantes deste anexo são: “material que lembre hospital (o doutorzinho); blusas brancas abertas, tamanho de 6 a 10; família de bonecos; mobiliário para casa de bonecos; mamadeiras pequenas; revólveres; soldadinhos, índios e bichinhos; carros de vários tipos e tamanhos; telefones, bichos de borracha; material de pintura (tintas, guache, pincéis), aviões; bonecos comuns; fantoches; quadro negro; caixa de giz antialérgico; luvas de box; jogos de armar, toquinhos, ligue-ligue; blocos criativos; livros de estória; material doméstico de brinquedo (fogão, pratos, xícaras, vassourinhas, pano de chão); espadas de plástico; blim-blão – painel mágico; bola de borracha; espelho grande”. A escolha dos brinquedos deve variar de acordo com a idade da criança, serem de material resistente de forma que não desaponte a criança, e de fácil higienização por causa do risco de infecção cruzada. “o brinquedo é um dos recursos lúdicos utilizado pelo psicólogo no atendimento psicológico junto à criança hospitalizada e [...] ele é um dos meios de transmissão exógena, que é adquirida a partir de pacientes, inclusive pelo compartilhamento de objetos entre os doentes internados ou das mãos dos profissionais de saúde. Para evitar que isso aconteça, é preciso que faça parte da rotina do profissional a higienização do material lúdico”. (MIRANDA, 2019, p.369)

- Colocação de “móviles” nos berços.
- Colocação de brinquedos que estimulem a criança, nos berços.
- As crianças serão submetidas a sessões de exercícios psicomotores, duas vezes por semana, com a duração de 30' cada sessão.
- Teste de Desenvolvimento psicomotor.

Anexo a – Ficha de Observação

Nome: _____

Aspecto físico-motor

Tem peso e altura proporcionais? Sim () Não ()

Tem aspecto saudável? Sim () Não ()

Possui alguma característica física especial? Sim () Não ()

Qual? _____

Visão normal? Sim () Não ()

Audição normal? Sim () Não ()

Nas suas atividades revela: muita energia () energia mediana ()

Pouca energia () apatia ()

É destro () É canhoto ()

Para abotoar e desabotoar, virar folhas, etc. demonstra:

muita facilidade () facilidade razoável () dificuldade ()

Escreve: muito leve () força normal () forte () muito forte ()

Das características abaixo, apresenta as seguintes:

pisca os olhos frequentemente () rói unhas () morde o lápis ()

chupa o dedo () balança a perna () mexe constantemente com o corpo

() deita a cabeça na carteira para escrever () gagueja () outras ()

Quais? _____.

Fala de acordo com a idade? Sim () Não ()

Aspectos pessoais-sociais

Amigos: tem muitos () poucos () nenhum ()

Gosta de contatos sociais? Sempre () as vezes () nunca ()

Participa de atividades de grupo? Sim () não ()

Evita os colegas, isolando-se? Sim () não ()

É aceito pelos colegas? Sim () não () por alguns () por todos ()

por um só ()

Faz queixas constantes? Sim () não ()

Tem tendências exibicionistas? Sim () não ()

Nos contatos com os colegas? Empurra () bate () troca objetos () outros ()

Quais? _____.

Respeita os direitos alheios? Sim () não ()

Fala no hospital sobre os pais e familiares? Sim () não ()

Em relação à voluntária: pede ajuda () não aceita ajuda ()

Sobre se ajustar a situações difíceis? Sim () não ()

Em resumo, nos seus contatos revela-se:

muito expansivo e comunicativo ()

mais reservado embora participe ativamente ()

Tímido e reservado ()

bloqueado () oposição ().

Conclusão: péssimo () ruim () regular () bom () ótimo ().

Aspectos emocionais

Predominam em suas relações: alegria e bom humor () o contrário()

Chora e ri a toa, é descontrolado? Sim () não ()

É covarde? Sim () não ()

Irrita-se: facilmente () só as vezes () quase nunca se irrita ()

Quando desapontado: chora () fica inibido () agride () aceita bem ()

Agressividade: normal () exagerada () nunca é agressivo ()

Sua agressividade manifesta comumente por: gritar e bater pé ()

agressão física como: empurrar () bater () beliscar () morder()

agressão verbal como: xingar() ameaçar() zombar ()

Tem reação de mutismo? Sim () não ()

Demonstra confiança em si mesmo () só em certos momentos() não confia em si mesmo().

Necessita sempre ser estimulado () não precisa ser estimulado ()

Faz constantes reivindicações afetivas () reclama uma atenção especial ()

relaciona-se de maneira normal() é dado a demonstração de beijar e abraçar()

gosta de ser mimado() nunca acaricia e evita tais demonstrações ()

Manifesta o que sente e pensa? Sim () não ()

É mentiroso? Sim () não()

É egocêntrico? Sim () não () o contrário ()

Características mais marcantes da criança: _____

Seus principais interesses manifestos? _____

Conclusão: Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo ()

Conclusão final

Como se compara esta criança com outras da mesma idade quanto a:

a) desenvolvimento mental?

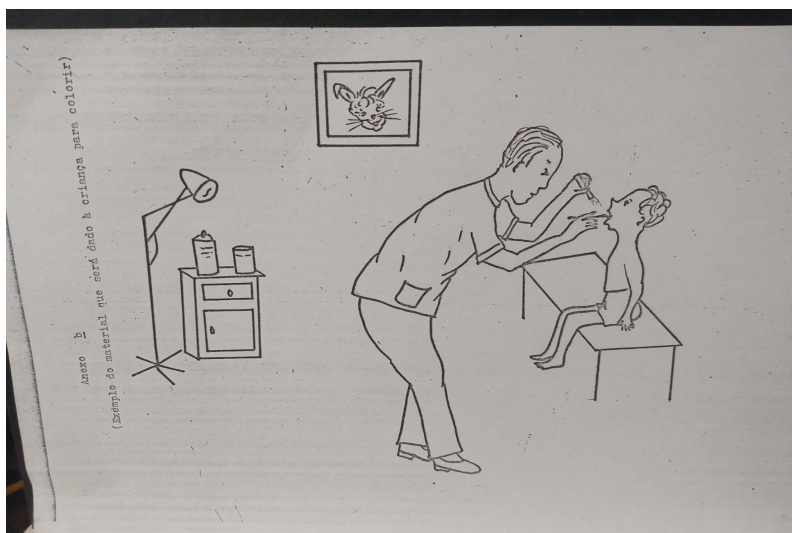
b) desenvolvimento físico?

c) desenvolvimento social?

Quais as suas dificuldades?

Como posso ajudá-la a vencer essas dificuldades?

Anexo b - Exemplo de material que será dado à criança para colorir



Anexo 3 – Sensibilização da enfermagem no berçário⁴⁸

ANEXO 3

SENSIBILIZAÇÃO DA ENFERMAGEM DO BERÇÁRIO

OBJETIVO - Levar o corpo de enfermagem do berçário a se conscientizar da importância de sua função.

MÉTODO - Aulas expositivas com discussão em grupo a seguir.

1^a aula

A INFANCIA DE 0 A 3 ANOS

- Fase Pré-natal
- O equipamento do recém nascido
- Começo de Organização
- Primórdios da sociabilidade
- Desenvolvimento motor
- Os primórdios da Inteligência

2^a aula

PRIVAÇÃO SENSORIAL

- Estímulos na Infância
- O amor em filhotes de Macaco

3^a aula

Os Estudos de MARGARETH RIBLE

- Fome de Oxigenio
- Sucção
- Comportamento Pré-mental
- Sono
- Aprendendo a sentir
- Algumas sugestões sobre hábitos

4^a aula

OS ESTUDOS DE RENE SPITZ

- Hospitalismo

⁴⁸ A ser desenvolvido nas Alas A, B e C

Anexo 4 – Sensibilização da enfermagem das enfermarias⁴⁹

ANEXO 4

SENSIBILIZAÇÃO DA ENFERMAGEM DAS ENFERMARIAS

OBJETIVO - Levar o corpo de enfermagem das enfermarias a se conscientizar da importância de sua função.

MÉTODO - Aulas expositivas com discussão em grupo a seguir.

1^ª aula: FASES DO DESENVOLVIMENTO

- Fase Pré-natal
- O equipamento do recém nascido
- Começo da Organização
- Primórdios da sociabilidade
- Desenvolvimento motor
- Os primórdios da inteligência

2^ª aula: A CRIANÇA DE / 3 a 5 ANOS

3^ª aula : A CRIANÇA DE 6 a 9 ANOS

4^ª aula: A CRIANÇA DE 9 a 14 ANOS

5^ª aula : CAUSAS MAIS FREQUENTES DAS ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO APETIVO

- A importância dos fatores constitucionais e orgânicos
- Erros pedagógicos dos pais
- As anomalias do núcleo familiar
- Os traumas psíquicos
- Causas de anomalias no ambiente familiar

6^ª aula : CASOS TÍPICOS DE ANOMALIAS APETIVAS

- Um menino difícil
- Um menino medroso
- Um menino insocial
- Um menino histérico
- Um menino anafetivo

⁴⁹ A ser desenvolvido nas Alas A, B e C

Anexo 5 – Centro de Estudos⁵⁰

Objetivo:

- 1) Estudar a criança, para melhor ajudá-la.
- 2) Maior entrosamento entre Médicos, Psicólogos e Enfermeiras.

Método:

Aulas expositivas, com discussão em grupo. Intercalando as aulas convidaremos pessoas para fazerem conferências.

1ª aula - Estudo do hospitalismo – apresentação do planejamento da equipe de psicologia.

2ª aula - Fases do desenvolvimento.

3ª aula - Desnutrição – Dr. Benedictus Filadelfus.

4ª aula - O estudo de Margareth Ribble (Fome de oxigênio; Sucção; Comportamento pré-mental; Sono; Aprendendo a sentir; algumas sugestões sobre hábitos de higiene; Os ritmos da vida e os horários artificiais; Início do desenvolvimento emocional; Preparando para pensar; - Saúde mental).

5ª aula - Privação sensorial (Estímulos na infância; O amor em filhotes de macacos; O estudo de René Spitz).

6ª aula - Desenvolvimento emocional – Prof. Pacheco.

7ª aula - Desenvolvimento da personalidade.

8ª aula - As atitudes familiares (Rejeição; Superproteção; Atitudes de ansiedade).

9ª aula - Distúrbios do sono (Conceitos neurofisiológicos dos mecanismos do sono; Desenvolvimento do sono normal; Classificação dos distúrbios do sono).

⁵⁰ Esta proposta envolveria as equipes das Alas A, B e C, evidenciando uma tentativa de integração Inter equipes e a interdisciplinaridade.

10ª aula - Distúrbios da conduta alimentar (Horário da alimentação; Alimentação e ansiedade; principais distúrbios de alimentação – anorexia; hiperfagia; aerofagia; ruminação; apetite pervertido).

11ª aula - O que é psicomotricidade? – Dra. Zélia Oliveira Nascimento.

12ª aula - Distúrbios da sexualidade (Curiosidade sexual; Fases do desenvolvimento sexual anormal).

13ª aula - Sexualidade infantil – Dr. Wellington Armanelli.

14ª aula - Hábitos e manipulações do corpo (Generalidades; Sucção do polegar; Roer unhas; outras manipulações; Hábitos motores rítmicos).

15ª aula - Os testes psicológicos e sua validade – Dra. Zélia Oliveira Nascimento.

Anexo 6 – Pesquisa sobre desnutrição

No Brasil, existem poucos estudos sobre desnutrição. Temos conhecimento da pesquisa do Prof. Marcondes de São Paulo, e o autor reconhece que não teve condições de fazer um estudo mais completo sobre o assunto, no sentido de acompanhar os casos por mais tempo.

É de nosso interesse fazer um estudo longitudinal neste campo. Este estudo teria que ser feito em equipe com o corpo clínico do hospital.

Hipótese: a desnutrição afeta o desenvolvimento mental. Até onde há recuperação do “déficit” causado pela desnutrição? Em que fase da desnutrição o mal é reversível?

Método:

1. Aplicação de testes do desenvolvimento psicomotor (Escala Denver adaptada) logo após a internação da criança.
2. Repetição do mesmo teste de cinco em cinco dias, acompanhando a evolução do caso.
3. Controle de ano em ano, depois da alta do paciente, com aplicação do mesmo teste.

Anexo 7 – Preparação das crianças para a cirurgia⁵¹

Objetivo: Preparar a criança para a cirurgia, diminuindo a sua ansiedade.

Hipótese: A criança tranquila reage melhor ao tratamento recuperando-se mais depressa.

Método:

Por meio de gravuras do corpo humano, mostrar à criança onde ela vai ser operada, o que vai ser feito etc. ⁵² Vivenciar com a criança, por meio do “teatrinho de fantoches”, a situação de cirurgia.

O “Teatrinho de Fantoches⁵³” é composto de diversos bonecos de pano e material cirúrgico. O “script” é preparado de acordo com cada caso. Depois de pronto o “Script”, fazemos a representação com a criança diversas vezes. Quando a criança se encontrar na situação real, não sentirá medo, pois aquela situação não é nova para ela e ela sabe tudo que vai acontecer, não vai fantasiar e com isto aumentar o medo.

Material:

Família de Fantoches; Pai, mãe, filho, filha; Médicos e enfermeiras; Cama pequena, máscara de cirurgia, luvas, supor te para soro, seringas de injeção, termômetro; Folhas mimeografadas para colorir, contendo situações que já foram ou ainda vão ser vividas pela criança, para colorir. (Anexo b).

⁵⁰ Para ser realizada a preparação psicológica do paciente cirúrgico, alguns dados eram colhidos junto da equipe médica por meio de um formulário intitulado: “Dados para preparação psicológica do paciente cirúrgico”. Nele procurava-se saber o nome do médico responsável, a data provável da cirurgia; o tipo de cirurgia. Era solicitado ao médico descrever o ato cirúrgico, falando do Pré-operatório, pré-anestésico e o tipo de anestesia. Se no pós-operatório o paciente usaria sonda e qual o motivo. Se a criança será engessada, se terá curativo, se tomará sangue ou soro. Como será o pós-operatório e em qual local (CTI ou enfermaria); se será necessária outra cirurgia; qual o prognóstico; se a criança já demonstrou alguma vez saber algo sobre seu estado atual; se a criança apresenta algum comportamento diferente do normal; o que foi dito à criança a respeito da cirurgia; se esta será a primeira cirurgia da criança e um campo para alguma outra informação que o médico julgar ser importante.

