

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA HOSPITALAR



Processos Psicossociais e Cuidados Integrados

Aspectos Emocionais da Hospitalização

A hospitalização representa um momento crítico na vida de qualquer pessoa. O adoecimento e a internação desencadeiam uma série de reações emocionais que podem variar conforme a personalidade, a história de vida, o tipo de doença, o suporte familiar e a forma como o indivíduo interpreta a situação. Em Psicologia Hospitalar, compreender os aspectos subjetivos da hospitalização é essencial para oferecer um cuidado humanizado, ético e eficaz. Este texto aborda as vivências emocionais típicas do processo de internação, os quadros mais comuns como ansiedade, depressão e negação, além de estratégias de intervenção voltadas à promoção da saúde mental no ambiente hospitalar.

1. Vivências Subjetivas de Adoecimento e Internação

A internação hospitalar representa uma **quebra na rotina e na autonomia** do sujeito. Ele deixa seu ambiente familiar, sua privacidade, suas relações habituais e passa a depender de normas institucionais, profissionais da saúde e procedimentos muitas vezes invasivos. Esse processo costuma gerar um estado de **vulnerabilidade psíquica**, em que emoções como medo, insegurança, raiva, tristeza e desamparo se tornam frequentes.

Segundo Mello-Filho (1992), o adoecimento, além de biológico, é também uma experiência **psicossocial** que toca profundamente a identidade do sujeito. Muitos pacientes, ao serem hospitalizados, passam a se perceber como frágeis, impotentes ou ameaçados em sua integridade física e simbólica. Essa mudança de papel social – de ativo para passivo, de independente para dependente – pode comprometer o senso de identidade e autoestima.

Além disso, a hospitalização muitas vezes evoca **fantasias inconscientes de punição, abandono ou morte**, principalmente em pessoas que já vivenciaram perdas ou experiências traumáticas. O tempo, que no cotidiano é percebido de forma ativa e produtiva, passa a ser marcado pela espera, incerteza e passividade. O paciente frequentemente se sente fora de seu mundo, à mercê do funcionamento técnico do hospital.

Em casos de internações prolongadas ou repetidas, é comum que o paciente desenvolva **estratégias de defesa psíquica**, como isolamento, racionalização excessiva ou apego aos protocolos médicos. A compreensão desses mecanismos é fundamental para que o psicólogo possa realizar uma escuta acolhedora e oferecer suporte adequado, respeitando os tempos e limites do sujeito.

2. Ansiedade, Depressão e Negação da Doença

Três manifestações emocionais são especialmente frequentes no contexto hospitalar: **ansiedade, depressão e negação da doença**. Embora comuns, essas reações devem ser monitoradas e manejadas com cuidado, pois podem interferir diretamente no prognóstico clínico e na adesão ao tratamento.

a) Ansiedade

A ansiedade hospitalar pode surgir desde o momento do diagnóstico até a alta médica. Os fatores que a desencadeiam incluem:

- Medo de procedimentos médicos;
- Incerteza quanto ao diagnóstico e ao futuro;
- Separação de familiares;
- Dor e desconforto físico;
- Incompreensão sobre a situação clínica.

A ansiedade pode se manifestar por meio de **agitação, insônia, taquicardia, sudorese, irritabilidade e hipervigilância**. Em alguns casos, o paciente demonstra medo de falar com a equipe médica ou evita perguntar sobre seu estado de saúde. O psicólogo deve estar atento a esses sinais e oferecer **espaço de escuta e contenção emocional**, ajudando o paciente a nomear seus sentimentos e a reorganizar cognitivamente sua vivência.

b) Depressão

Em pacientes internados, a depressão pode ser reativa à condição de saúde, ao isolamento, ao afastamento de atividades significativas e à percepção de perda de sentido. Os sintomas incluem **apatia, desesperança, choro frequente, retraimento, perda de apetite e desesperança**.

Em idosos, por exemplo, a hospitalização pode acelerar processos depressivos já existentes, especialmente quando há perda funcional ou ausência de rede de apoio. O psicólogo pode, nesses casos, atuar com **intervenções de suporte, escuta empática, estímulo à expressão emocional e articulação com a equipe médica para avaliação conjunta**.

