

Atuação da psicóloga hospitalar na perspectiva da abordagem centrada na pessoa

The hospital psychologist performance from the perspective of the Person-Centered Approach

La psicología hospitalaria desde la perspectiva del Enfoque Centrado en la Persona

Recebido: 25/08/2022 | Aceito: 22/01/2023 | Publicado: 30/03/2023

Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

ORCID: <https://orcid.org/0000xxxxxxxxxx>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: andrea.andrade@ufc.br

Rafaela Firmino Leite

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8746-9172>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: rafaela.firmino@alu.ufc.br

Pedro Cavalcante Lessa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8562-2559>
Universidade Federal do Ceará, Brasil
E-mail: pedrolscavalcante@alu.ufc.br

Resumo

A Abordagem Centrada na Pessoa possibilita uma visão compreensiva do processo saúde-doença-cuidado, baseada no referencial interno do cliente, de modo que a psicóloga hospitalar centre suas intervenções na experiência imediata do paciente e família. Esse estudo objetivou analisar a atuação da psicóloga hospitalar centrada na pessoa, mediante o método da pesquisa bibliográfica e uso de técnicas de leitura. Os resultados foram apresentados em três eixos temáticos: 1. Diagnósticos médico e psicológico no hospital geral; 2. Experiências de adoecimento no contexto hospitalar; 3. Experiências de hospitalização e tratamento. As perdas impostas pela doença e os efeitos do diagnóstico podem desencadear tensões entre organismo-ambiente, afetar a dinâmica da personalidade e gerar incongruência. Acredita-se que o enfoque na experiência do paciente, nas potencialidades e nas atitudes do terapeuta podem facilitar a simbolização consciente da vivência hospitalar e fomentar práticas mais humanizadas no âmbito da saúde.

Palavras-chave: Terapia Centrada no Cliente; Psicologia Hospitalar; Hospitalização; Tratamento.

Abstract

The Person-Centered Approach enables a comprehensive view of the health-disease-care process, based on the client's internal referential, so that the hospital psychologist focuses his interventions on the immediate experience of the patient and family. This study aimed to analyze the practice of the person-centered psychologist in the hospital environment through the method of bibliographic research and the use of reading techniques. The results were presented in three themes: 1. Medical and psychological diagnoses in the hospital; 2. Experiences of illness in the hospital; 3. Experiences related to hospitalization and treatment. The losses imposed by the disease and the effects of the diagnosis can trigger tensions between organism-environment, affect personality dynamics and generate incongruity. The focus on the patient's experience, on potential and on the therapist's attitudes can facilitate the conscious symbolization of the hospital experience and enhance more humanized practices in the health field.

Keywords: Client Centered Therapy; Hospital Psychology; Hospitalization; Treatment.

Resumen

El Enfoque Centrado en la Persona possibilita una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención, a partir del marco interno del cliente, de manera que el psicólogo hospitalario focaliza sus intervenciones en la experiencia inmediata del paciente y su familia. El objetivo fue analizar la actuación del psicólogo hospitalario centrado en la

persona, a través del método de investigación bibliográfica. Los resultados fueron presentados en tres temas: 1. Diagnósticos médicos y psicológicos en el hospital; 2. Experiencias de enfermedad en el hospital; 3. Experiencias de hospitalización y tratamiento. Las pérdidas impuestas por la enfermedad y los efectos del diagnóstico pueden desencadenar tensiones organismo-ambiente, afectar dinámicas de personalidad y generar incongruencia. El enfoque en la experiencia del paciente, en las potencialidades y actitudes del terapeuta puede facilitar la simbolización consciente de la experiencia hospitalaria y promover prácticas más humanizadas en el campo de la salud.

Palabras clave: Terapia Centrada en el Cliente; Psicología Hospitalaria; Hospitalización; Tratamiento.