⁵¹Neste item Gislaïne acrescenta à mão a frase “fotografias da sala de cirurgia”

⁵²A dramatização é uma atividade de suma importância para a criança expressar e elaborar os sentimentos vivenciados em relação à internação. Chiattone in Angerami-Camon (1988, p. 87 e 93) também faz referência à dramatização e teatrinho de fantoches, como recurso terapêutico, utilizado desde 1982 o Hospital Brigadeiro – SP. Antes disto Gislaïne e Gláucia já davam os primeiros passos na tentativa de sistematizar o atendimento, utilizando destes recursos.

O tratamento com fantoches em Pediatria

Quando uma criança tem que ser submetida a qualquer tratamento, uma dramatização com fantoches a ajuda a entender o que ela verá, escutará e sentirá antes e após o tratamento.

Uma criança de quatro anos de idade é levada a uma sala de cirurgia para uma pequena operação. O que acontecerá a ela? O que a espera? Irão cortar sua perna? Poderá ela voltar aos braços de sua mãe?

Estudantes de enfermagem de uma universidade americana estão trabalhando para aliviar tais medos⁵⁴. Elas usam fantoches de mão para preparar as crianças e suas famílias para procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos esperados.

A família de fantoches consiste em uma menina, um menino, pai, mãe, enfermeira e doutor (brancos e pretos) num total de 12 fantoches e seringas, termômetro, máscaras de oxigênio, cama de bebê, roupas de cama, esparadrapo, algodão etc. que são os equipamentos necessários para a demonstração.

Os brinquedos de demonstração, combinados com a imaginação fértil da criança, podem se transformar nos equipamentos que a criança verá durante o tratamento. Este perfeito miniteatro é guardado e carregado numa maleta que o fará fácil de utilizar e transportar.

Cada demonstração é muito elaborada por parte de equipe, que deve determinar exatamente o que acontecerá a esta criança, diferentemente do que aconteceu com outra criança (naturalmente, cada caso é diferente).

A estudante deve primeiro se informar sobre a futura cirurgia com médico, o auxiliar do médico, a enfermeira e todos que estiverem ligados ao caso. Deve se informar sobre:

- O que os pais e a criança sabem a este respeito?
- Qual é o procedimento real a ser feito?
- Quando será a cirurgia?
- Qual a provável duração da cirurgia?
- Para onde a criança irá após cirurgia? (Seu quarto, CTI, etc).
- Alguma parte de seu corpo deve ser preparada?
- Qual tipo de medicação anti-operatória será dado?
- Até onde os pais poderão acompanhar a criança?
- Quem da família estará com a criança antes da cirurgia?
- Quem da família estará esperando a criança após a cirurgia?

⁵⁴ Não consta no original a referência deste trabalho.

- Onde os familiares deverão esperar?
- A criança terá ataduras, curativos, gesso etc.?

A estudante deve, também, saber a idade da criança e avaliar o grau de seu desenvolvimento para planejar a demonstração num nível em que ela possa entender. Durante a demonstração é dito à criança, em termos simples, apenas o que ela verá, escutará e sentirá antes e após a cirurgia.

Como parte do ensinamento pré-operatório, a criança respira para o boneco receber o gás anestésico, tosse e respira profundamente para o boneco. Depois da demonstração a criança novamente pratica estes atos, mas sem a ajuda do boneco. A ela também é dito que pode chorar se quiser, quando lhe forem aplicados remédios.

As crianças, em geral, se dão melhor com coisas concretas que com abstratas. Assim, é necessário que o adulto mostre a afeição à criança de maneira concreta. Por esta razão, os pais dos bonecos sempre beijam as crianças fantoches quando elas partem e voltam da cirurgia.

A criança e a família devem contribuir para a escolha de uma melhor época para a demonstração, que é feita na cama da criança. A criança assenta-se na cama e participa da demonstração imitando a criança-fantochê. A estudante escolhe que bonecos serão usados (a enfermeira branca ou a preta, a mãe branca ou a preta, etc.). Os brinquedos de demonstração são arranjados de modo a representar os equipamentos necessários, como a mesa de infusão, a máquina de raios-X e outros.

Antes da demonstração são mostrados à criança todos os personagens participantes. A criança nomeia um de cada vez, com sugestão, se necessário. É interessante notar que a criança, usualmente, dá ao paciente-boneco o seu próprio nome, aparentemente identificando-se com ele.

Sandy é uma paciente típica. Ela tem três anos e é muito viva. Ela entrou no hospital numa tarde para ser operada na manhã seguinte. As informações necessárias foram colhidas e se fez a demonstração:

Sandy nomeou cada boneco que lhe foi dado a examinar. Este é o papai, ela falou. *Sandy* colocou a boneca-*Sandy* em sua mão e a estudante colocou a enfermeira-boneco na sua e começou: (Aqui está o que foi dito)

Estudante:.....

A enfermeira traz um remédio e coloca na perna de *Sandy* com uma agulha. *Sandy* pode chorar, se ela quiser, quando lhe for injetado o remédio na perna. (A enfermeira dá a injeção na boneca).

Sandy:.....
OH!

Estudante:.....
Então a enfermeira entrará e levará *Sandy* numa maca para a sala de operações. O pai e a mãe de *Sandy* podem ir com ela até a porta da sala de operações. (a enfermeira troca o lençol de branco para verde e aproxima a cama de boneca uns 30 cm e coloca os pais-bonecos ao lado da cama).
Agora eles (os pais) a beijam em despedida (mãe e pai beijam a boneca *Sandy*).

Sandy:.....
Hum!

Estudante: (falando para os pais da boneca).....
Nós esperamos por vocês aqui na sala de espera. (quando a boneca entrar na sala de operações o doutor virá e dará a ela a máscara de respirar. Terá cheiro de esmalte e a fará dormir). (O boneco-médico coloca a máscara na face da boneca-*Sandy*.) *Sandy* respira pela boneca. Agora então *Sandy* está dormindo. O médico tira suas amígdalas e a enfermeira a leva para um quarto especial para acordar. Há uma enfermeira que trabalha lá apenas para ajudar as pessoas a acordarem. A primeira coisa a acordar serão os ouvidos e ela escutará o pessoal falando. Eles dirão: *Sandy* acordou. Acorde *Sandy* e abra os olhos. A enfermeira dá um tapinha na boneca-*Sandy* levemente no rosto e a real *Sandy* ri.
Então os seus olhos abrirão e ela poderá ver a enfermeira que está falando com ela. A última coisa de *Sandy* a acordar é o seu estômago. Porque ele ainda está dormindo. *Sandy* só poderá comer coisas especiais a princípio. Depois seus ouvidos e olhos acordarem a enfermeira a levará de volta a seu quarto. (A enfermeira move a cama alguns centímetros para trás com a boneca-*Sandy* em cima. Troca os lençóis de verde para o branco. E imagina quem estará esperando lá fora? A estudante coloca o pai e a mãe em suas mãos).”

Sandy:.....
Mamãe, papai

Estudante:.....
Sim, eles estão alegres em vê-la. (Eles beijam a boneca-*Sandy*). A garganta de *Sandy* doerá quando ela acordar. Então a enfermeira colocará algo frio para ajudá-la (A enfermeira coloca gelo no pescoço da boneca *Sandy*). Neste ponto a estudante já terá trocado

novamente os bonecos pai e mãe pela enfermeira.

Sandy pode querer tomar sorvete quando ela acordar e se sua garganta puder engolir, ela poderá tomá-lo.

Sandy:.....

OH! Chocolate?

Estudante:.....

Sim, e quando sua garganta estiver melhor o doutor a mandará de volta para casa.

Essas demonstrações com bonecos impressionam e servem o seu propósito. Um menino de oito anos, depois de uma complicada cirurgia poderia dizer: “Eu estou morrendo de sede”. Entretanto, ele parece controlar a situação quando diz, “mas eu sei que não posso beber, meu estômago ainda dorme.”

Sandy, chegando à sala de operações e vendo a máscara que seria usada para fazê-la dormir, exatamente como foi feito com a boneca-*Sandy*, correu para ela, colocou-a em seu rosto, fechou os olhos e começou a inspira-la. Não é necessário dizer que o staff da sala de operações estava atônito.

Uma estudante em seus esforços para fazer uma simples, mas completa demonstração a um garoto de sete anos, se esqueceu de tirar a boneca-enfermeira de sua mão para manipular um aparelho-brinquedo. Durante o *play back*, o garoto demonstrou o quanto tinha observado, ao dizer: “então a enfermeira acorda sobre o aparelho?”

Estudantes e professores se divertem muito trabalhando com fantoches. Enfermeiras e pediatras de um hospital escutaram a nossa demonstração com fantoches e acharam tão boa a ideia de que logo começaram a costurar um conjunto deles para seu próprio uso. Assistentes de enfermagem, enfermeiras práticas e visitantes tem admirado muito esse processo. Pais têm pedido demonstração para suas crianças e médicos e anestesistas tem encorajado muito esse trabalho.

Anexo 8 – Serviço Social - orientação aos pais⁵⁵

Objetivo: Orientar os pais, fornecendo o maior número possível de informações a respeito do hospital e do estado de saúde de seu filho.

⁵⁵ A ser feito pela equipe da Psicologia/Serviço Social.

Hipótese: diminuindo a ansiedade dos pais, diminui a da criança.

Método:

Por meio do folheto para os pais e, mesmo oralmente, dar informações referentes a:

- Funcionamento do hospital
- A quem recorrer quando precisar de informações sobre a saúde do filho.
- No caso de cirurgia, informar como devem agir perante a criança.
- Como preparar a criança para a hospitalização.
- Como agir na hora da internação.
- Como agir na hora da visita.
- Como receber a criança de volta.

Material:

Folhetos para os pais; Folhas mimeografadas, contendo situações que serão vividas pela criança, para colorir. (Anexo b).

GRUPO DE PAIS⁵⁶

Objetivo: Ajudar os pais, orientando-os.

Método: Grupo de discussão a respeito de: a hospitalização da criança, o que deve ser feito e o que deve ser evitado; como agir nas horas de visita; preparar os pais para a volta da criança ao lar.

- 1 – Nome usado em Casa, (apelido) _____
- 2 – Por favor escreva abaixo o nome dos irmãos, irmãs e idade de cada um.

- 3 – A criança tem algum passatempo, ou interesse especial por alguma coisa? _____
- 4 – Como é seu apetite em casa? _____
- 5 – A criança tem algum problema, com não conseguir engolir comprimidos, molhar a cama, pesadelos etc? _____
- 6 – A criança foi preparada para a hospitalização, para exames raios X, cirurgia etc.? _____

⁵⁶ A ser feito pela equipe da Psicologia/Serviço Social.

A criança deve trazer para o hospital um brinquedo ou objeto preferido.
O horário de visitas é:

Questionário – Alas A e C

1. Você já esteve hospitalizado outras vezes?
2. Antes de vir para o hospital, como é que você estava de saúde?
3. Você foi avisado de que seria trazido para o hospital?
4. Você sabe por que veio para o hospital?
5. Você sabia como era um hospital? (médicos, enfermeiras).
6. Quando o médico te examinou, você ficou sabendo o que você tinha e porque precisava ficar internado?
7. Você acredita que vai ficar bom?
8. Você gosta do hospital? Por quê?
9. De que sente falta no hospital que você tinha em casa?
10. De quem você gosta mais no hospital?
11. Você gosta da comida do hospital?
12. Você gosta das enfermeiras, mesmo daquela que te dá remédio e aplica injeção?
13. Quem você chama quando está triste?
14. Você gosta de ter aula com as professoras?
15. Você gosta de passear no parquinho?
16. Do que você menos gosta no hospital?

Questionário Ala B - Pré-operatório

1. Você já esteve hospitalizado outras vezes?
2. Antes de vir para o hospital, como é que você estava de saúde? Você sentia dores, tinha febre ou qualquer outra coisa?
3. Você foi avisado de que seria trazido para o hospital?
4. Você sabia como era um hospital? (Médicos, enfermeiras).
5. Você sabe por que veio para o hospital?
6. Quando o médico o examinou, você ficou sabendo o que tinha, e por que precisava ficar internado?
7. Você acredita que vai ficar bom?
8. Você gosta do hospital? Por quê?
9. De que você sente falta no hospital que você tinha em sua casa?
10. De quem você mais gosta no hospital?
11. Você gosta da comida do hospital?

12. Você gosta das enfermeiras, mesmo daquela que te dá remédio e aplica injeção?
13. Quem você chama quando está triste?
14. Você gosta de ter aula com os professores?
15. Você gosta de passear no parquinho?
16. Do que você menos gosta no hospital?
17. Você sabe o que é uma operação?
18. O que você imagina que acontece numa sala de operação? Você pensa que vai doer?
19. Você já viu como é uma sala de operação, e como os médicos se vestem quando vão operar?
20. Você sabe se você vai ser operado?
21. Você sabe por que vai ser operado? Ou de quê?

ANEXO IV

Programa de Treinamento de Estagiárias da Equipe

Programa de Treinamento de Estagiárias da Equipe de Psicologia
da Santa Casa - Pediatria

Coordenação: Gislaíne Maria d'Assunção e Gláucia Prosdócimi da Silva

1. Apostila de Hospitalismo

Objetivos Específicos:

- a) Saber o que ocorre com a criança quando é separada da mãe, e qual a sua reação de acordo com a idade.
- b) Fases do hospitalismo.
- c) O que pode ser feito para atenuar as consequências do hospitalismo.

2. SPITZ, A. R. – Desenvolvimento Emocional do Recém-nascido

Objetivos Específicos:

- a) O estudo de René Spitz.
- b) Relação Objetal.
- c) A plasticidade do psiquismo infantil.
- d) As forças formativas na relação mãe-filho.
- e) Perturbações psicotóxicas.
- f) Perturbações de carência afetiva.

3. RIBBLE, M.A. – Os Direitos da Criança. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

Objetivos Específicos:

- a) A importância dos cuidados maternos.
- b) Sucção.
- c) A rotina do bebê.
- d) Início do desenvolvimento emocional.