É importante destacar que, embora o estado emocional possa ser considerado uma reação esperada ao adoecimento, quando persistente e intenso, exige **intervenção clínica mais estruturada**, inclusive com encaminhamento a serviços especializados.

c) Negação da Doença

A negação é um **mecanismo de defesa psíquico** comum frente a diagnósticos ameaçadores, como câncer, insuficiência cardíaca grave, HIV ou doenças neurodegenerativas. Em muitos casos, a negação atua como proteção contra o sofrimento psíquico, permitindo que o paciente mantenha algum grau de funcionamento diante da crise.

Contudo, a negação pode se tornar patológica quando impede o início ou a continuidade do tratamento. O paciente pode recusar exames, abandonar o cuidado médico ou minimizar sintomas importantes. Nesses casos, o papel do psicólogo é **avaliar o grau de consciência do paciente, compreender os motivos da recusa e, com delicadeza, buscar formas de ampliar a compreensão do sujeito sobre sua condição**, sempre respeitando sua autonomia e tempo de elaboração.

3. Intervenções para Promoção da Saúde Mental

A promoção da saúde mental no ambiente hospitalar envolve um conjunto de ações preventivas, educativas e terapêuticas que visam preservar o bem-estar psíquico do paciente, mesmo diante da doença. A atuação do psicólogo deve ser pautada na escuta ética, na empatia e na compreensão da subjetividade do paciente.

Algumas estratégias eficazes incluem:

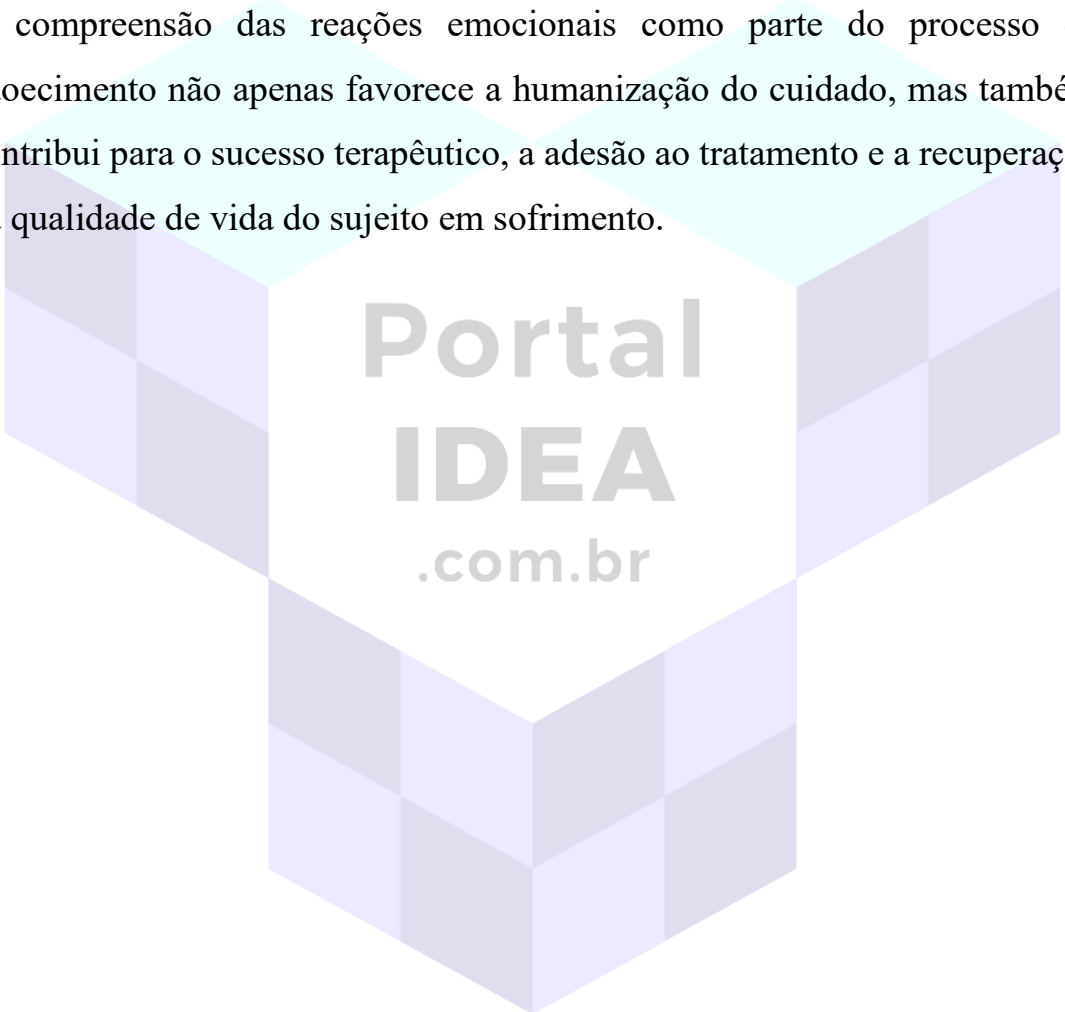
- **Escuta qualificada e acolhimento:** o simples ato de ouvir com atenção e sem julgamentos já representa uma forma poderosa de cuidado emocional.
- **Educação em saúde mental:** ajudar o paciente a entender que suas reações emocionais são legítimas e fazem parte do processo de enfrentamento da doença.
- **Promoção da autonomia:** sempre que possível, estimular o paciente a tomar decisões sobre seu tratamento, participar de sua rotina hospitalar e manter vínculos afetivos externos.
- **Intervenções breves e focadas:** conversas terapêuticas, técnicas de respiração, reestruturação cognitiva ou uso de recursos simbólicos podem ajudar na reorganização emocional.
- **Articulação com a equipe multidisciplinar:** compartilhar informações relevantes (com consentimento) sobre o estado emocional do paciente contribui para um cuidado mais integrado.
- **Apoio à espiritualidade e à religiosidade:** respeitar e apoiar práticas que dão sentido à experiência do paciente pode ser fundamental para sua resiliência emocional.