Introdução

A Psicologia da Saúde, no contexto hospitalar, visa promover apoio psicológico ao indivíduo frente à experiência de adoecimento, mediante manejo de reações psíquicas e comportamentais desencadeadas ou agravadas pela doença, tratamento e hospitalização, incluindo a atuação multiprofissional e o cuidado à família. Trata-se de um fazer que focaliza os aspectos psicológicos em torno do adoecimento e facilita a elaboração das perdas impostas pela doença (Simonetti, 2018).

Embora Carl Rogers não tenha desenvolvido uma teoria aplicada ao setting terapêutico hospitalar, a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) possibilita uma visão compreensiva do processo saúde-doença, baseada no referencial interno do cliente, de modo que a psicóloga hospitalar centre suas intervenções na experiência imediata do paciente e da família, considerando a dinâmica da personalidade e potencialidades. Para Rogers, a saúde psicológica está relacionada à capacidade de autorregulação, à autodeterminação, ao constructo de um self realista e à abertura para simbolizar acuradamente as experiências (Rogers & Kinget, 1962/1977; Rogers, 1951/1992).

A hegemonia do modelo biomédico, ainda presente no hospital geral, tende a priorizar a intervenção do profissional de saúde na doença e no diagnóstico (Ribeiro & Amaral, 2008), e não na pessoa que experiencia o adoecimento e que lança significados à doença. Nesse sentido, a ACP permite uma escuta interessada na significação pessoal, nas emoções emergentes, na apreciação de si e nas necessidades atuais, respeitando o ritmo do paciente frente aos mecanismos de defesa (Rogers & Kinget, 1962/1977) e aos ganhos secundários da doença, comuns no âmbito hospitalar.

Portanto, a psicóloga hospitalar humanista pode desenvolver atitudes facilitadoras para favorecer a simbolização consciente da experiência de adoecimento (Rogers, 1951/1992; Rogers, 1961/2009), considerando os aspectos psicológicos que orbitam em torno do diagnóstico médico, do quadro clínico orgânico, dos eventuais procedimentos invasivos, do uso medicamentoso e da possível ambiência iatrogênica do setor hospitalar (Simonetti, 2018).

De acordo com pesquisas sobre os efeitos da psicoterapia centrada na pessoa, entre 5 a 10 sessões ocorrem mudanças de reorganização de personalidade e de comportamento, podendo apresentar muita melhora em 67% dos casos e apresentar alguma melhora em 31% dos casos (Rogers, 1951/1992). Apesar da potência da ACP e da sua possível aplicação no contexto hospitalar (Castelo Branco, Souza, & Prates, 2021), há pouca produção nacional sobre o tema.

Após breve levantamento bibliográfico no MEDLINE, SCIELO, PEPISIC, LILACS e o portal de periódico CAPES, através dos descritores “Terapia Centrada no Cliente” OR “Carl Rogers” OR “Psicologia Humanista” AND “Hospital”, notou-se a escassez de estudos que se voltam para a atuação da psicóloga humanista no hospital

geral, totalizando apenas 4 estudos (Perches & Cury, 2013; Faria & Rocha, 2012; Pereira & Calhao, 2019; Castelo Branco et al., 2021).

Nesse panorama, buscou-se acrescentar outras obras ao estudo (incluindo artigos internacionais), articulando os conceitos e aplicações da psicologia hospitalar e da ACP, de modo a responder a seguinte pergunta-problema: Como se dá a prática da psicóloga hospitalar na perspectiva da ACP? Parte-se da hipótese de que a pesquisa bibliográfica e o uso de técnicas de leitura permitem estabelecer interfaces entre a área da psicologia da saúde no âmbito hospitalar e a ACP, ainda que o material identificado não aborde simultaneamente a área e a abordagem.

Com isso, o presente artigo objetiva analisar, de forma crítica e reflexiva, a atuação da psicóloga hospitalar na perspectiva da ACP. Como justificativa institucional, espera-se que os resultados do estudo possam subsidiar a prática de psicólogos humanistas que atuam nesse contexto e favorecer o aprimoramento de suas intervenções psicológicas. Acrescenta-se que essa pesquisa contribuirá para o avanço da ACP no campo da saúde, trazendo uma relevância científica para a referida abordagem.