4. PSICOBIOLOGIA – Textos do Scientific American. Estimulação na Infância, p. 103.

Objetivos Específicos:

- a) Saber como o comportamento de um adulto que teve estimulação normal na infância, difere do comportamento de um que não teve.

5. Idem 4. O Amor em Filhotes de Macacos, p. 110

Objetivos Específicos:

- a) Importância do contato corporal da mãe com o filho.
- b) Consequências da falta do contato materno.

6. Idem. 4. Imprinting em Animais, p. 111.

Objetivos Específicos:

- a) Fazer uma relação entre *Imprinting* e os períodos críticos do desenvolvimento.
- b) Como ocorre o *imprinting*.

7. TEITELBAUM, B. - Psicologia fisiológica, Rio de Janeiro, Zahar Ed. 1967. Síntese Evolutiva do Comportamento, p. 93.

Objetivos Específicos:

- a) Reflexos no bebê humano.
- b) Nível de função do recém-nascido.
- c) O desenvolvimento do comportamento complexo.

8. Apostila – Instinto, Estampagem e Primeiras Experiências

Objetivos Específicos:

- a) Saber distinguir as três formas citadas acima do comportamento.
- b) Importância das primeiras experiências na vida do indivíduo.

9. BEKEI, M. – Medicina Psicossomática em Pediatria. Buenos Aires. Ed. Panamericana, 1965. Cap. III, p. 13.

Objetivos Específicos:

- a) Estrutura Psíquica.
- b) Angústia e mecanismo de defesa.
- c) Os instintos.
- d) Papel dos fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento.
- e) O desenvolvimento Psicológico.
- f) Psicogenesis das enfermidades orgânicas.
- g) Hospitalismo.
- h) Transtornos psicotóxicos.

10. JERSILD, A. Psicologia da Criança. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 1971, Cap. III, p. 41.

Objetivos Específicos:

- a) Nascimento e primeira infância.
- b) Necessidade e exigências quotidianas na primeira infância.
- c) Desenvolvimento motor.
- d) Desenvolvimento emocional. Cap. XI, p. 255.
- e) Medo e angústia, p. 276.
- f) Cólera e hostilidade.
- g) A mente em formação, p. 325.

h) O mundo dos sonhos e da fantasia.

11. Idem 10 – Cap. 17, p. 400

Objetivos Específicos:

- a) A medição e previsão do desenvolvimento intelectual.
- b) Testes de Inteligência.
- c) Condições familiares, socioeconômica e inteligência.

ANEXO V

Prova para a Estagiárias de Psicologia da Santa Casa

1. Por que a hospitalização pode ser causa de traumas para a criança?
2. O que pode ser feito para evitar estes traumas?
3. Como uma criança de três anos e outra de cinco anos, sentem e reagem à hospitalização?
4. O que é hospitalismo?
5. Cite as fases do hospitalismo e suas consequências.
6. Qual é a diferença de hospitalismo e depressão anaclítica?
7. O que é período pré-objetal?
8. O que é relação objetal?
9. Quais as forças formativas na relação mãe-filho?
10. Cite algumas perturbações Psicótóxicas.
11. Qual a importância da sucção?
12. Quais as consequências da falta de contato materno?
13. Por que os reflexos são psicologicamente significativos na síntese evolutiva do comportamento?
14. Quais os reflexos encontrados no recém-nascido?
15. Qual o papel dos fatores hereditários e ambientais no desenvolvimento humano?
16. Quais as necessidades e exigências cotidianas da primeira infância?
17. Quando a criança deve: firmar a cabeça, sentar, engatinhar, andar, falar, controlar os esfínteres?
18. Qual a importância dos testes de desenvolvimento?
19. Quais os períodos críticos no desenvolvimento humano?
20. Qual seria sua conduta nas seguintes situações:
 - a) Uma criança acaba de ser internada, agarra-se ao acompanhante (pai, mãe, parente) chorando muito.
 - b) A enfermeira está tentando pegar a veia de uma criança, que não coopera. A enfermeira perde a paciência e até belisca a criança.
 - c) Você leva a criança para a sala de terapia. Terminada a sessão a criança se recusa a ir embora, chora, tenta destruir os brinquedos.
 - d) Terminada a sessão a criança quer de todas as maneiras levar um brinquedo com ela.
 - e) Uma criança pede para ser levada à sala de terapia, apesar de não ser seu horário. Ela chora, agarra-se em você, grita.
 - f) Você presencia um grupo de médicos discutindo a doença da criança em sua presença.
 - g) Uma das enfermeiras ou médicos pede a você para dar um atendimento ou fazer um teste, em uma criança que não seja do hospital.

Belo Horizonte, 5 de setembro de 1974.

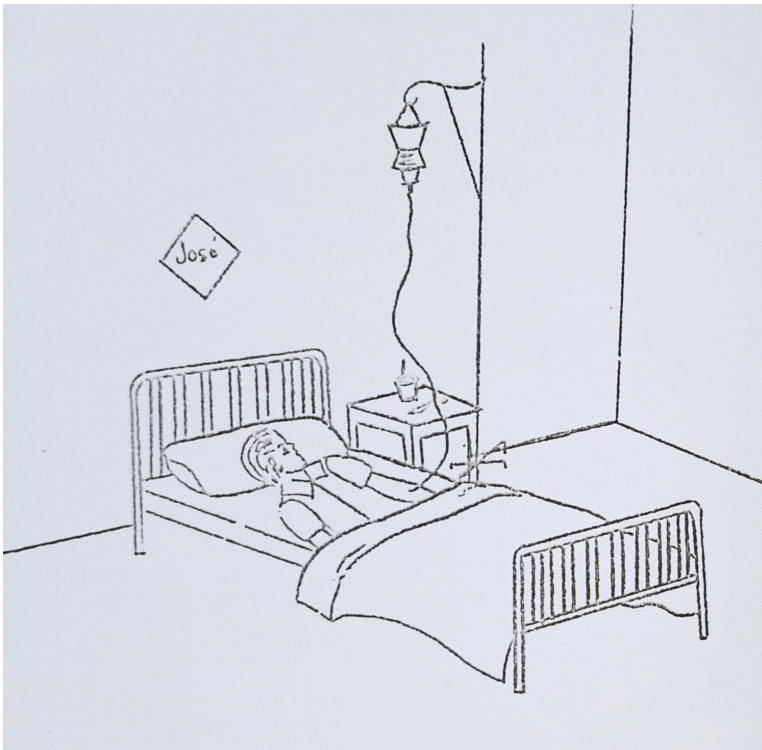
Gislaine Maria D'Assumpção e Gláucia Prosdócimi Silva

ANEXO VI

Um Hospital Chamado Santa Casa

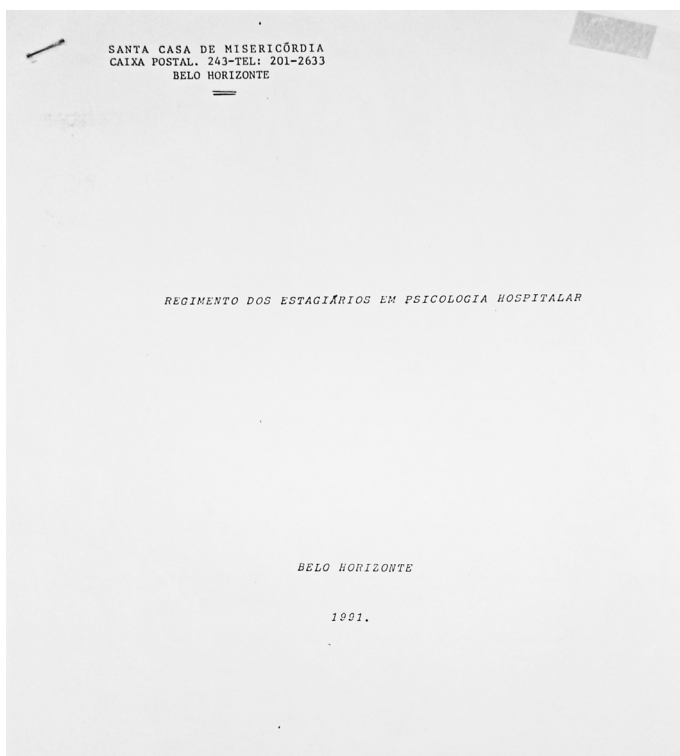
O livro é composto de 25 quadros e com uma narrativa para cada quadro, por exemplo, “Quadro 1: (A e B)”. Alguns quadros são específicos para crianças que irão se submeter à cirurgia (identificado pela letra B). A letra A indica crianças internadas para tratamento não cirúrgico. O desenrolar da história de José, inicia-se com o seu adoecimento. A partir daí ele passa por um atendimento médico que recomenda a internação hospitalar. Em seguida mostra a sua chegada ao ambiente hospitalar, o tratamento e o momento da alta hospitalar.

Exemplo: Quadro 22-B: “A operação correu bem e foi rápida. Às vezes José sentia um pouquinho de dor. Assim que José voltou para a cama, foi-lhe aplicada uma injeção de soro. Após alguns dias de repouso, José já podia sair da cama e brincar com seus amigos.”



ANEXO VII

Regimento dos Estagiários em Psicologia Hospitalar



O Regimento era composto por 15 capítulos, contendo normas específicas que disciplinam a realização do estágio em Psicologia Hospitalar da Santa Casa, para acadêmicos do curso de Psicologia do 9º e 10º período, vinculados ao Serviço de Psicologia, através do termo de compromisso de estágios. (1. Do Regimento e da sua aplicação; 2. Da admissão, demissão e subordinação dos estagiários; 3. Da estratégia de realização do estágio; 4. Das atribuições do estagiário; 5. Das penalidades; 6. Outras disposições; 7. Da utilização do uniforme; 8. Do relatório de estágio; 9. Da avaliação do desempenho do estágio; 10. Das reuniões da coordenação de estágio em Psicologia Hospitalar; 11. Da participação em congressos, cursos e outros eventos; 12. Da ética e do sigilo profissional; 13. Do período de estágio, do horário e da sua observância; 14. Das férias; 15. Das faltas, atrasos e justificativas.)

ANEXO VIII

Projeto para Criação do Serviço de Saúde Mental no HOB Hospitalar

Projeto para Criação do Serviço de Saúde Mental no HOB e das Seções de Psiquiatria e Psicologia

I. Introdução

A Seção de Medicina Preventiva, Psicossomática e Psicologia vem desenvolvendo um trabalho em Saúde Mental, neste Hospital, há aproximadamente nove anos.

Por constituir um espaço multidisciplinar, a cada dia vem se transformando, no sentido de se adequar à realidade da demanda e da infraestrutura que o Hospital oferece.

Os serviços na área de Saúde Mental, dentro de um Hospital Geral, devem ser prestados por profissionais especializados (Psicólogos, Psiquiatras, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais e outros), realizando um trabalho multidisciplinar⁵⁷.

Posicionamento na Estrutura Organizacional:

Considerando a reestruturação do Hospital Municipal Odilon Behrens, em função da implantação do Pronto Socorro;

Considerando ainda, a aprovação de lei municipal (Lei nº5.149 de 22 de junho de 1988) que estabelece a criação de um Programa Integrado de Assistência ao Alcoolista, a seção de Medicina Preventiva, Psicossomática e Psicologia propõe que a mesmo passe a constituir o Serviço de Saúde mental, composto de duas Seções: Seção de Psicologia e Seção de Psiquiatria, com seus programas específicos, diretamente subordinados ao Departamento de Medicina. (Ver organograma anexo).

II. Objetivo Geral do Serviço de Saúde Mental

Elaborar e propor programas de atendimento em Saúde Mental que atendam às necessidades da instituição e da demanda existente no

⁵⁷ Na ocasião o serviço contava com agente administrativo, cinco psiquiatras, duas psicólogas e não dispunha de Assistentes Sociais e terapeutas Ocupacionais. O projeto previa uma ampliação do número de profissionais envolvidos.

Hospital Geral e no futuro Pronto Socorro, promovendo a coordenação integrada em equipes das ações específicas envolvidas na abordagem ou terapêutica multidisciplinar.

III. Atribuições Específicas do Serviço de Saúde Mental

1. Elaborar e propor programas de Saúde mental.
2. Promover a integração e coordenar as ações das Seções que lhe são subordinadas.
3. Propor a criação de equipes multidisciplinares para efetivação dos programas específicos de Saúde Mental, bem como para atendimento de pacientes em nível ambulatorial e de enfermarias, através das Seções de Psiquiatria e Psicologia.
4. Promover cursos, estudos e pesquisa para aperfeiçoamento de pessoal e aprimoramento do trabalho em Saúde Mental.
5. Propor a integração do Serviço de Saúde Mental aos demais serviços da instituição e outros órgãos que poderão contribuir na reinserção das pessoas na sociedade e no trabalho.
6. Promover ações preventivas em nível de Saúde Mental.
7. Prestar assistência profissional específica a portadores da síndrome de dependência do Álcool a partir de uma abordagem multidisciplinar.

IV. Responsabilidades do Serviço de Saúde Mental

1. Ser chefiado por um profissional da Saúde Mental devidamente habilitado.
2. Coordenar as ações que visem a integração das duas seções em trabalho multidisciplinar.
3. Promover saúde mental em seu aspecto preventivo e assistencial.
4. Receber, orientar e atender toda a problemática psiquiátrico-psicológica da clientela hospitalar e extra-hospitalar.
5. Auxiliar no trabalho de reinserção do paciente na comunidade.
6. Estabelecer intercâmbio com instituições públicas e/ou privadas de promoção de saúde.

V. Produtos do Serviço de Saúde Mental

1. Coordenar o planejamento do trabalho das seções de Psiquiatria e Psicologia.

2. Reuniões para apresentação de casos clínicos
3. Coordenar, junto às seções, na promoção de cursos, debates, simpósios.
4. Registrar e fornecer dados estatísticos do trabalho realizado.

VI. Objetivo Específico da Seção de Psicologia

A seção de Psicologia, chefiada por psicólogo legalmente habilitado tem por objetivo o atendimento com fins de diagnóstico psicológico, o tratamento, a orientação o acompanhamento de paciente e ou familiares, bem como a realização de programas preventivos e especiais (cursos, seminário, pesquisas, etc.) visando a realização de um trabalho interdisciplinar.