O trabalho do psicólogo deve respeitar os tempos e as defesas do paciente, evitando interpretações precipitadas e intervenções invasivas. O foco está em favorecer **condições internas para que o paciente enfrente o processo de adoecimento com maior equilíbrio emocional**, mesmo em contextos de dor e incerteza.

Considerações Finais

Os aspectos emocionais da hospitalização são complexos, profundos e, muitas vezes, invisibilizados pelos protocolos biomédicos. Cabe ao psicólogo hospitalar atuar como guardião da escuta, da subjetividade e da dignidade do paciente, promovendo espaços onde a dor possa ser compartilhada, a angústia reconhecida e o sofrimento ressignificado.

A compreensão das reações emocionais como parte do processo de adoecimento não apenas favorece a humanização do cuidado, mas também contribui para o sucesso terapêutico, a adesão ao tratamento e a recuperação da qualidade de vida do sujeito em sofrimento.

The logo is a large, light blue hexagon with a 3D effect, composed of several smaller, slightly offset hexagonal facets. In the center of this hexagon, the text "Portal" is written in a large, bold, sans-serif font. Below it, the word "IDEA" is written in a larger, bold, sans-serif font. At the bottom, ".com.br" is written in a smaller, sans-serif font. The entire logo is centered on the page.

Portal
IDEA
.com.br

Referências Bibliográficas

- Angerami-Camon, V. A. (2002). *Psicologia hospitalar: o psicólogo e o doente em hospital geral*. Pioneira.
- Bossa, N. A. (2011). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. Artmed.
- Yates, A. (2001). *A Psicologia da Saúde: Intervenções no Hospital Geral*. Loyola.
- Mello-Filho, J. (1992). *A relação médico-paciente: uma abordagem psicossomática*. Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Resolução CFP nº 010/2005.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. OMS.

Portal
IDEA
.com.br

Comunicação de Diagnósticos e Suporte ao Luto

A hospitalização e o adoecimento, sobretudo em situações de gravidade ou terminalidade, colocam os profissionais de saúde diante do desafio de lidar com emoções intensas, dilemas éticos e questões existenciais profundas. A comunicação de diagnósticos graves e o acompanhamento de pacientes terminais exigem do psicólogo hospitalar não apenas conhecimento técnico, mas também sensibilidade, empatia e postura ética. Da mesma forma, o apoio psicológico ao luto representa um componente essencial do cuidado humanizado, contribuindo para que pacientes, familiares e até mesmo profissionais da saúde possam elaborar a dor da perda. Este texto aborda os aspectos fundamentais da comunicação de más notícias, o acompanhamento de pacientes terminais e o suporte ao luto no contexto hospitalar.