Metodologia

Realizou-se uma Pesquisa Bibliográfica de cunho qualitativo para possibilitar amplo alcance de informações e permitir a utilização de dados dispersos, auxiliando na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (Lima & Mito, 2007).

Além da busca nas principais bases de dados virtuais retrocitadas, utilizou-se como parâmetro de fontes os livros de Carl Rogers, revistas nacionais especializadas em Psicologia Humanista (Revista do Nufen e “Revista da Abordagem Gestáltica) e em Psicologia Hospitalar (Revista da SBPH e Psicologia Hospitalar), capítulos de livro sobre psicologia hospitalar e ACP, bem como as produções sobre temas relacionados ao âmbito hospitalar nos periódicos internacionais intitulados *Journal of Humanistic Psychology* e *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, cujo escopo abrange estudos em ACP. Ainda que Carl Rogers não tenha desenvolvido uma teoria aplicada ao ambiente hospitalar, suas principais noções teóricas sobre psicoterapia podem ser refletidas nesse contexto, uma vez que a psicoterapia (breve) é uma das principais ações da psicologia hospitalar.

Utilizou-se sucessivas técnicas de leitura (leitura exploratória, leitura seletiva, leitura reflexiva e leitura interpretativa), como estratégias de pesquisa, para o reconhecimento e identificação do material bibliográfico, ampliação do conhecimento sobre o tema, seleção de informações relevantes que estavam diretamente relacionadas à atuação da psicóloga humanista no contexto hospitalar, bem como o processo de análise crítica-interpretativa. Nessa última fase, os pesquisadores realizaram um estudo crítico do material bibliográfico e uma leitura compreensiva das afirmações dos autores, buscando responder ao objetivo da pesquisa através de uma interrelação entre as diferentes obras. Trata-se de um momento de associação de ideias, transferência de situações, liberdade de pensamento e possibilidade de criar. (Lima & Mito, 2007).

O parâmetro temático utilizado foi baseado nos seguintes descritores: terapia centrada no cliente, humanismo, Carl Rogers, psicologia humanista, ACP, hospital, saúde, e medicina centrada na pessoa. Ampliou-se a quantidade de descritores para aumentar o tamanho da amostra de material bibliográfico, sobretudo do

âmbito internacional. O parâmetro linguístico restringiu-se às publicações em português e inglês. O parâmetro cronológico integrou todas as produções desenvolvidas até o ano de 2022, tendo em vista a pouca quantidade de estudos existentes sobre o tema.

As técnicas de leitura e os parâmetros utilizados permitiram a seleção final de 17 referências (artigos, livros e capítulos de livro) que foram analisadas para aprofundar a interface entre a psicologia hospitalar e a ACP. As categorias desse estudo foram definidas a priori, a saber: 1. Diagnósticos médico e psicológico no hospital geral; 2. Experiências de adoecimento no contexto hospitalar; 3. Experiências de hospitalização e tratamento.

Resultados e Discussão

Diagnósticos médico e diagnóstico psicológico no hospital geral

O estabelecimento do diagnóstico médico no âmbito hospitalar tem-se mostrado indispensável para o tratamento das doenças orgânicas e físicas, porém o modo como hegemonicamente tem sido operacionalizado na discursividade biomédica, gera práticas verticalizadas, fragmentadas, descontextualizadas, desumanizadas e excessivamente centradas na doença (Ayres, 2007). A medicina centrada na pessoa, por sua vez, busca superar a ênfase no raciocínio causal-controlista e reposicionar as relações de poder entre os profissionais de saúde e os pacientes no processo do cuidado, considerando a experiência vivida de adoecimento na realização do diagnóstico médico (Stewart et al., 2017).