VII. Atribuições Específicas da Seção de Psicologia

Serão as seguintes:

1. Ambulatorial: prestar atendimento psicológico à demanda interna e externa com fins preventivos e psicoterápicos individualmente e ou em grupos.
2. Pronto Socorro: propiciar atendimento a pacientes e ou familiares em situações de urgência e emergência a nível emocional, em plantões diurnos.
3. Enfermaria: acompanhar psicologicamente ao paciente interno e ou familiares, durante sua permanência nas diversas unidades de atendimento do hospital.
4. Programas especiais: promover cursos, estudos, pesquisas e programas especiais externos e internos (diabéticos, hipertensos etc) bem como supervisão a estagiários e participação do programa do alcoolismo.
5. Encaminhamentos: prestar e ou solicitar interconsultas dos profissionais de saúde mental ou de outros serviços da instituição.

VIII. Responsabilidade da Seção de Psicologia

1. Indicar profissionais especializados e devidamente habilitados para as chefias do serviço e da seção.
2. Responder pela supervisão teórico-prática de estagiários de Psicologia.
3. Fornecer elementos psicológicos para o diagnóstico integral do caso.

4. Prestar orientação a família nos casos em que se fizer necessário.
5. Favorecer no cliente o estabelecimento de relações mais conscientes e responsáveis para consigo mesmo, na família, no trabalho e na comunidade.
6. Integrar os atendimentos (ambulatorial, enfermarias, pronto socorro, etc) no contexto do serviço de Saúde Mental junto à instituição.

IX. Produtos da Seção de Psicologia

1. Elaborar relatório técnico semanal interno de avaliação do cliente.
2. Planejar metodologia de trabalho específico aos setores de atendimento psicológico.
3. Dar parecer técnico realizado através de interconsultas, quando necessário.
4. Coletar dados estatísticos referentes à evolução do trabalho realizado.

X. Objetivos Específicos da Seção de Psiquiatria

1. Estender o atendimento psiquiátrico e ou psicossomático aos pacientes do ambulatório às enfermeiras, futuro pronto socorro e à instituição.
2. Manter a integração com demais profissionais da área de Saúde para o trabalho multidisciplinar.
3. Criar modelos de assistência psiquiátrica adequados a cada setor do item 1.
4. Promover cursos, debates, simpósios, relacionados com saúde mental.

XI. Atribuições Específicas da Seção de Psiquiatria

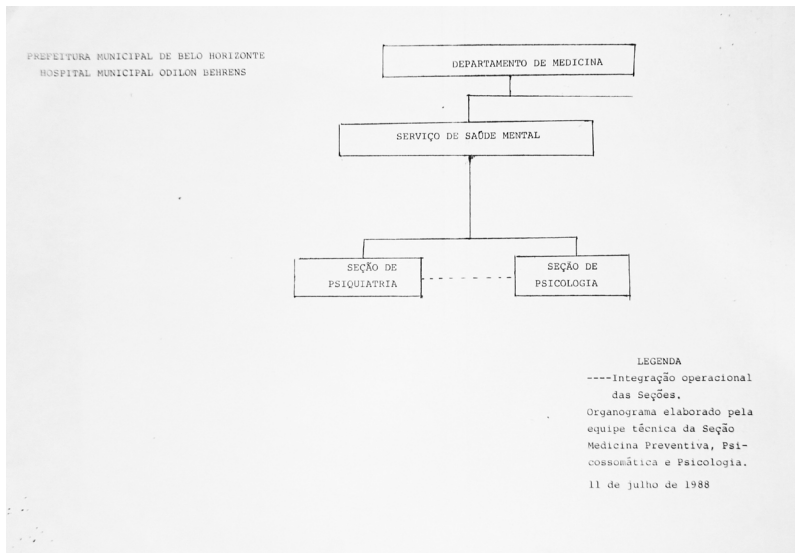
1. Ambulatório: assistir biológica e ou psicoterapeuticamente o paciente encaminhado à Seção em uma abordagem individual ou de grupo, dentro de uma concepção sócio-psicossomática.
2. Enfermaria: assistir psiquiatricamente aos pacientes internados.
3. Pronto Socorro: assistir psiquiatricamente em regime de plantão de 24 horas as urgências do paciente e familiares.
4. Programas Especiais:
 - a) participar do programa de alcoolismo.
 - b) elaborar e supervisionar programa de estágio em psiquiatria para acadêmicos e profissionais.

XII. Produtos da Seção de Psiquiatria

1. Elaborar o histórico e a evolução de cada paciente que permanecerá no arquivo próprio da Seção bem como fazer anotações no prontuário geral.
2. Elaborar o parecer técnico da especialidade quando solicitado.
3. Apresentar estatística do atendimento e evolução do trabalho realizado.
4. Prescrição médica psiquiátrica quando necessário.

XIII. Responsabilidade da Seção de Psiquiatria

1. Indicar o profissional para a chefia da Seção e do Serviço.
2. Supervisionar teórica e praticamente os profissionais e estagiários da Seção.
3. Fornecer elementos psiquiátricos para o diagnóstico integral do caso.
4. Prestar orientação à família nos casos em que se fizer necessário.
5. Promover a integração dos diversos níveis de atendimento a nível hospitalar e extra-hospitalar.



ANEXO IX

Programa de Atenção Integral Infanto-Juvenil



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL INFANTO-JUVENIL.

HISTÓRICO

INTRODUÇÃO

ATENÇÃO INTEGRAL

METODOLOGIA

RECURSOS RELATIVOS AO PROGRAMA

ÁREA FÍSICA (Remodelação Ambiental)

CARÁTER DO PROGRAMA

CONCLUSÃO

Mod. HOB / 003



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

HISTÓRICO

Em novembro de 1987 foi iniciado em caráter experimental, um programa de atendimento psicológico, na enfermaria pediátrica visando minimizar os transtornos emocionais oriundos da hospitalização.

No início de 1988 o programa definitivo foi estruturado e colocado em andamento, atendendo apenas crianças internadas na enfermaria pediátrica.

Em janeiro de 1989, com a mudança da Diretoria do Hospital, que se mostrou desde o início receptiva e sensível, foi elaborado 'nosso projeto de trabalho, mais abrangente, que demandava maior espaço físico e extensão do atendimento a população adolescente. Caracterizou-se desta forma o Programa ora apresentado, de atenção integral Infante-Juvenil, do qual participam os seguintes profissionais:

Marília de Freitas Maakaroun

. Especialista em Medicina Infante-Juvenil

Luiz Carlos Lima Nogueira

. Especialista em Medicina do Adolescente

Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães

. Psicóloga responsável pelas Enfermarias e CTIS

Eunice Moreira Fernandes

. Psicóloga responsável pela Unidade Infante-Juvenil

Horacir de Fátima Melo

. Assistente Social

Rosani Fernandes Sampaio

. Supervisora de Enfermagem

Med. HOB / 003



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

02

INTRODUÇÃO

O nosso trabalho visa esclarecer, prevenir e cuidar da criança e do adolescente durante o período de internação na Unidade Infante-Juvenil e CTI, por considerarmos que situações traumáticas, vividas frente à internação afetam o desenvolvimento psíquico, motor e intelectual da criança e do adolescente.

Apoiar terapêuticamente a criança neste momento crítico, como também prepará-la para exames e intervenções cirúrgicas é função do psicólogo em colaboração com a equipe médica. Este atendimento considera as dificuldades psicológicas da criança relativas à situação atual e o reassseguramento através do esclarecimento das práticas médicas, dos aspectos de sua doença e das possíveis consequências.

A adolescência se constitui num período da vida com características especiais, repleto de modificações somáticas, cognitivas e relacionais. É neste período que o indivíduo está construindo sua auto-imagem, entrando em contato com um corpo em rápidas transformações e modificando sua forma de perceber a si próprio e ao mundo externo. O impacto de uma internação seja ela por doença crônica, agudo ou distúrbio agudo, traz repercussões sérias e peculiares ao adolescente, diferentes daquelas provocadas no adulto em circunstâncias semelhantes. Daí a necessidade de atendimento global aos adolescentes internados, visando não apenas a cura ou controle de seu distúrbio orgânico, mas uma atenção abrangente à sua pessoa, procurando diminuir o impacto negativo da internação e auxiliá-lo na elaboração deste momento de vida.

Mod. HOB / 003



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

ATENÇÃO INTEGRAL

O atendimento pediátrico é desempenhado pelos pediatras da equipe, abrangendo a avaliação clínica, inicial e propedêutica adequada ao quadro clínico apresentado pelo paciente.

O atendimento psicológico realizado por psicólogos e psiquiatras vem sendo desenvolvido através de várias atividades, a nível de enfermaria e oportunamente no CTI infantil e bloco cirúrgica. Temos como objetivo oferecer este atendimento às crianças e adolescentes internados assim como a seus familiares, desde o momento da admissão:

a) Acompanhamento da criança e do adolescente no momento de sua internação, afim de minimizar as angústias no processo de hospitalização envolvendo a separação da mãe, o ambiente até então desconhecido, a doença, entre outros;

b) maternagem terapêutica dispensada aos bebês e trabalho de intervenção precoce com crianças de 0 a 2 anos;

c) observações de crianças em diversas situações, inclusive em grupo operativo, visando a avaliação de suas capacidades de desenvolver recursos para uma adaptação adequada, e observação lúdica com fins diagnósticos;

d) atendimento psicoterapêutico de apoio individual com a finalidade de trabalhar os desajustes por ocasião da doença e internação;

e) atendimento de pais:

1. Entrevistas individuais

- objetivando orientação quanto ao comportamento frente à situação de doença e hospitalização de seu filho;

2. Grupo de apoio (semanal)

- apoio psicológico aos pais ansiosos durante o pe-

Mod. HOB / 003



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1975

riodo de internação da criança ou adolescente;

3. Facilitação da relação entre pais, equipes e criança ou adolescente internado.

4. Psicoprofilaxia

- Atendimento a pais e familiares do paciente no sentido de esclarecer e orientar quanto à doença e medidas preventivas a futuras reinternações.

f) Orientação de alta e posterior encaminhamento a outros serviços quando se fizer necessário;

g) Orientação aos funcionários nas suas necessidades de a primoramento profissional quando necessário;

h) Acompanhamento e supervisão de estagiários quando pre sentes no trabalho;

i) Elaboração de estudo e pesquisa sobre o trabalho desenvolvido; (Anexo II)

O atendimento do Serviço Social é desempenhado no momento' por uma assistente social a quem cabe o estudo, orientação e acompa nhamento psico-social da criança e/ou adolescentes e seus pais:

a) Avaliação da situação sócio-econômica familiar do paciente (registro de dados sociais - Anexo III);

b) Recepção do paciente e familiares (orientações relacionadas à rotina durante o período de internação, alimentação, visitas, etc);

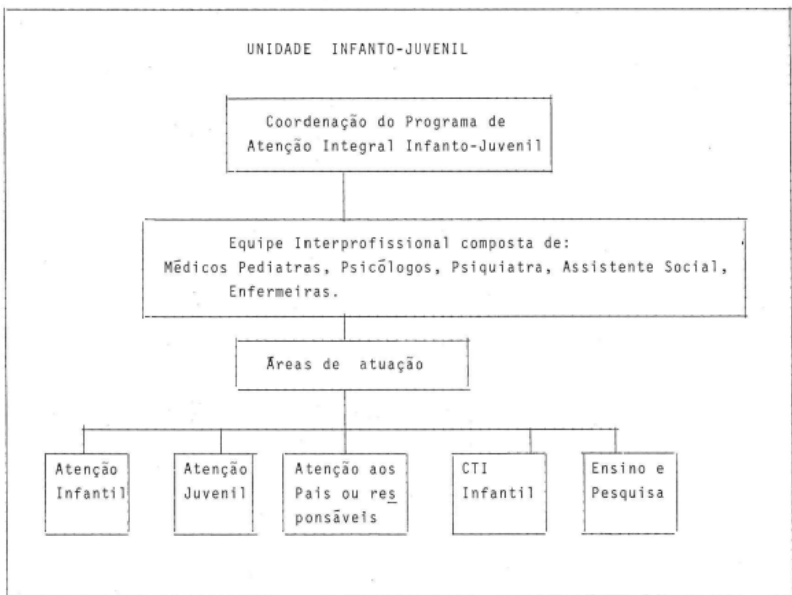
c) Avaliação e providências em casos de hospitalização con junta;

d) Contato com familiares na enfermaria para solução de ' possíveis problemas que possam surgir durante a permanência no hospital;

e) Preparação para alta;

f) Acompanhamento pós-alta, se necessário;

Mod. HOB / 003





PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

METODOLOGIA

Esse programa conta com a experiência em trabalhos nas áreas de atendimento clínico, estudo e pesquisa infanto-juvenil dos profissionais que compõe a equipe.