1. Comunicação de Más Notícias

A comunicação de um diagnóstico grave ou terminal é um dos momentos mais delicados do atendimento em saúde. Envolve o confronto do paciente com a realidade da doença, a perda da expectativa de cura ou a confirmação de limitações permanentes. A forma como essa notícia é transmitida pode impactar significativamente a forma como o paciente e seus familiares enfrentam a situação.

Embora a responsabilidade formal pela comunicação do diagnóstico seja do médico, o psicólogo desempenha um papel essencial na **preparação, apoio emocional e contenção psíquica** dos envolvidos. Ele pode auxiliar a equipe a refletir sobre a melhor abordagem, acompanhar a conversa e, principalmente, acolher as reações emocionais que surgem após o recebimento da notícia.

Modelos como o protocolo SPIKES, proposto por Baile et al. (2000), oferecem diretrizes para a comunicação eficaz de más notícias:

- **S** – Setting: preparar o ambiente;
- **P** – Perception: explorar a percepção do paciente sobre sua condição;
- **I** – Invitation: verificar quanto ele deseja saber;
- **K** – Knowledge: oferecer informações claras e graduais;
- **E** – Emotions: acolher as emoções com empatia;
- **S** – Strategy and Summary: elaborar um plano conjunto.

O psicólogo deve estar atento à **reação emocional imediata** do paciente (choque, negação, raiva, desorganização) e oferecer **escuta empática e acolhimento incondicional**, sem tentar corrigir ou silenciar o sofrimento. Nesses momentos, o cuidado está menos em “dizer algo certo” e mais em **estar presente com respeito e compaixão**.

Além disso, é importante considerar aspectos culturais, espirituais e subjetivos no processo comunicativo. Cada paciente tem sua forma própria de lidar com a dor, o medo e a morte, e a comunicação deve ser sensível a essas diferenças.

2. Acompanhamento de Pacientes Terminais

O acompanhamento psicológico de pacientes em fase terminal é uma das práticas mais delicadas e humanizadoras da Psicologia Hospitalar. Trata-se de oferecer **suporte emocional, escuta ativa, presença afetiva e acolhimento das angústias existenciais** de quem se encontra diante da finitude.

A terminalidade não se resume à proximidade da morte, mas implica uma série de vivências: perdas funcionais, afastamento de projetos, ruptura de vínculos sociais, dor crônica e confronto com o desconhecido. Nesse contexto, o psicólogo atua promovendo o conforto psíquico, auxiliando na expressão de desejos, favorecendo reconciliações e ajudando o paciente a manter, até o fim, sua dignidade e subjetividade.

O cuidado paliativo, tal como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), busca **aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças graves e incuráveis**. O psicólogo, inserido nesse modelo, contribui para:

- Acolher o medo da morte, da dor, do abandono e do esquecimento;
- Trabalhar questões de espiritualidade e legado;
- Facilitar despedidas e conversas significativas com familiares;
- Validar o sofrimento sem patologizá-lo;
- Oferecer suporte às decisões sobre o processo de morrer.

Importante ressaltar que nem todo paciente em fase terminal deseja ou está pronto para falar sobre a morte. O psicólogo deve respeitar o tempo e o desejo do sujeito, sem forçá-lo a elaborar aquilo para o qual ainda não possui recursos psíquicos. Em muitos casos, a simples **presença silenciosa e respeitosa** é a forma mais potente de cuidado.

3. Apoio Psicológico no Processo de Luto e Perda

O luto é uma reação natural diante da perda de alguém significativo. Embora seja uma vivência universal, sua manifestação é subjetiva, variando conforme o vínculo com o falecido, a forma da perda, os recursos emocionais e o contexto sociocultural.

No ambiente hospitalar, o luto pode surgir de forma súbita, inesperada e traumática, como em mortes por acidentes, agravamentos rápidos ou situações de alta complexidade.