Assim, o diagnóstico para a medicina centrada na pessoa deve emergir tanto dos saberes científicos dos profissionais de saúde, quanto do conhecimento do próprio paciente, de como ele percebe sua experiência de adoecimento, quais seus sentimentos, pensamentos e expectativas. Deve-se buscar a compreensão de saúde de ambos os atores sociais para entender o que é estar saudável e estar doente, mediante encontro intersubjetivo pautado na autonomia e responsabilidade mútuas (Stewart et al., 2017). Trata-se de escolher, a partir das possibilidades existentes, quais fins aspirar e quais meios eleger através dessa construção compartilhada entre profissionais e pacientes (Ayres, 2007).

Tais informações podem ser úteis para que a psicóloga humanista possa compreender o grau de entendimento do paciente sobre o seu quadro clínico e prognóstico, visto que pode revelar dificuldades comunicacionais e relacionais com equipe, bem como possível negação ou distorção da experiência. Além disso, a cronicidade da doença e o longo período de internação ou a brevidade da hospitalização diante de uma doença aguda situam temporalmente a psicóloga no plano de cuidado, nas possíveis etapas do processo terapêutico que poderão ser alcançadas e nas estratégias interventivas mais adequadas.

O método clínico da medicina centrada na pessoa, portanto, se estrutura em seis componentes que se complementam entre si: a) explorar a doença e a experiência da pessoa com a doença, no qual se avalia a história, exame físico, exames complementares, e a dimensão da doença (sentimentos, ideias, efeitos sobre a funcionalidade e expectativas); b) entender a pessoa como um todo, considerando sua história de vida, aspectos pessoais e de desenvolvimento, contexto próximo (família, comunidade, emprego e suporte social) e contexto amplo (sociocultural); c) elaborar um projeto comum de cuidado, onde se avalia os problemas e prioridades, estabelece objetivos de cuidado e do manejo, bem como avalia e estabelece os papéis da pessoa e do profissional de saúde; d) incorporar a prevenção e a promoção de saúde (melhorias de saúde, evitar ou reduzir riscos, identificar precocemente os riscos ou doenças e reduzir complicações); e) fortalecer o vínculo e a relação horizontal médico-

pessoa; f) ser realista, ou seja, considerar o tempo e o uso adequado de recursos disponíveis mediante trabalho em equipe. (Stewart et al., 2017).

Nesse sentido, o diagnóstico médico na perspectiva da ACP reconhece a vivência singular de cada pessoa com a doença na sua complexa interação junto à vivência corporal e ao ambiente. As expressões de sentimentos, as preocupações pessoais e comportamentos são importantes para compreender eventuais fantasias ou medos relacionados ao diagnóstico, possíveis ganhos secundários da doença, aspectos de vulnerabilidade e expectativas que podem ou não dificultar adesão ao processo de cuidado. Acrescenta-se que características do self podem ser consideradas, pois se articulam com os estágios do ciclo de vida e com os papéis desempenhados, revelando também valores e conceitos sobre a própria pessoa e seus modos de funcionamento que interferem diretamente no enfrentamento da doença. Além disso, busca-se uma tomada de consciência dos aspectos que ameaçam a saúde e a identificação das potencialidades. Tais elementos caracterizam uma medicina centrada na pessoa. (Stewart et al., 2017; Ribeiro & Amaral, 2008).

Apesar das contribuições da ACP para superar o paradigma biomédico, a atual prática médica no contexto hospitalar ainda produz iatrogenia e sofrimento psíquico decorrente do modo como a equipe elabora o diagnóstico médico e comunica a notícia junto ao paciente e à família. Nesse contexto, a psicóloga humanista pode mediar a interação e a comunicação entre a equipe e o paciente/família, de modo a catalisar relações dialógicas e empáticas nos processos de cuidado (Calsavara, Scorsolini-Comin, & Corsi 2019), incluindo nas práticas avaliativas e na elaboração de diagnósticos que historicamente são atravessados por estigmas, como o diagnóstico de câncer, transtornos mentais, HIV ou doenças que indicam necessidade de amputação, por exemplo. É necessário ainda uma atuação crítica na psicologia humanista no âmbito hospitalar, uma vez que marcadores sociais de gênero, raça e classe social podem ser negligenciados na compreensão da experiência de adoecimento e na construção do diagnóstico médico.