Os aspectos metodológicos e teóricos são baseados em trabalhos e pesquisas feitos em outros hospitais e instituições, conforme a seguinte bibliografia:

- 01) Aberastury, Arminda - Adolescência Normal
- 02) Ackerman, Nathan W. - Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares
- 03) Ajuriaguerra, J. - "Las primicias de las relaciones precoces Padres-hijo (curso - anais do VII Congresso Brasileiro de Neuro psiquiatria Infantil)
- 04) Bettelheim, Bruno. A psicanálise dos Contos de Fadas.
- 05) _____. Como educar seus filhos.
- 06) Bizzoto, M.O. & Zargura, C. Mar. - Programa de Intervenção Precoce. Fundação Catarinense de Educação e Cultura. Estado de Santa Catarina.
- 07) Bleger, José - Temas de Psicologia. Entrevista e Grupos
- 08) _____. Psico-higiene e Psicologia institucional
- 09) Cabral, Suzana V. - Projeto da Psicologia junto à Medicina Materno-Infantil.
- 10) Coli, A.- ET-Al-Adolescência
- 11) Comerci, G. ET-Al Adolescente Medicine. Case Studies.
- 12) Geets, Claude - Melanie Klein
- 13) Ginott, Haim G. - Psicoterapia de Grupo com Crianças
- 14) Haynal, A Pasini W. - Manual de Medicina Psicossomática
- 15) Klein, M. - Princípios Del Analisis Infantil
- 16) Zauger, Marie.- Maternidade e Sexo

Mod. HOB / 003



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

- 17) Maldonado, M. T. - Maternidade e Paternidade "Preparação com Técnicas de Grupo"
- 18) Maakaroun, M. F. - Prevenção da Depressão Infantil a Nível Hospitalar
- 19) Neinstein, L. S. - Adolescent Health Case
- 20) Oaklander, V. - Descobrimo Crianças
- 21) Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Ministério da Saúde
- 22) Rofmann, A. - Adolescent, Medicine
- 23) Souza, AZ. - O Médico Mágico
- 24) Spitz, René A. - O primeiro ano de vida
- 25) Wood, Betty. - As cores e seu poder de cura

RECURSOS HUMANOS		RECURSOS MATERIAIS	
02 Psicólogos	Já atuando na unidade Infanto-Juvenil	Material Permanente - 01 sala - 01 mesa e cadeiras - Arquivo - Armário de brinquedos - Mesa Infantil c/ 04 cadeiras	Já existentes
02 Estagiários	A serem contratados		
01 Assistente Social	Já atuando na unidade Infanto-Juvenil	Material geral de consumo - lápis - borracha - régua - durex	Já adquiridos
02 Médicos - Especialista em Medicina Infanto-Juvenil - Especialista em Medicina do Adolescente	Já atuando na Unidade Infanto-Juvenil Já atuando na unidade Infanto-Juvenil		
01 Supervisora de Enfermagem	Já atuando na Unidade Infanto-Juvenil	- Papel Ofício - Cola - Lápis de cor - Giz Branco e de cor	A serem requisitados
		Material específico para desenvolvimento do programa (relação em anexo).	A serem adquiridos

RECURSOS RELATIVOS AO PROGRAMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

RECURSOS RELATIVOS AO PROGRAMA

Material necessário para estimulação precoce de crianças de 0 a 2 anos, preparação psicológica para cirurgia e nos atendimentos individuais e de grupo:

- 10 chocalhos
- 10 varais sonoros
- 01 play-mobil hospital
- 03 bonecos de plástico
- 01 jogo "Como é meu corpo"
- 01 ambulância do "Dr. Saratudo"
- 01 malinha do médico
- 01 família de bonecos
- jogos variados (vareta, dama, ludo, baralho, mini-senha, dominó)
- jogo de caixinha, sala, quarto e banheiro
- 10 pincéis
- 05 jogos de massa de modelar
- 02 mamadeiras pequenas
- 01 pacote de animais domésticos da Atma
- 01 pacote de animais selvagens da Atma
- 05 quebra-cabeças variados
- 02 espadas



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

ÁREA FÍSICA

Estamos realizando uma remodelação do ambiente na Unidade Infanto-Juvenil e CTI Infantil propiciando melhoria de condições físicas e psíquicas que favoreçam, através de estímulos visuais e auditivos, experiências criativas necessárias ao processo de desenvolvimento infanto-juvenil. Esta remodelação é fundamentada em estudos sobre psicologia da cor e o valor simbólico da natureza como fonte estimuladora .



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

CARÁTER DO PROGRAMA

O programa iniciado em abril do ano vigente, terá seu funcionamento em caráter experimental até setembro de 1989 , ocasião essa em que será reavaliado e se necessário, reestruturado pela equipe.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1978

CONCLUSÃO

O atendimento infanto-juvenil é marcado por características próprias, que vem sendo reconhecidas progressivamente pelos profissionais de saúde. Cremos que a realização deste trabalho neste Hospital Municipal, além de ser demonstrativo de uma visão pioneira e global do atendimento à pessoa humana, se constituirá num grande benefício à população e em fonte de estudo e pesquisa para os interessados.

SAÚDE MENTAL - ENFERMARIAS E CTIS

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL INFANTO-JUVENIL - INFORME SOBRE O PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO

Nome: _____

Sexo _____ Idade ____/____/____

Nome do pai ou responsável _____

Data Nascimento ____/____/____ Procedência _____ Matricula _____

Idade: ____/____/____ Escolaridade: _____ Religião _____

EM _____ Data da Internação ____/____/____ Local _____

Profissão _____

Escolaridade _____ Ocupação _____

Nome da mãe _____ Idade: ____/____/____

Escolaridade: _____ Profissão _____ Religião _____

Data da Alta ____/____/____ Outros _____

Endereço: _____

Equipe Multiprofissional	Motivo(s) da Hospitalização Hipótese (s) diagnóstica	Problemática vital Hipóteses psico-dinâmica	Descrição do Grupo Familiar	Funcionamento do Indivíduo Evolução Individual
Condição dos Pais ou responsáveis com o indivíduo	Conclusões	Orientação Possível	Procedimentos Utilizados	Observações Encaminhamentos

14

ANEXO III

15

H.O.B.
SERVIÇO SOCIAL

I- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ DATA: / /

Idade: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____ BM: _____ Matr.: _____

Instrução: _____ Profissão: _____ Conjuge: _____

Endereço do paciente: _____

Endereço para comunicação: _____ Telefone: _____

Informante: _____

II- DADOS DO ASSOCIADO:

Nome: _____

Local de trabalho: _____ Telefone: _____

Função: _____

Situação Funcional: _____

III- SITUAÇÃO FINANCEIRA:

Vencimento bruto (contra-cheque) _____ Líquido: _____

Outros vencimentos do associado: _____

de familiares: _____ Total: _____

Aluguel ou prestação de casa: _____

IV- GRUPO FAMILIAR:

Dinâmica: _____

V- SITUAÇÃO DE SAÚDE:

VI- ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL:

ANEXO X

O Trabalho de Profissionais de Saúde Mental nas Unidades de Internação do HOB



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS

AUTARQUIA MUNICIPAL - LEI N.º 2.211, DE 20 DE JULHO DE 1973

O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO DO HOB

A partir de abril de 1989, os trabalhos em Saúde Mental nas Unidades de Internação, CTI e Bloco Cirúrgico foram desenvolvidos pelos seguintes profissionais, nas respectivas áreas de atendimento:

1. Unidade Materno Infantil: Projeto iniciado pela psicóloga Mônica N. Moreira. Desde setembro sendo efetivado pela psicóloga Eliara Thomaz Froes (maternidade e berçário).
2. Unidade Infante Juvenil: Programa coordenado pela psicóloga Eunice Moreira, com participação da psicóloga Ana Maria Magalhães, do psiquiatra Luiz Carlos Lima Nogueira, da pediatra Andréa Déborah Barreto de Oliveira, da Assistente Social Rosemary Haroldo Calixto e demais membros da equipe médica e equipes auxiliares.
3. Unidades de Atendimento a Adultos: Programa coordenado pelo psiquiatra Edgard M. Magalhães com participação da psicóloga Ana Maria Magalhães e colaboração de outros psicólogos como: Eunice Moreira Fernandes, Eliara Thomaz Froes e Vânia S. Spíndola, junto as equipes clínico-cirúrgicas.
4. CTI-UTI e Bloco Cirúrgico: Programa coordenado e efetivado pela psicóloga Ana Maria Magalhães e pelo psiquiatra, Edgard M. Magalhães junto às equipes internas de atendimento.

Mod. HOB / 003

1. Programa de Atendimento Materno-Infantil

Com o objetivo de oferecer informações e esclarecimentos sobre o período de gestação e suas manifestações emocionais, realizamos no HOB um acompanhamento psicoemocional durante o pré-parto, através do Curso de Orientação às Gestantes, aberto à comunidade em nível ambulatorial, com a participação de uma equipe multidisciplinar (ginecologistas, obstetra, psicólogo, psiquiatra, pediatra, fisioterapeuta, enfermeira, nutricionista e assistente social), envolvendo temas diversos, dentre eles: "A fecundação, a gravidez, o desenvolvimento do bebê mês a mês, fisioterapia para a gestante, preparação para o parto, tipos de parto, cuidados com o recém-nascido, complicações da gravidez, amamentação,...".

Em nível das Unidades de Internação (Maternidade, Berçário e Bloco Obstétrico) oferecemos à mãe, orientação quanto ao novo período de vida que se inicia, com seu bebê, através de um trabalho de atendimento em equipe às mesmas durante o período de internação, favorecendo o surgimento de suas dúvidas e ansiedades proporcionando-lhes a possibilidade de um contato menos ansioso e mais afetivo entre mãe-filho.

- Cuidados em Psicoprofilaxia: orientações quanto aos primeiros cuidados com o recém-nascido, amamentação, vacinação, o desenvolvimento do bebê, cuidados a se ter com o corpo (mamas, genitália, etc.).

- Acompanhamento dos pais e bebê, favorecendo a continuidade do vínculo afetivo familiar, integração com outros filhos, etc.

- Gravidez de alto risco: atendimento em psicoterapia breve focal, às gestantes hospitalizadas antes do período de nascimento do bebê, devido a complicações na gravidez.

- Atendimento pós-parto: depressão pós-parto, psicose puerperal, perda do filho. Acompanhamento dos pais e da criança quando se fizer necessário, em outras unidades do Hospital (CTI) junto às equipes competentes.

Devido às dificuldades existentes, não foi ainda possível a implantação do alojamento conjunto, onde o bebê fica o tempo todo com a mãe, mostrando que ela é capaz, desde o início, de cuidar de seu filho auxiliando na interação mãe-filho.

As equipes internas das unidades têm recebido esclarecimentos e informações sobre o programa em andamento o que propicia uma integração no ambiente de trabalho.

2. Programa de Atenção Integral Infanto-Juvenil

Durante estes primeiros seis meses de efetivação do Programa de Atenção Integral, as crianças e adolescentes hospitalizados receberam atendimento, sendo 62% do sexo masculino e 38% do sexo feminino.

As idades dos pacientes atendidos foram agrupadas, de acordo com as etapas do desenvolvimento e os atendimentos foram classificados de acordo com este agrupamento, seguindo o seguinte percentual:

- a) Lactentes (de 0 a 11 meses) – 18%
- b) Primeira infância (de 1 a 4 anos de idade) - 32%
- c) Pré-escolar (de 5 a 7 anos) – 28%
- d) Escolar (de 8 a 12 anos) – 17%
- e) Adolescência (de 13 a 14 anos) – 5%

A atenção aos adolescentes internados foi conduzida pelo psiquiatra Luiz Carlos Lima Nogueira, sendo que dois (de 18 anos) foram atendidos na Unidade de Internação de Adultos. O primeiro com diagnóstico difícil, com fundo psicogênico importante nas queixas e o segundo com insuficiência renal e dificuldades de observar dietas e medicação prescrita.

Este atendimento se dá usualmente mediante solicitação do médico assistente ou de algum outro membro da equipe, podendo ser único ou múltiplo, a critério do psiquiatra, após avaliação.

Dos pacientes atendidos na Unidade Infanto-juvenil⁵⁸, dois foram transferidos para outro nosocômio, um faleceu e três reinternaram neste hospital com broncopneumonia.

Observamos a necessidade da efetivação do CTI Infantil e já estamos elaborando um projeto de atenção aos pacientes internados neste local.

O período de internação variou de acordo com o diagnóstico e situação do paciente. Nas internações, que visavam intervenção cirúrgica, a média foi de três dias. Para outros tipos de diagnósticos a média foi de 11 dias e as internações mais prolongadas foram de 11 meses, 3 meses e 2 meses.

A maior incidência para hospitalização foi:

- Cirurgia 31%
- Broncopneumonia e pneumonia 23%
- Diagnósticos variados 46%.

Observamos, no entanto, que a prevalência de fatores de estrutura familiar precária, desnutrição e outros confirmaram que o não atendimento

⁵⁸ Que era a Pediatria, com leitos para crianças e adolescentes, em enfermarias separadas.

das necessidades infantis na primeira infância (um a quatro anos) favorece o atraso no desenvolvimento, aliados a componentes psicogênicos como: regressão, isolamento, agressividade, distúrbios de conduta etc.

Tivemos um caso de intoxicação exógena por tentativa de suicídio (paciente de 12 anos) que foi acompanhado também pelo psiquiatra da equipe, com orientação individual, inclusive à mãe.

As crianças de um a quatro anos de idade (primeira infância) apresentam mais dificuldades em aceitar a separação dos pais. Elas não conseguem compreender por que estão enfermas, nem sabem quanto tempo ficarão separadas dos pais. Geralmente se retraem e começam a apresentar problemas na alimentação e no sono, que são formas de reagir e expressar suas dificuldades de separação dos pais e adaptação ao ambiente hospitalar. Em situações de não atenção, esta criança poderá progressivamente expressar apatia, isolamento, não se comunicando e até evidenciando outras formas de depressão. O trabalho em nível de prevenção é fundamental neste momento.

Às vezes demonstram imaturidade psicoafetiva ficando excessivamente apegada à mãe, porém com o contexto do Programa de Atenção temos observado mudanças na conduta dos pacientes e ou acompanhantes, facilitando o período de permanência no hospital e diminuindo o tempo de internação.

Realizamos um trabalho de observações sistematizada quanto ao fator de permanência da mãe ou não, acompanhando a criança internada e constatamos que:

- A mãe apresentou-se espontaneamente como acompanhante, disponível para estar com a criança nos casos de internamento para cirurgia.

- 57% dos pacientes tiveram a mãe acompanhante, incluindo os casos de cirurgia.

- 38% dos pacientes foram apenas visitados pelos pais.

- 5% estiveram com os pais no dia da internação e posteriormente, na ocasião da alta.

Vários fatores impossibilitaram a presença da mãe no hospital, dentre eles: criança procedente do interior de Minas Gerais, mãe hospitalizada, mães com filhos recém-nascidos em casa, mães com conduta abandonica e dificuldades de lidar com a situação de doença do filho.

Percebemos que, a partir da fase pré-escolar, há uma maior tolerância com relação à hospitalização e conseqüente separação do ambiente familiar, porém o fato de saber que os pais estão disponíveis diminui o nível de ansiedade e aumenta a segurança dos pacientes.

- 75% das crianças/adolescentes internados para cirurgia foram acompanhados no pós-cirúrgico; 25% tiveram acompanhamento psicológico pré e pós-cirúrgico, individualmente e/ou em grupo. Esse atendimento visa diminuir os medos, ansiedade e angústia eliciadas nesse momento.