O **psicólogo hospitalar** pode atuar tanto no **luto antecipatório** – quando há a consciência da morte iminente – quanto no **luto imediato**, logo após o falecimento. Suas funções incluem:

- **Oferecer acolhimento emocional aos familiares**, respeitando o tempo e a forma de cada um expressar sua dor;
- **Validar sentimentos como tristeza, raiva, culpa, alívio ou confusão**, comuns no luto agudo;
- **Ajudar na comunicação entre equipe e família**, especialmente em casos de morte repentina ou conflitos familiares;
- **Contribuir para a elaboração do ritual de despedida**, quando possível, respeitando as crenças e valores da família.

O luto não é uma doença e, na maioria dos casos, se resolve com o tempo e com o apoio social e familiar. No entanto, em algumas situações, o sofrimento se intensifica e se prolonga, caracterizando o chamado **luto complicado**. O psicólogo deve estar atento a sinais como isolamento extremo, ideação suicida, recusa persistente da perda ou sintomas depressivos intensos, e realizar os encaminhamentos necessários para cuidado especializado.

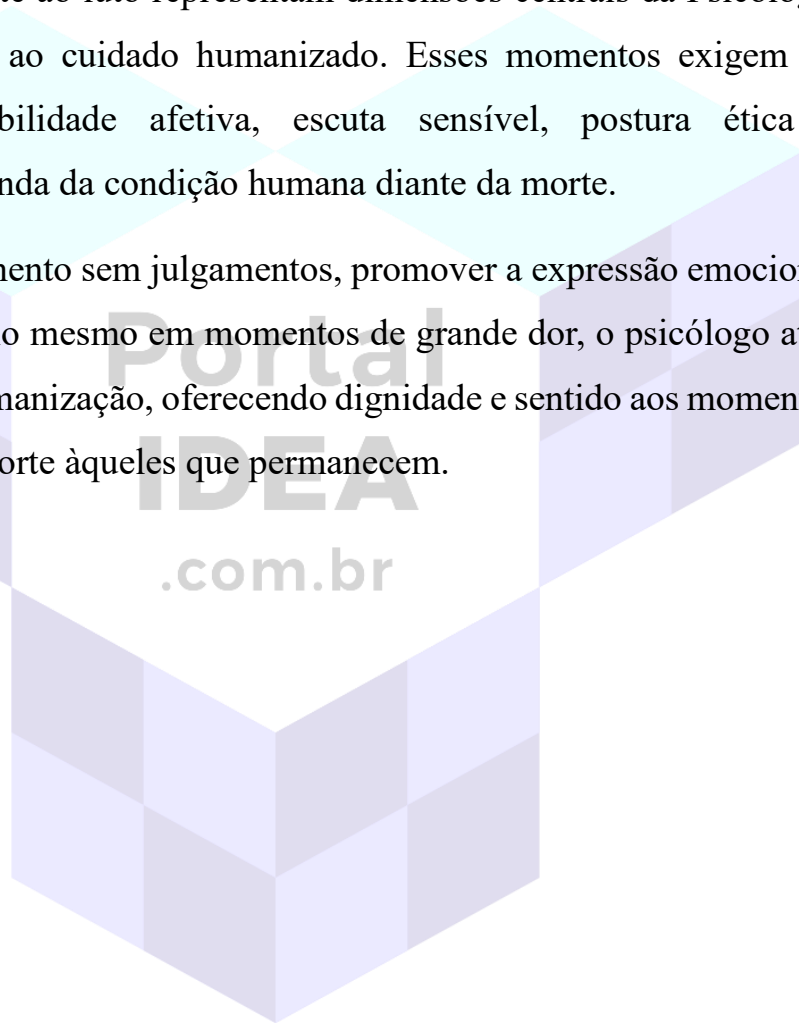
Além do apoio aos familiares, o psicólogo pode atuar junto à equipe de saúde, que também vive o impacto das perdas. Profissionais que acompanham pacientes por longos períodos ou que atuam em ambientes de alta mortalidade podem desenvolver sofrimento emocional, burnout ou insensibilização afetiva.

O psicólogo pode oferecer **espaços de escuta, supervisão e reflexão institucional**, favorecendo o cuidado também de quem cuida.