Quando o diagnóstico médico já está estabelecido, é necessário que a psicóloga hospitalar conheça os aspectos básicos da situação clínica do paciente, o nome da doença que motivou a internação e os aspectos emocionais envolvidos, sua condição crônica ou aguda, os principais sintomas, a terapêutica proposta e sua adesão, a medicação utilizada e seus eventuais efeitos comportamentais, o prognóstico (favorável, preservado ou fechado), o risco de contágio e medidas de proteção, e as comorbidades associadas (Simonetti, 2018).

Destaca-se que o conhecimento sobre os sintomas da doença e os efeitos medicamentosos evitam que o terapeuta incorra em alguma elucidação (modalidade de resposta-reflexo) equivocada, baseada em supostas incongruências ou somatizações inexistentes. A leitura de prontuário e a discussão dos casos junto à equipe multiprofissional podem facilitar uma compreensão integral da experiência de adoecimento (Simonetti, 2013). É importante mencionar que os dados sobre o risco de contágio possibilitam que a psicóloga proteja o paciente imunodeprimido ou evite transmissão da doença através das medidas de biossegurança, denotando uma forma de autocuidado e de cuidado com o outro. Não obstante a isso, o tipo de isolamento de contato estabelecido pode desencadear uma experiência de aprisionamento, abandono, solidão ou estigma que precisa ser compreendido na sua singularidade (Duarte, Fernandes, Freitas, & Monteiro, 2015).

Apesar das necessárias reflexões sobre o diagnóstico médico no contexto hospitalar, seus diversos modos de elaboração e suas implicações na prática da psicologia, ainda é consenso sua importância para planejamento e desenvolvimento de ações médicas. No entanto, a utilização do diagnóstico psicológico no âmbito da psicoterapia é controversa. Ainda que alguns psicólogos e psiquiatras considerem importante a realização do diagnóstico

psicológico, outros entendem que é preferível iniciar o processo psicoterápico sem o diagnóstico prévio. Na perspectiva da ACP, mais especificamente, o diagnóstico psicológico, como operação distinta e prévia, não é necessário para atuação psicoterápica, podendo inclusive interferir e dificultar o processo terapêutico. (Rogers & Kinget, 1962/1977).

À depender do modo como é realizado, o diagnóstico psicológico pode desencadear ou fortalecer tendências à dependência, uma vez que a avaliação utiliza parâmetros estranhos à experiência do paciente e dificulta o sentido da responsabilidade pessoal frente a sua própria demanda e suas relações interpessoais. O diagnóstico pode ainda conduzir à desvalorização do eu e da sua capacidade de enfrentamento, visto que depende exclusivamente do julgamento do outro. (Rogers & Kinget, 1962/1977). Quando um médico anuncia um problema no funcionamento do pâncreas e estabelece um tratamento, aparentemente não produz impactos sociais e psicológicos. No entanto, quando um psiquiatra ou um psicólogo define um diagnóstico, isso pode, em certa medida, representar uma forma sutil de controle sobre o paciente e trazer múltiplas implicações existenciais.

O processo psicoterapêutico já tem início no primeiro encontro com o paciente no leito ou nos corredores do hospital e se desenvolve concomitantemente ao diagnóstico psicológico, quando este é desenvolvido. Isso implica afirmar que a psicoterapia não necessariamente deve seguir os mesmos modelos de diagnóstico utilizados tradicionalmente pela medicina como condição *sine qua non* para estabelecimento de um tratamento, principalmente porque a natureza do objeto da psicoterapia, mesmo na modalidade breve, é diferente. (Rogers & Kinget, 1962/1977).

Para Rogers, o diagnóstico psicológico apresenta pouco valor na psicoterapia devido às seguintes proposições: a) a origem psicológica do comportamento relaciona-se a uma forma de perceber determinada realidade, b) apenas o paciente pode acessar um entendimento completo da dinâmica do seu self, do seu comportamento e de suas percepções, podendo, inclusive, mudá-las durante o processo terapêutico, c) a mudança de comportamento normalmente acontece após a experimentação de uma mudança ou ampliação perceptiva, cujo entendimento meramente racional não se mostra suficiente para esse fim, d) a reorganização do eu e as novas simbolizações acuradas decorrem fundamentalmente de forças inerentes do paciente. (Rogers & Kinget, 1962/1977).