Foi elaborada, junto com toda a equipe, uma carta de orientação aos pais, que lhes é entregue no ato da internação. Os resultados estão sendo benéficos uma vez que a mesma esclarece, previne e orienta os pais/responsáveis em como se conduzir dentro do hospital, diminuindo as interferências junto às equipes de trabalho, e auxiliando na adaptação da criança/adolescente às circunstâncias inerentes à hospitalização

Realizamos a remodelação ambiental que propicia melhoria das condições físicas do paciente e humaniza o ambiente. A respeito desta remodelação ambiental foi publicada em uma reportagem no nº 2 da Revista de Psicologia do Hospital Odilon Behrens.

O atendimento psicológico foi realizado, diariamente, através de várias atividades na enfermaria, especificadas a seguir:

a) O atendimento aos lactentes, baseou-se na estimulação psicofísica, uma intervenção precoce. A estimulação sensorial nas crianças que não tiveram suas mães como acompanhantes, evitou casos de depressão e de condutas autistas e facilitou a integração ao meio hospitalar.

b) Algumas vezes foi possível acompanhar a criança/adolescentes no momento de internação. Faz-se necessária a presença de estagiários nos dois turnos (manhã e tarde) para que esse acompanhamento seja mais efetivo, o que minimizará as angústias do paciente frente à internação e hospitalização.

c) Atendimento psicoterapêutico de apoio individual com a finalidade de trabalhar os desajustes por ocasião da doença e internação.

d) Atendimento lúdico, a grupo de crianças com identificação de transtornos emocionais causadores da doença ou oriundos desta.

e) Atendimento aos pais através de entrevistas individuais orientando-os quanto ao comportamento frente à situação de doença e hospitalização de seu filho (a).

f) Grupo de apoio com os pais das crianças/adolescentes internados. Esse atendimento ocorre semanalmente e tivemos, até setembro a participação de 21% dos pais.

Este trabalho, que aproxima mais da vivência de um grupo operativo, funcionou num caráter informativo, preventivo, com possibilidades de reflexão sobre a problemática do filho e quais os sentimentos surgidos desta situação. Algumas mães foram encaminhadas para o curso de

gestante e grupo de diabéticos, programas de diabéticos, programas em funcionamento no HOB.

g) Orientação de alta aos pais e pacientes, no sentido de esclarecer e orientar quanto à doença e medida preventivas relativas a futuras reinterações.

O atendimento do Serviço Social nestes seis meses iniciou-se com a participação da Assistente Social Horacir de Fátima Melo e a partir do mês de maio ficou aos cuidados da Assistente Social Rosemary Horoldo Calixto.

O Serviço Social tem procurado manter um contato individual os familiares dos pacientes objetivando o estudo social. Quando necessário são feitas visitas domiciliares para complementação de dados estreitando as ligações família-hospital.

São fornecidas orientações e encaminhamentos aos responsáveis tais como:

a) recursos da comunidade e outras instituições que possam auxiliar na continuidade do tratamento;

b) Contatos com o SAME para marcação de consultas de retorno;

c) Não-participantes: orientações quando à licença para acompanhar filho menor hospitalizado;

d) encaminhamento a outros membros da equipe de acordo com exigência do caso;

e) preparação da família para alta hospitalar especialmente quando há resistência;

f) acompanhamento, se necessário, dos casos após alta hospitalar;

g) providências de documentação para andamento do caso.

O atendimento pediátrico foi desempenhado pelos pediatras do HOB, abrangendo a avaliação clínica, inicial e propedêutica adequada ao quadro clínico apresentado pelo paciente.

Os profissionais Ana Maria P.B. Magalhães e Eunice Moreira Fernandes (Psicólogas), Luiz Carlos Lima Nogueira (Psiquiatra) e Andréa Deborah Barreto Oliveira (Pediatra), participaram de um trabalho de enfermagem da Unidade com objetivo de reciclar e discutir problemas comuns no contato com a criança internada.

Do ponto de vista orgânico enfocou-se a criança “normal” no seu desenvolvimento pondo estatural, comportamental e neuropsicomotor, para facilitar o “diagnóstico” de desvios e efeitos da internação. Foi grande o interesse e participação, com buscas ávidas de informações, principalmente dos casos atuais presentes na enfermaria.

Os temas de crescimento e desenvolvimento da criança normal de zero a seis anos foram vistos pelos médicos e psicólogos. Foram

vistos também com a enfermagem aspectos psicológicos na privação do carinho materno proveniente da separação mãe/criança e situações desencadeantes de um quadro de hospitalismo.

Apesar do esforço bilateral, muitas vezes não foi possível a realização das reuniões ou ocorreu interrupção das mesmas, por vários fatores:

a) escassez de pessoal no atendimento das enfermarias;
 b) situações de emergências imperando a necessidade de interrupção do trabalho em grupo para o desenvolvimento de todos os profissionais no atendimento premente da criança.

c) volume de serviço com envolvimento de múltiplas interligações do (aos pais, às crianças individualmente, à enfermagem) o que implica em escassez do tempo para preparo de material e todos os atendimentos

Estamos estudando uma outra forma de proporcionar essa reciclagem à equipe de enfermagem para que não ocorram tantas interrupções.

3.Unidade de Atendimentos a Adultos, CTI, UTI e Bloco Cirúrgico

A – Vicissitudes na hospitalização de adultos e idosos:

As manifestações psíquicas dos pacientes, nas diferentes unidades de internação CTI e Bloco Cirúrgico, têm características peculiares, como a experiência da interação hospitalar nos aspectos emocionais tem dimensões diferentes para um paciente em observação no P.A. ou na hospitalização para a realização de exames de avaliação e, outro paciente, por exemplo cirúrgico, no CTI correndo risco de vida onde existe uma elevação da ansiedade gerando maior desequilíbrio psicológico.

Observamos que o paciente psiquiátrico vem sendo atendido nos casos de psicoses orgânicas, sintomáticas, neuroses depressões, estados delirantes e alucinatórios, tentativas de autoextermínio, crises histéricas, etc; no contexto da enfermaria geral. Faz-se necessário, a nível de urgência, a criação de uma enfermaria psiquiátrica para observação e tratamento com curta permanência. A nível de internação nas enfermarias gerais, os pacientes que caso não se recuperem dentro de um prazo determinado e ou apresentando patologias que requeiram condutas especificamente psiquiátricas, serão encaminhadas a outras unidades hospitalares.

Também constatamos que os pacientes idosos requerem cuidados especiais e tratamentos específicos durante o período de hospitalização, fazendo-se necessária a criação de uma Unidade de Internação Geriátrica.

Acreditamos que os aspectos que propiciam maior humanização do ambiente, favorecem a interação das equipes no trabalho e auxiliam no

processo de recuperação dos pacientes. Visamos ainda:

- Facilitar uma maior compreensão das necessidades emocionais do paciente;
- Utilizar recursos psicoterápicos adequados aos pacientes hospitalizados nas enfermarias, CTI e Bloco Cirúrgico;
- Participar de seminários e ou atividades do Centro de estudo do HOB, informando sobre temas de atualização em saúde mental;
- Coletar dados e trabalhá-los em pesquisas, assim como criar espaços para grupos de reflexão com os funcionários que previnam e aumentem o limiar de bem-estar no trabalho. (Por ocasião da 1ª SIPAT HOB/1989 - este tipo de trabalho foi colocado aos participantes que confirmaram a necessidade deste espaço).

Sugestões:

Reconhecendo a constante presença de fatores de angústia, temor e ansiedades no contexto da Unidade de Internação que (são inerentes à situação) geram um aumento de tensões, torna-se necessário pensar e criar espaços ou áreas que propiciem diminuição das tensões acumuladas e que favorecem a comunicação proporcionando um bem-estar no contexto da comunidade hospitalar.

- Sala de estar nas unidades de internação; 1 sala de atendimentos individuais da equipe de saúde mental;
- Sala de estar para acompanhantes dos participantes cirúrgicos e
- Sala de estar, estudo e cantina interna para as equipes de trabalho.

B- Dados Pesquisados:

Os dados coletados nos seis meses de trabalho de assistência da equipe da saúde mental nas unidades e internação de adultos do HOB constaram de:

- Data inicial no mês de abril de 1989 após apresentação do programa de assistência em saúde mental no contexto da hospitalização;
- A assistência a paciente Clínico Cirúrgicos nas unidades (enfermarias, CTI e Bloco Cirúrgico) foi realizada através de encaminhamentos das equipes médicas assistentes.

Foram prestados esclarecimentos sobre a assistência dos pacientes às equipes das unidades de internação (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc).

Os terapeutas ocupacionais atenderam alguns casos por nós encaminhados, tendo sido a intervenção proveitosa para a recuperação

dos pacientes. Seria adequado termos profissionais desta área atendendo os pacientes, no contexto da hospitalização.

Apresentamos a seguir, os percentuais coletados, inicialmente de acordo as faixas etárias dos pacientes:

- De 15 a 18 anos – 4% dos pacientes receberam atendimento
- De 20 a 40 anos – 5% dos pacientes receberam atendimento
- De 40 a 60 anos – 22% dos pacientes receberam atendimento

Quanto ao sexo:

45% são do sexo masculino e 55% do sexo feminino. Portanto, a prevalência foi de pacientes do sexo feminino.

Já os distúrbios psicopatológicos predominantes foram:

- Depressão 41%
- Alcoolismo 20%
- Neurose 20%
- Psicoses 14%
- Toxicomania (associado ao diagnóstico de AIDS) 6%

A maior incidência foi para os quadros depressivos numa população onde predominou o adulto jovem do sexo feminino.

C- Tipo de atendimentos realizados:

Os procedimentos utilizados foram:

1. Inicialmente utilizamos o informe de saúde mental contendo dados individuais de cada paciente e ou familiar assistidos, visando material para estudo e pesquisa.

2. Dentro do modelo de prevenção e assistência empregamos recursos terapêuticos considerados adequados ao contexto da hospitalização com os seguintes percentuais.

- Atendimento psicoterápico de emergência – 4%
- Atendimento de orientação a familiares - 9%
- Atendimento de psicoterapia-breve-focal –10%
- Atendimento psicoterápico de apoio -15%
- Atendimento de esclarecimento e prevenção - 24%
- Atendimento psicofarmacológico - 34%

O percentual mais elevado foi no atendimento psicofarmacológico 34% - este procedimento foi utilizado para os pacientes e ou familiares, suprimindo estados maiores de ansiedade e agitação psicomotora, bem como, auxiliando nos casos depressivos com regressão, passividade e hospitalismo, prevenindo o desenvolvimento de psicoses orgânicas, senis,

quadros confusionais, tentativas de autoextermínio e a transferência para o hospital psiquiátrico que ocorria com frequência no HOB. Tal procedimento ao mesmo tempo gerou um clima de maior segurança e tranquilidade no ambiente hospitalar facilitando melhor desempenho das equipes nas Unidades de Internação.

A seguir, o atendimento de esclarecimento e prevenção apresentou um percentual de 24% favorecendo a diminuição das ansiedades e medos provenientes das fantasias de mutilação, invasão, morte na hospitalização etc., auxiliando também na supressão de sintomas, facilitando a colaboração do paciente no tratamento.

4. Conclusões

Através de uma melhor comunicação intergrupal, favorecemos um entendimento do trabalho e atribuições dos profissionais de saúde mental no contexto da hospitalização.

Entendemos que o aumento do limiar de saúde mental, vem sendo alcançado muito mais às custas de uma atenção psicoprofilática integrada do que simplesmente através de critérios curativos.

As bases para um atendimento integrado estão sendo criadas através da crescente participação e interesse das equipes de trabalho.

“O espaço profissional do psicólogo clínico no âmbito hospitalar tem um “acontecer” no dia a dia de trabalho, começando pela atitude humilde, respeitosa e responsável, com todas as pessoas que estão trabalhando e ou sendo assistidas”.

Ana Maria Pueyo Blasco de Magalhães

ANEXO XI

Divisão de Psicologia Clínica do IPSEMG



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES
DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Divisão de Psicologia Clínica do IPSEMG

Objetivos

Estrutura

Modalidades de atendimento

MCO. 100 - 292.000 Rs. - 87/98

Introdução

Uma instituição como a Previdência, que conta com muitos milhares de associados e com um atendimento considerável na área de saúde, oferece à Psicologia amplas possibilidades de atuação, e exige do psicólogo capacidade e versatilidade para imprimir ao seu trabalho as características adequadas à magnitude da demanda.

Objetivo do Trabalho

Prestar atendimento psicológico clínico aos associados da Previdência que solicitarem o trabalho do psicólogo e participar de equipes interdisciplinares, de modo a proporcionar uma assistência mais global e completa, quando isso se fizer necessário.

Em função do grande número de associados, os tratamentos psicológicos viáveis e prioritários no IPSEMG devem ser aqueles realizados em grupo, ou individualmente com uma duração breve, sem que, contudo, obviamente, haja perda da qualidade do trabalho.

Estrutura da Divisão⁵⁹

Essa estrutura decorre da existência de duas grandes áreas de atuação do psicólogo, no IPSEMG:

- 1 – atendimento ambulatorial⁶⁰,
- 2 – atendimento hospitalar.

1 - Atendimento ambulatorial:

O grande número de associados que procuram a Psicologia fez com que, baseados no aprimoramento da competência técnico-científica, capaz de garantir o embasamento teórico e prático, buscássemos novas modalidades de atendimento, mais adequadas à realidade previdenciária.

A partir daí, estruturamos nosso trabalho em áreas bem específicas e delimitadas:

- 1.1 - Área de Avaliação, Orientação e Encaminhamento
- 1.2 - Área de Psicoterapia de Adolescentes e Adultos

⁵⁹ No documento original havia também um organograma da Divisão de Psicologia Clínica, com os núcleos de atendimento ambulatorial e hospitalar, com suas áreas específicas, que não foi incluído neste histórico por estar detalhado nesta parte do trabalho.

⁶⁰ Ocorriam em outro local, fora do hospital (Ed. Caxias) na região central de Belo Horizonte, conforme Organograma de Funcionamento da Psicologia Clínica do IPSEMG, que não foi incluído neste trabalho. A Psicologia Clínica participava também de projetos ligados à Superintendência Hospitalar.

1.3 - Área de Atendimento à Criança

1.4 - Área de Sexologia

1.1 - Área de Avaliação, Orientação e Encaminhamento:

Compreende a Triagem, o Psicodiagnóstico e a Orientação.