Considerações Finais

A comunicação de diagnósticos graves, o acompanhamento de pacientes terminais e o suporte ao luto representam dimensões centrais da Psicologia Hospitalar voltada ao cuidado humanizado. Esses momentos exigem do psicólogo disponibilidade afetiva, escuta sensível, postura ética e compreensão profunda da condição humana diante da morte.

Ao acolher o sofrimento sem julgamentos, promover a expressão emocional e sustentar o vínculo mesmo em momentos de grande dor, o psicólogo atua como agente de humanização, oferecendo dignidade e sentido aos momentos finais da vida e suporte àqueles que permanecem.



Referências Bibliográficas

- Angerami-Camon, V. A. (2002). *Psicologia hospitalar: o psicólogo e o doente em hospital geral*. Pioneira.
- Bossa, N. A. (2011). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. Artmed.
- Mello-Filho, J. (1992). *A relação médico-paciente: uma abordagem psicossomática*. Artes Médicas.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Cuidados paliativos: Diretrizes para cuidados paliativos em doenças avançadas*. Genebra.
- Worden, J. W. (1997). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Artmed.

Psicologia Hospitalar e Humanização da Saúde

A humanização da saúde é um princípio orientador das práticas em saúde no Brasil, especialmente após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Humanização (PNH). No contexto hospitalar, a Psicologia desempenha papel fundamental nesse processo, atuando como ponte entre o sofrimento subjetivo e as estruturas institucionais de cuidado. A escuta qualificada, o reconhecimento da singularidade do sujeito e a valorização da subjetividade são marcas da atuação psicológica comprometida com a ética, a empatia e a inclusão. Este texto discute a relação entre Psicologia Hospitalar e humanização, com base na PNH, no papel do psicólogo como agente de escuta e nas reflexões sobre empatia e subjetividade no cuidado em saúde.

1. Política Nacional de Humanização (PNH)

A **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH)**, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, propõe diretrizes para transformar as práticas de saúde por meio de uma abordagem centrada no sujeito e na valorização dos vínculos humanos. A PNH estabelece que a humanização não é um “complemento” da técnica, mas um **modo ético-político de produzir cuidado**, que reconhece a complexidade da vida e a necessidade de diálogo entre saberes.

Entre os seus princípios centrais, destacam-se:

- **Acolhimento com escuta qualificada;**
- **Vínculo entre trabalhadores e usuários;**

- **Fortalecimento do protagonismo dos sujeitos envolvidos no cuidado;**
- **Valorização do trabalho em equipe interdisciplinar;**
- **Compromisso com a autonomia, a dignidade e a corresponsabilidade.**

No ambiente hospitalar, a PNH rompe com a lógica puramente tecnicista e propõe que os profissionais de saúde atuem considerando não apenas a doença, mas também **o sujeito doente**, com suas dores, histórias, medos e afetos. A presença do psicólogo nesse cenário é estratégica, pois sua prática já se organiza em torno da escuta, do acolhimento e do reconhecimento da singularidade do paciente.

A psicologia contribui diretamente para os objetivos da PNH ao promover **um cuidado que vai além da intervenção clínica**, incluindo também aspectos emocionais, relacionais, comunicacionais e existenciais do processo saúde-doença.

2. Psicologia como Agente de Escuta e Inclusão

O psicólogo hospitalar é, por excelência, **um profissional da escuta**. Sua função vai além da interpretação técnica do sofrimento: ele oferece **um espaço simbólico** onde o paciente pode expressar suas angústias, dúvidas, medos e desejos. Em um ambiente muitas vezes impessoal, hierarquizado e fragmentado como o hospital, o psicólogo atua como **agente de inclusão subjetiva**, resgatando a humanidade dos sujeitos envolvidos no cuidado.

Essa escuta qualificada envolve:

- **Atenção plena** ao que é dito e ao que é silenciado;

- **Postura não julgadora**, respeitando crenças, emoções e narrativas individuais;
- **Empatia ativa**, colocando-se no lugar do outro sem perder a perspectiva profissional;
- **Valorização da história de vida e da rede de relações do paciente.**

Além dos pacientes, o psicólogo escuta e inclui **familiares e equipes de saúde**, reconhecendo o sofrimento compartilhado e os impactos emocionais do processo hospitalar. A humanização promovida pela psicologia não se restringe ao usuário do sistema, mas se estende a todos os que participam do cuidado.