Essas afirmativas expressam, portanto, que ainda que o psicoterapeuta identifique as possíveis causas do sofrimento psíquico do paciente no contexto hospitalar, a descrição intelectualizada e informativa sobre isso seria pouco útil e poderia gerar comportamentos defensivos (Rogers & Kinget, 1962/1977). Ao invés da psicóloga hospitalar explicar e aconselhar prontamente um paciente a questionar o médico sobre o seu quadro clínico, partindo apenas de uma avaliação de que o paciente é passivo; a psicoterapeuta humanista pode compreender melhor o modo de funcionamento do paciente diante de figuras que representam poder e facilitar ao paciente entrar em contato com seu eventual medo de morrer ou sua angústia frente à sensação de falta de controle sobre seu próprio corpo, por exemplo.

De acordo com Rogers e Kinget (1962/1977), o papel do psicoterapeuta não é direcionar a experiência do paciente através de uma avaliação externa tal como um especialista, mas sim de promover condições para que o próprio paciente seja capaz de identificar, experimentar e aceitar os aspectos psicogênicos que obstaculizam sua tendência atualizante, sendo protagonista do processo de cuidado. Ou seja, o lugar do psicoterapeuta hospitalar consiste em favorecer a capacidade de autodeterminação e de atualização nos planos individual e social frente à experiência de adoecimento, sobretudo relacionada às mudanças impostas pela doença, tratamento e

hospitalização (Rogers & Kinget, 1962/1977; Castelo Branco et al., 2021).

Ainda que Rogers conceda pouca importância ao diagnóstico psicológico na psicoterapia, isso não exige da psicóloga capilarizar os princípios da ACP em formas concretas, observáveis e comunicáveis de atuar. As atitudes facilitadoras precisam ser expressas eficientemente e percebidas de maneira clara pelo paciente, através de respostas compreensivas do psicoterapeuta que busquem apreender a significação pessoal da comunicação e o sentimento que o paciente experimenta. (Rogers & Kinget, 1962/1977). À despeito das especificidades do setting terapêutico hospitalar, da ambiência iatrogênica e da pouca privacidade, é possível estabelecer atitudes de congruência, empatia e consideração positiva incondicional junto ao paciente hospitalizado e sua família (Castelo Branco et al., 2021).

Nesse sentido, a psicoterapia centrada na pessoa não utiliza técnicas para diagnosticar ou intervir, mas tem formas características e noções teóricas consistentes que permitem evocar e apontar o sentido dessas atitudes, à exemplo do uso da reiteração, do reflexo de sentimentos e da elucidação durante atendimento. Tais modalidades de resposta-reflexo variam a predominância de acordo com o vínculo estabelecido e a etapa do processo terapêutico em que o paciente se encontra. (Rogers & Kinget, 1962/1977).

Em pesquisas recentes sobre diagnóstico psicológico, psicólogos humanistas têm desenvolvido novos sistemas de diagnóstico que superam a categorização das pessoas e a patologização da vida, cujos efeitos produzem reconhecidamente práticas rotulantes e desumanizadoras no campo da saúde mental, apoiadas principalmente pela psiquiatria tradicional e pela indústria farmacêutica. Pavlo, Flanagan, Leitner e Davidson (2018), por exemplo, afirmam que é possível elaborar um diagnóstico psicológico que considere a subjetividade, as potencialidades, o contexto e o significado, de modo que o seu uso adequado possa promover melhorias no cuidado e garantir direitos.