1.1.1.- Triagem:

Introduzida em 1986, a Triagem permitiu dissolver um ponto de estrangulamento em nosso trabalho, constituído pelas longas filas de clientes à espera de tratamento.

Através da Triagem, instituiu-se um lugar onde o cliente - adolescente e adulto - realmente é ouvido, permitindo conhecer melhor as verdadeiras demandas dos associados da Previdência, e possibilitando o encaminhamento adequado, sem desgaste para o cliente e para o serviço

Com a triagem, a Psicoterapia Breve e a Psicoterapia de Grupo, tornou-se possível o atendimento ao cliente adulto, o que não ocorria antes e constituía grave lacuna em nosso trabalho.

1.1.2 – Psicodiagnóstico:

Visa um estudo aprofundado e global da personalidade do indivíduo, para serem detectadas as áreas de comprometimento.

O Psicodiagnóstico é feito através de entrevistas e testes psicológicos, para atender pedidos médicos e, em crianças e adolescentes, para posterior Orientação aos pais.

1.1.3 – Orientação:

Quando, a partir do Psicodiagnóstico, ficar constatada a dificuldade da criança, faz-se uma Orientação aos pais para que eles compreendam melhor o que se passa e possam ajudar na superação do problema.

1.2 – Área de Psicoterapia de Adolescente e Adultos:

Compreende a Psicoterapia de grupo, a Psicoterapia Breve Individual e a Psicoterapia de Casal.

1.2.1 – Psicoterapia de Grupo

Constitui a forma prioritária e mais viável de tratamento numa instituição como a Previdência, já que, através da formação de grupos (de no máximo 10 pessoas) tornamos a Psicoterapia acessível a um grande número de associados.

Na Psicoterapia de Grupo, os clientes podem expressar seus sentimentos e seus problemas, o que possibilita melhor compreensão das próprias dificuldades, diminuição da ansiedade, aceitação do outro, convivência social mais satisfatória e maior capacidade para enfrentar a vida. Vale lembrar que a psicologia individual é ela própria, uma função da relação existente entre uma pessoa e outra. O indivíduo é a sempre foi, o membro de um grupo.

1.2.2 – Psicoterapia Breve Individual:

Outra forma importante de Psicoterapia na Previdência.

Caracteriza-se por ser um tratamento de curto prazo, cujas finalidades terapêuticas centram-se principalmente na superação de sintomas e episódios agudos ou situações perturbadoras atuais, que se apresentam como prioritárias por sua urgência e ou na importância.

Visa, também, além da superação da crise e do alívio sintomático, o restabelecimento do equilíbrio psicológico e a melhor compreensão dos mecanismos psicodinâmicos da personalidade, além de promover o crescimento e o desenvolvimento psicológicos.

1.2.3 – Psicoterapia de Casal:

Visa, principalmente, alcançar a superação das dificuldades de relacionamento que se interpõem, ocasionando e mantendo situações conflitivas.

Procurar compreender e dinamizar as vinculações interpessoais, tendo em mente o importante papel que determinadas estruturas sociais, principalmente aquelas que estão na base do desenvolvimento, desempenham no aparecimento e na manutenção dos distúrbios emocionais.

1.3 – Área de Atendimento à Criança:

Compreende a Psicoterapia da Criança, a Terapia Psicomotora e a Reeducação Pedagógica.

1.3.1 – Psicoterapia da Criança:

Trata-se de um processo que visa a reorganização dos aspectos emocionais da personalidade, facultando o aproveitamento e entrosamento do potencial intelectual e afetivo. Permite maior conhecimento de si e maior capacidade de lidar com a ansiedade, reduzindo as áreas conflitivas

Concomitantemente, é feito um acompanhamento periódico com

os pais visando sua participação e comprometimento no processo de atendimento à criança.

1.3.2 – Terapia Psicomotora:

Procura proporcionar à criança o conhecimento do próprio corpo, levando-a a usá-lo mais adequadamente no tempo e no espaço, tendo em conta suas limitações e possibilidades.

Procura incentivar na criança a utilização das capacidades intelectuais na expressão motora, favorecendo, assim, sua evolução nos aspectos sociais, intelectuais e emocionais.

Destina-se a crianças com dificuldades escolares, transtorno do esquema corporal, retardo de maturação, desarmonias tônico-motoras e imaturidade afetiva.

1.3.3 – Reeducação Psicopedagógica:

É destinada a crianças com dificuldades específicas na escrita e leitura, quando estiverem caracterizados quadros de dislexia, disortografia e disgrafia. Através da Reeducação Psicopedagógica, é possível desenvolver a capacidade imaginativa e expressiva da criança, levando-a a transposição do plano do pensamento para o da execução.

As técnicas utilizadas visam promover o discernimento auditivo, visual e perceptivo. Fatores de ordem mental, que possam ter desencadeado ou conduzido às dificuldades ortográficas, deverão ser trabalhados dentro de um plano de ação interdisciplinar.

1.4 – Área da Sexologia:

A adolescência é a etapa da vida na qual o corpo da criança sofre uma série de modificações morfológicas e funcionais, transformando o seu corpo de criança em corpo de adulto. O aparecimento destas mudanças é a expressão biológica de que esse organismo é capaz de produzir células sexuais amadurecidas que poderão participar do processo da reprodução

Ao lado destas mudanças físicas ocorrem mudanças psicológicas e sociais no indivíduo que se manifestam através de comportamentos e atitudes, característicos desta fase do desenvolvimento, o que, muitas vezes, gera conflitos individuais, familiares e sociais.

Tendo tudo isto em vista, a área da Sexologia vem realizando um atendimento a adolescentes e respectivos pais, ou responsáveis, com o objetivo de informar, discutir e orientar a respeito de cada processo de desenvolvimento biopsicossocial pelo qual está passando o adolescente,

principalmente no que se refere à área da sexualidade.

Para tanto, são formados grupos de adolescentes e pais que sob a supervisão de uma equipe interdisciplinar (um médico, uma psicóloga e uma assistente social) debatem questões que vão de conceitos básicos à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo também meios que possibilitam um planejamento familiar.

O trabalho com cada grupo é sistematizado em oito sessões uma por semana, e são utilizados recursos áudios-visuais, tais como slides, vídeos, etc.

1.4.1 – Triagem inicial:

Todos os adolescentes que procuram a Divisão de Psicologia, são encaminhados para uma triagem inicial que é realizada pela psicóloga e pela assistente social da área da Sexologia.

Se o adolescente apresente necessidade de uma assistência específica, é encaminhado para a Clínica de Psicologia.

Se a problemática apresentada está ligada a dificuldades características da fase da adolescência, ou se percebe a necessidade de orientação sexual, ou ela é solicitada pelo adolescente ou seus pais, na entrevista, ou se já vêm com proposta para procurar diretamente o núcleo, ele é então encaminhando à Sexologia.

Durante o processo de triagem existem casos que não se enquadram em nenhuma destas especialidades acima referidas e que são orientadas em algumas sessões de acompanhamento pela psicóloga ou assistente social (individualmente ou em grupo familiar).

1.4.2 – Grupo de adolescente:

Atingindo-se um número mínimo de oito adolescentes, formam-se os grupos a serem atendidos no Núcleo.

Os grupos são divididos em duas faixas etárias (12 a 15 anos e de 16 a 18 anos).

1.4.3 – Grupo de pais:

Os pais ou responsáveis pelos adolescentes que estão compondo os grupos são também entrevistados e convidados a formar outro grupo, que funciona em horário distinto.

Os assuntos discutidos são comuns a ambos os grupos. Entretanto, há um compromisso anterior assumido com adolescente e pais de não passar o conteúdo surgido durante o desenrolar do grupo, surgindo assim a possibilidade de estimular a comunicação entre pais e filhos.

1.4.4 - Propostas de atendimentos específicos:

Terapia sexual:

Os adolescentes ou casais atendidos nos grupos ou nas triagens iniciais que apresentam uma queixa de inadequação sexual serão encaminhados para uma terapia sexual breve, com um número aproximado de dez sessões, com o terapeuta sexual.

Terapia ou acompanhamento familiar breve:

Dentro de uma visão familiar sistêmica percebemos que a interação entre os membros de uma família ocorre de uma maneira dinâmica e que qualquer mudança no crescimento de um dos seus membros desestabiliza o sistema familiar que necessita buscar os meios para alcançar a homeostase.

Assim, as famílias atendidas nos grupos, que manifestarem uma problemática mais específica, serão atendidas em terapia ou acompanhamento familiar pela psicóloga da equipe.

2 – Atendimento Hospitalar:

Objetivos:

O campo da Psicologia no Hospital da Previdência abrange:

1 – O trabalho com o paciente e sua família, em estreita colaboração com o corpo clínico hospitalar, no sentido de profilaxia e tratamento psicológico da clientela ambulatorial e/ou em regime de internação.

2- A participação em equipes interdisciplinares, no sentido de assessorar os profissionais na compreensão do que se passa com os pacientes e na reflexão sobre a relação profissional-paciente.

Estrutura do Trabalho:

Compreende quatro grandes áreas:

- 1 – Área de Psicologia Profilática
- 2 – Área de Tratamento a Pacientes Crônicos e Terminais
- 3 – Área de Atendimento ao Paciente Hospitalizado
- 4 – Área de Apoio e Subsídio Psicológico ao Corpo Clínico

1. Área de Psicologia Profilática:

Visa o atendimento à clientela específica materno-infantil, no sentido

da promoção do desenvolvimento psicológico e da profilaxia de conflitos inerentes às diferentes fases evolutivas, que se estendem da gestação até ao final da infância.

O trabalho, nesta área, engloba as seguintes atividades:

1.1 – Atendimento a grupos de gestantes, possibilitando-lhes melhor compreensão do que se passa com elas e melhores condições emocionais para lidarem com seus bebês. Estes grupos permitem o reassseguramento através de informações sobre a evolução da personalidade da criança e uma reflexão sobre os problemas normalmente enfrentados diante do novo status – “mãe” – e da experiência de gestação e parto.

1.2 – Atendimento em grupos para tratar da questão do Planejamento Familiar, trabalhando os conteúdos afetivos e os conflitos da esposa e do marido, referentes tanto à utilização dos métodos anticoncepcionais indicados pelos médicos, quanto à proposta da paternidade responsável.

1.3 – Atendimento, na área de Puericultura, às mães e crianças presentes às consultas periódicas, através de orientação aos familiares, de acompanhamento da relação mãe-filho e de encaminhamento para consulta psicológica ambulatorial específica, quando indicado.

2. Área de Tratamento aos Pacientes Crônicos e Terminais:

Tem como objetivos:

2.1 – Trabalhar com o cliente na elaboração de seus sentimentos relativos à sua nova condição de vida, causada pela doença, de modo que, através da diminuição da ansiedade, possa adaptar-se melhor à nova situação, aos cuidados que deve dispensar a si mesmo, ao seu próprio corpo.

Desta maneira, o cliente poderá minimizar os transtornos causados pela doença, colaborar para a melhora de seu estado de saúde, facilitar o atendimento médico e ajudar na prevenção de possíveis crises.

2.2 – Trabalhar a angústia diante da morte e os efeitos secundários da hospitalização ou tratamento prolongados.

2.3 – Trabalhar com as famílias, no sentido de obter sua colaboração no tratamento, ou sua ajuda ao paciente incurável.

3. Área de Atendimento ao Paciente Hospitalizado

Compreende:

3.1 – Trabalho com paciente para apoiá-lo em um momento difícil, permitindo-lhe a expressão de seus sentimentos e de sua angústia:

3.1.1 – Preparação psicológica para exames e cirurgias, incluindo esclarecimento sobre as práticas médicas, os aspectos da doença e suas possíveis consequências.

3.1.2 – Diagnóstico de eventuais distúrbios psíquicos, seu prognóstico e encaminhamento para tratamentos psicológicos ou psiquiátricos, quando necessário.

3.1.3 – Atendimento de urgência no leito

3.1.4 – Atendimento a pacientes criticamente enfermos do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) e aos familiares

3.2 – Trabalho com as famílias, visando a elaboração de suas angústias suscitadas diante da doença, para que os parentes possam ser agentes da modificação da dinâmica familiar, possam compreender o que se passa com o doente e colaborar para o restabelecimento de sua saúde. Prestar-lhes esclarecimentos sobre as práticas e recomendações médicas e dar-lhes apoio durante a internação do paciente.

3.3 – Nos casos de crianças e adolescentes, fazer anamnese com os pais, para obter dados da história do paciente e de sua dinâmica pessoal e familiar, tendo em vista esclarecimentos sobre a doença do paciente, as condutas reativas e as relações pais-filho.

4 – Área de Apoio e Subsídio Psicológico ao Corpo Clínico

Abrange:

4.1 – Trabalho com os integrantes das equipes interdisciplinares, no sentido de:

4.1.1 – Ajuda-los a compreender o que se passa com os pacientes e a refletir sobre a relação profissional-paciente

4.1.2 – Possibilitar a vivência emocional do grupo e o conhecimento experiencial dos conceitos que norteiam as relações profissional-paciente.

4.1.3 – Detectar e trabalhar as dificuldades e as angústias normalmente surgidas no exercício da profissão e na relação com determinados pacientes.

4.1.4 – Salientar a importância da capacidade de “saber ouvir”, para diagnosticar e tratar.

4.2 – Assessoria aos profissionais das equipes interdisciplinares no que se refere ao acompanhamento psicológico dos pacientes atendidos.

4.3 – Reuniões com a equipe médica para discussão sobre diagnóstico diferencial e esclarecimento teórico dos casos.

4.4 – Entendimento com o médico, com os profissionais do Corpo de Enfermagem e do Serviço Social responsáveis por um determinado caso, com a finalidade de discutir condutas terapêuticas auxiliares ao acompanhamento psicológico do paciente.

Modalidades de Atendimento:

Em relação aos pacientes:

1. Triagem
2. Psicoterapia de grupo
3. Psicoterapia de crise
4. Psicoterapia de apoio
5. Grupos de sensibilização
6. Cursos para o casal grávido

Em relação ao Corpo Clínico:

1. Grupos de discussão e sensibilização que permitam entrosamento da equipe interdisciplinar, esclarecimento teórico e subsídios para melhor relação com os pacientes.
2. Cursos intensivos de atualização da Teoria Psicológica para médicos residentes, no início de cada ano de Previdência.
3. Cursos de atualização da Teoria Psicológica para estagiários e para o corpo de enfermagem.