Ao lidar com situações como hospitalização prolongada, diagnóstico grave, terminalidade ou luto, o psicólogo oferece **uma escuta que acolhe o sofrimento e legitima a dor**, sem patologizá-la, mas compreendendo-a como parte da experiência humana.

O compromisso com a **inclusão** também se manifesta na atuação com populações vulneráveis (pessoas com deficiência, idosos, minorias étnicas, pacientes com transtornos mentais), garantindo que o cuidado seja ético, equitativo e centrado na dignidade do sujeito.

3. Reflexões sobre Empatia, Cuidado e Subjetividade

A humanização da saúde exige um olhar que ultrapasse os protocolos e atinja a essência das relações humanas: a capacidade de **reconhecer o outro como sujeito**. Nesse sentido, a psicologia oferece uma importante contribuição ao promover o cuidado com base na **empatia**, no respeito à **subjetividade** e na valorização da **escuta como prática clínica e política**.

a) Empatia

A empatia é mais do que compreender racionalmente o que o outro sente. Trata-se de uma disposição interna de se afetar pela dor do outro, sem se confundir com ela, mantendo o olhar clínico e o acolhimento afetivo. O psicólogo precisa desenvolver empatia sem paternalismo, ou seja, respeitando a autonomia e os recursos internos de quem sofre.

Como aponta Boff (1999), “**cuidar é mais que um ato, é uma atitude**”, que implica comprometimento, presença e escuta do que o outro comunica com palavras e com silêncios. A empatia é, portanto, a base da construção do vínculo terapêutico e do reconhecimento da dor alheia como legítima.

b) Cuidado

Cuidar não é apenas aplicar técnicas ou administrar recursos terapêuticos. É criar **um espaço de encontro**, onde o paciente possa ser mais do que um corpo adoecido: possa ser um sujeito com história, desejos e medos. A psicologia ensina que o cuidado precisa considerar o contexto social, afetivo e simbólico do adoecimento.

Nesse sentido, o cuidado psicológico é inseparável da ética. A escuta do sofrimento exige respeito, sigilo, responsabilidade e um compromisso genuíno com a vida e a dignidade do outro.

c) Subjetividade

A subjetividade é o que torna cada ser humano único em sua forma de adoecer, sofrer, resistir e enfrentar o tratamento. Enquanto a medicina muitas vezes opera com o padrão e a estatística, a psicologia trabalha com o **singular e o simbólico**. Assim, o psicólogo tem a função de **reintroduzir a subjetividade** nos processos de cuidado, dando voz à experiência do paciente e possibilitando que ele participe ativamente de sua trajetória de saúde.

Esse olhar para o sujeito é também uma forma de resistência à desumanização dos sistemas de saúde, que, pressionados por demandas burocráticas e financeiras, tendem a reduzir o paciente a um número de prontuário. A psicologia afirma, nesse cenário, a potência da escuta e da relação como instrumentos terapêuticos fundamentais.

Considerações Finais

A Psicologia Hospitalar é um campo de atuação que se alinha diretamente aos princípios da humanização da saúde. Sua contribuição está na escuta ética, na valorização da subjetividade, no acolhimento das emoções e no compromisso com o cuidado integral. Por meio de sua prática, o psicólogo promove um encontro humano em meio à técnica, resgatando a dignidade e a presença do sujeito no processo de adoecimento e recuperação.

A Política Nacional de Humanização reforça esse papel, ao propor a corresponsabilidade entre profissionais e usuários, o diálogo entre saberes e a produção de vínculos no cuidado. Cabe à psicologia sustentar essa proposta, reafirmando que cuidar é, antes de tudo, **reconhecer o outro como legítimo em sua dor, sua história e sua busca por sentido.**

Referências Bibliográficas

- Angerami-Camon, V. A. (2002). *Psicologia hospitalar: o psicólogo e o doente em hospital geral*. Pioneira.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Vozes.
- Bossa, N. A. (2011). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Brasília: MS.
- Mello-Filho, J. (1992). *A relação médico-paciente: uma abordagem psicossomática*. Artes Médicas.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Resolução CFP nº 010/2005.