Para tal, o diagnóstico psicológico centrado na pessoa deve seguir alguns requisitos básicos: 1. deve ser colaborativo com participação ativa do cliente no processo de cuidado (realizado dialogicamente e norteado pela singularidade e perspectiva do próprio cliente - suas preferências, desejos, valores e objetivos para o cuidado, sendo a entrevista clínica com o cliente a fonte primária); 2. deve ser orientado para o futuro, pois precisa ser útil e relevante para ambas partes, terapeuta e cliente, no estabelecimento das metas acordadas mutuamente e planejamento do projeto terapêutico; 3. deve manejar os sintomas a partir da atribuição de significados às experiências vividas. Ao invés de suprimir sintomas, busca-se compreender aspectos dolorosos, assustadores ou confusos da experiência. Nessa perspectiva, sintomas são compreendidos como esforços significativos para sobrevivência e comunicação, situados na história de vida. (Pavlo et al., 2018).

Ressalta-se que a elaboração desse diagnóstico pode ser flexível, considerando o seu objetivo (Pavlo et al., 2018). Pode-se citar como exemplo algum paciente internado no hospital geral que precise de um diagnóstico para utilizar algum psicofármaco. Nesse caso, interessa à psicóloga e ao psiquiatra, que atuem na visão humanista, compreender o tempo que o paciente pensa em ser medicado, suas expectativas quanto ao uso, sua experiência com o medicamento e sua motivação em aderir ao tratamento. Para os pacientes que precisem eventualmente: de algum encaminhamento para determinado serviço especializado, de algum laudo para ter acesso à benefícios sociais após adoecimento ou acidente, de algum parecer referente à situação de violência ou negligência que gerou danos à saúde; o diagnóstico psicológico centrado na pessoa pode ser útil para a psicóloga e o paciente, podendo também estabelecer algum diálogo com profissionais que utilizam o DSM ou o CID na garantia de direitos dos usuários. Apesar das críticas sobre a validade, utilidade e dos danos gerados pelo uso dos manuais diagnósticos

tradicionais, podem ser inevitáveis no âmbito da saúde (Pavlo et al., 2018) em interface com à justiça, educação e assistência social.

Por fim, o diagnóstico centrado na pessoa não enfatiza apenas os problemas, mas também as potencialidades da pessoa e seus laços sociais. Quando apresentado aos clientes, o diagnóstico deve ser provisório (situado temporalmente e contextualmente), o mais próximo possível da experiência da pessoa e vinculado à linguagem cotidiana (compreensível), de modo a incorporar as preocupações e aspirações atuais do cliente. (Pavlo et al., 2018). Nessa perspectiva, é possível conceber uma prática humanista no contexto hospitalar que vise o diagnóstico com enfoque na pessoa e na sua experiência, principalmente no cuidado em saúde mental, considerando a importância do hospital geral no manejo da crise dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Experiências de adoecimento no contexto hospitalar

A definição de doença é polissêmica e pode ser utilizada em diversos contextos. O primeiro sentido pode estar relacionado à alteração no organismo que afeta sua estrutura ou função e pode ser normalmente descrita de forma objetiva e nosológica pela medicina, cujo conceito é nomeado como *disease*. Outro entendimento de doença é chamado de *sickness* e pode ser descrito como manifestações entre as populações que adquirem um papel social na sociedade. A terceira compreensão é nomeada *illness* e refere-se à experiência vivida do paciente, considerando os significados que a pessoa atribui ao adoecimento. (Whitsitt, 2010).

Para a ACP, pode-se afirmar que a concepção de doença é unificada, uma vez que situa-se no organismo em relação com o ambiente, podendo ser experimentada e conscientemente percebida ou não. Ao entrar em contato com a sensação de mal estar, sofrimento ou tensionamento entre organismo e ambiente, a pessoa pode atribuir significados ao processo saúde-doença que são afetados por uma vivência imediata direta ou por introyecções de valia, assimiladas por determinados valores familiares ou culturais. As reações do organismo ao campo fenomenológico e a manifestação das emoções variam de acordo com as percepções que a pessoa tem da realidade, e a busca por cuidado à saúde visa atender às necessidades orgânicas e/ou de self. Quando não há movimento e fluidez na figura-fundo a partir de novas experiências e necessidades, um alto grau de incongruência e sofrimento podem ser percebidos. (Rogers, 1951/1992).