5 – Área de Apoio Administrativo

É importante, no sentido de fornecer o suporte administrativo necessário para o bom desenvolvimento do trabalho técnico dos psicólogos.

Tem como funções:

- 1 – Marcar consultas
- 2 – Contactar clientes, quando se aproximar o início do tratamento marcado
- 3 – Organizar fichários e arquivos
- 4 – Organizar prontuários dos clientes
- 5 – Datilografar relatórios de testes
- 6 – Datilografar e enviar à Diretoria de Saúde a estatística dos atendimentos mensais dos psicólogos

- 7 – Manter contato da Divisão com os demais setores da Instituição
- 8 – Fazer serviço da datilografia e reprografia
- 9 – Confeccionar folha mensal de ponto
- 10 – Enviar relatório mensal de ocorrências à Seção de Preparo de Pagamentos
- 11 – Confeccionar fichas anuais e pasta individual dos funcionários da Divisão
- 12 – Organizar escala anual e mensal de férias

Observação: a presente observação, que trata da estruturação da área administrativa, foi elaborada pela Comissão anteriormente citada; contando com o apoio técnico da funcionária Maria Teresa Oliveira Rocha, que no momento desempenha suas funções nesta área.

Observação:

Atualmente, a Psicologia atua junto às seguintes clínicas e Unidades:

- Clínica Ginecológica e Obstétrica
- Clínica Pediatria – CTI pediátrico
- Clínica Psiquiátrica
- Setor de Diabetes
- Oncologia
- Mastologia
- Proctologia
- Clínica Cardiológica
- Clínica Médica (Grupo de Assistência Psicológica aos Pacientes Internados – GAPPI)
 - Nefrologia – Hemodiálise
 - Unidade de Medicina Preventiva
 - Serviço Médico de Urgência – SMU

Com esta nova proposta de trabalho, surge a possibilidade de ampliação do atendimento a outras clínicas, de acordo com as futuras demandas.

Conclusão:

Aos 22 anos de existência, a Psicologia do IPSEMG já seguiu uma longa trajetória para atingir maior competência técnico-científica e para realizar melhor suas finalidades, dentro do que é um Instituto de Previdência.

Abrangendo um largo campo de atuação, com áreas bem delimitadas

e definidas de trabalho, vê crescerem suas possibilidades, à medida que novas solicitações lhe são feitas. Mas pode caminhar mais, em busca de maior competência, de maior modernização e atualização, de maior especialização, de melhor adequação à realização previdenciária.

Para tanto, é necessário que efetivamente exista uma estrutura bem definida, capaz de levar a mais eficiente operacionalização de suas atividades.

No momento, a estrutura proposta é a que melhor responde a estas necessidades, que melhor possibilita um bom trabalho e que melhor permite alcançar os objetivos.

Este trabalho foi elaborado pela seguinte comissão:

Sônia Maria Cerqueira Machado – Presidente

Ana Lúcia Bernardes Guerra Pinto Coelho – Redatora

Ana Cristina Teixeira da Costa Salles

Edna Costa Martins Belém

Helga Maria Santa Rosa Nogueira da Gama

Maria Izabel Medeiros de Barros

Regina Maria Volpini Ramos

Yara Lúcia Hilel Cardoso

ANEXO XII

Seminário promovido pela Câmara de Saúde do CRP 04

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (7º PLENÁRIO)
CÂMARA DE SAÚDE
LOCAL: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA-MG - 1993

HISTÓRICO DA COMISSÃO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

Na *JORNADA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG*, em novembro/92, vários hospitais gerais foram convidados a expor painéis sobre o trabalho do psicólogo realizado nestas instituições. Nessa data foi possibilitado um encontro de psicólogos hospitalares, que levantaram a necessidade de uma maior integração pro-fissional. Na ocasião a coordenadora do evento propôs a estes psicólogos a constituição de um grupo, marcando uma primeira reunião.

A partir desta reunião, realizada em março/93, estabeleceu-se que os encontros se dariam mensalmente com o objetivo de discutir questões relacionadas com a prática do psicólogo na instituição hospitalar.

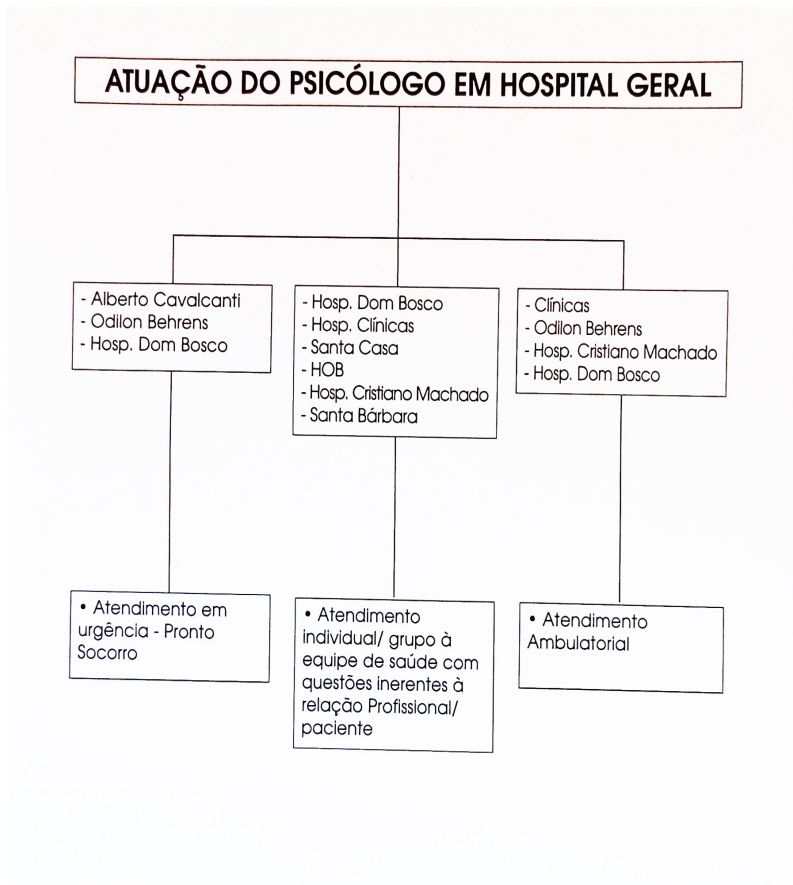
Essas reuniões têm acontecido até a presente data, com a participação efetiva (em média) de oito hospitais, que apresentam o seguinte histórico com relação à implantação e início de trabalhos nesta área:

1. Hospital Municipal Odilon Behrens – 1977
2. Hospital das Clínicas da UFMG – 1977
3. Hospital Cristiano Machado - Roça Grande - set/1985
4. Santa Casa de Misericórdia de BH – 1987⁶¹
5. Hospital Santa Barbara - janeiro/1993
6. Hospital Paulo de Tarso – junho/1993
7. Hospital Alberto Cavalcanti - Início de 1994⁶²

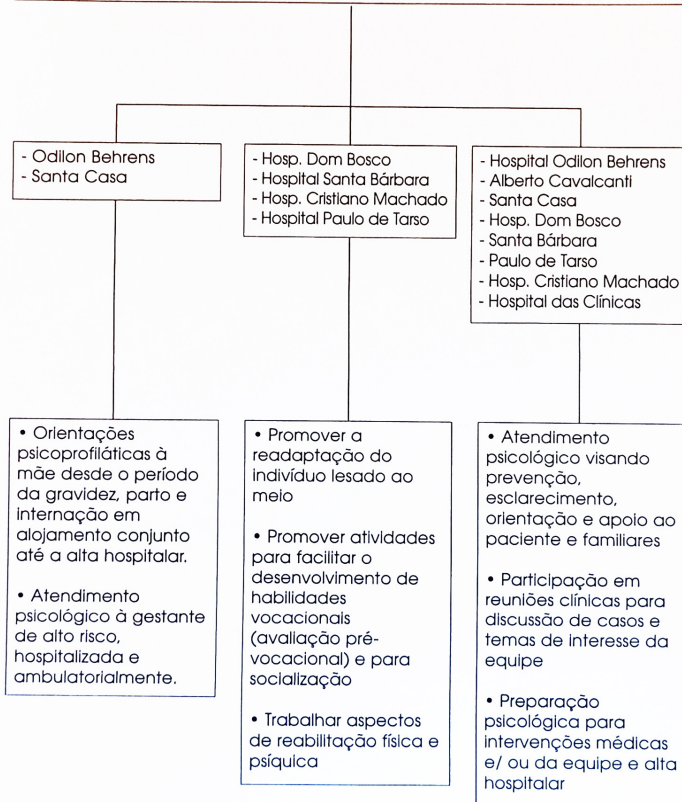
No avançar das discussões estabelecidas nessas reuniões foi elaborado o material que será apresentado a seguir, que fala das atividades desenvolvidas nestes hospitais supracitados, bem como da atuação do psicólogo no contexto hospitalar.

⁶¹ Em 1992 ainda não tínhamos conhecimento do trabalho desenvolvido pelas nossas precursoras desde 1968.

⁶² Segundo Mazarello, o início do trabalho no Hospital Alberto Cavalcanti ocorreu em 1983. O resgate histórico nos possibilitou acessar dados anteriores ao mencionado no Seminário.



ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM HOSPITAL GERAL





ATIVIDADES CIENTÍFICAS

a) Trabalhos em Desenvolvimento

1. Estudo estatístico preliminar para o projeto de pesquisa: “Perfil psicológico do paciente que sofre de cefaleia tensional” - Santa Casa
2. Manual informativo ao paciente cardíaco – Santa Casa
3. Produção de Vídeo: A criança e o hospital – Hospital das Clínicas
4. Estudo do sofrimento da enfermagem pediátrica no HC-UFMG - Ana Maria Baldoni e Adalberto Ferraz
5. Pesquisa: Tumores Cerebrais Anteriores – Santa Casa -Cibely Comarella
6. Formulação preliminar de trabalho de pesquisa da equipe do climatério sobre o tema: “Perfil psicológico da mulher no climatério no ambulatório do HOB”. - Hospital Odilon Behrens - Ana Maria P. B. Magalhães e Eliara T. Froes

b) Trabalhos Realizados

1. Pesquisa: Implicações da Insuficiência Renal Crônica no desenvolvimento psicológico da criança - Hosp. Clínicas - Liliâne Zschaber Corrêa

2. Pesquisa: “O impacto biopsicosocial do diagnóstico e terapêutica do câncer de mama” - Santa Casa
3. Pesquisa: “A Importância do psicólogo no hospital” - Santa Casa
4. Pesquisa: Em busca de uma epistêmé do alimento. A (re) significação da ciência nutrição - Hosp. Clínicas - Alzira Maria de Carvalho Lima e Col
5. Pesquisa: O discurso médico e as três parcas - Hosp. Clínicas - João Batista de Mendonça Filho
6. Paineis: Atenção multidisciplinar à mulher no Climatério – HOB - Ana Maria P. B. Magalhães e Eliara T. Froes
7. Paineis: A psicologia no HOB
8. Trabalho: Programa de Orientação ao Paciente Diabético – HOB
9. Sobre o atendimento psicológico na unidade de internação pediátrica do HCL/UFMG - Adalberto Ferraz de P. Dantas
10. Toque na pele - O eczema infantil – HCL - Cristiane Moraes de Oliveira
11. Perda - Uma condição de vida – HCL - Luciana Medina Ronzani
12. O objeto transacional – HCL - Cláudia Espíndola de Castro Lopes
13. Hermafroditismo – HCL - Márcia de Paula Cruz
14. A “Profilaxia” da castração numa situação hospitalar – HCL - Sônia Ferreira Soares
15. O pequeno viajante – HCL - Zulmary F. Brito
16. Fragmentos de um despertar, em busca de uma identidade – HCL - Maria Beatriz Machado
17. Ordem médica e ordem jurídica; um paralelo possível – HCL - Priscila Ribeiro
18. Estudo de um caso na pediatria do HCL - Maria Helena de Freitas -Lages
19. Produção de Vídeo: “A fábrica do pingolinho” – HCL
20. Produção do Cartilha: Alimentação no tratamento de insuficiência renal crônico – HCL

c) Publicação Científica

1. FERNANDES, Eunice Moreira; SÍRIO, Paulo da Silva; SOUZA, Maria Alice de. O Adolescente e o Morte. In: MAAKAROUN, M.F.; SOUZA, R.P.; CRUZ, A.R. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. (Santa Casa)
2. MIRANDA, Eunice Moreira Fernandes; SILVA, Cibely Ayres; VIEIRA, Adriana Melucci; LESSA, Durciley Veras. O paciente renal crônico e seu tratamento (Manual). Belo Horizonte: Santa Casa, 1991.
3. MIRANDA, Eunice Moreira F.; SILVA, Cibely Ayres; KROLMANN,

Maria Aparecida de Oliveira. Perfil psicológico do paciente renal crônico. J. bras. Nefrol., São Paulo, set. 1993, v. 15, n. 3 (Santa Casa)

4. LIMA, Alzira Maria Carvalho. Da dessacralização à profanação da medicina: a trajetória do diálogo médico-paciente. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte: UFMG, 1989. (Hospital das Clínicas)

d) Cursos

1. Curso-estágio em psicopatologia infanto-juvenil - HCL
2. Curso de especialização em pediatria CEPed. Disciplina: Saúde Mental do Criança (até junho/94) - HCL
3. Seminário sobre a criança terminal para alunos do mestrado de pediatria do UFMG (semestral) – HCL

e) Participação da Psicologia em Núcleos de Ensino

1. Núcleo de Ensino e Pesquisa - Hosp. Cristiano Machado
2. Núcleo de Educação Continuada - HOB

f) Estágio em Psicologia Hospitalar

1. HOB - Alunos da FUMEC
2. HCL - Estágio e proposto de residência em psicologia hospitalar o ser aprovado pelo UFMG
3. Hosp. São Judas Tadeu - Divinópolis - estágio extracurricular
4. Hosp. Santa Mônica - Divinópolis - estágio extracurricular
5. Hosp. São João de Deus - Divinópolis - estágio extracurricular
6. Hosp. João XXIII - Alunos da PUC-Minas

ISBN: 978-65-89729-05-1

CD



9 786589 729051