No âmbito hospitalar, é comum a doença orgânica e a dor emergirem como figura no início da hospitalização, pois há uma busca pela sobrevivência e redução do mal estar. À medida que a pessoa lança significados à experiência pessoal de adoecimento, atravessada pela discursividade médica e pelo substrato cultural, outros elementos podem emergir como figura. Nesse processo, pode haver conflitos com a equipe, dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar, resistência em aderir ao tratamento e dificuldades de enfrentamento diante da doença. Nesse processo, interessa à psicóloga hospitalar humanista compreender como o paciente simboliza a experiência de adoecimento e estabelece suas relações intersubjetivas com a equipe e família. (Castelo Branco et al., 2021).

A experiência de adoecimento não comporta apenas a busca por um diagnóstico médico e um tratamento efetivo, como veremos nos casos a seguir. Podemos citar como exemplo o pano de fundo cultural da homofobia diante do diagnóstico de HIV que faz com que alguns pacientes sofram violência institucional no hospital ou sintam vergonha em compartilhar seu diagnóstico com pessoas próximas. Pacientes que fazem parte de determinados grupos religiosos podem perceber a hanseníase ou a convulsão como uma possessão demoníaca ou a transfusão de sangue como algo proibido a partir das interpretações bíblicas. O diagnóstico de uma criança com uma doença sexualmente transmissível também não sinaliza apenas alterações orgânicas, mas uma situação de violência e

vulnerabilidade. A mulher com câncer de mama que tem indicação para mastectomia pode perceber a amputação como ameaçadora para seu ideal de corpo, visto que o significado do seio normalmente é atrelado à noção de feminilidade. Os efeitos da Covid-19 no continente africano não estão circunscritos à dimensão orgânica, pois revelam aspectos sócio-econômicos e geopolíticos na distribuição e acesso às vacinas.

Tais exemplos demonstram a complexidade da experiência de adoecimento, bem como o entendimento de que o processo saúde-doença-cuidado é uma construção biocultural e histórica que afeta a experiência e o significado atribuído à pessoa e à família (Whitsitt, 2010). Rogers (1951/1992) propõe que há uma tendência e impulso básicos de aperfeiçoar o organismo que experimenta. O adoecimento, portanto, frequentemente se torna uma vivência ameaçadora, podendo desorganizar ou desestruturar o self.

Para a ACP, as experiências do organismo, incluindo àquelas relacionadas ao adoecimento, podem ser: a) simbolizadas e percebidas, quando tiverem relação com o self; b) ignoradas, quando não há relação com o self; ou c) ter a simbolização negada ou distorcida, quando são incoerentes com o self (Rogers, 1951/1992). No contexto hospitalar, pacientes podem simbolizar perdas e limites impostos pela doença, assimilando e integrando os novos elementos experienciais, nos quais permitem a elaboração da imagem corporal, novas perspectivas de vida e o desenvolvimento de novas habilidades. Outros podem distorcer a experiência do adoecimento devido ao medo da dependência, de perder o corpo ideal ou de perder um papel social, uma vez que é percebido de modo incoerente com o self, o que pode evoluir para comportamentos incoerentes com o self, ou até mesmo perceber o ambiente hospitalar como algo ameaçador ao seu self. (Castelo Branco et al., 2021).

A vivência da amputação é ameaçadora à integridade física e ao self, visto que promove alterações da imagem corporal e modifica a relação que a pessoa estabelece com seu corpo real e o corpo ideal, podendo afetar a autoestima, a sexualidade e as relações interpessoais. Há uma modificação também entre a percepção do todo (corpo e existência) e as partes (membro amputado), de modo que o paciente pode encarar a amputação como a perda do todo, do próprio sentido da vida. Além disso, o paciente pode viver o estigma, por se sentir diferente daquilo que é considerado norma para a sociedade. A aparência e o modo de ser percebido pelo outro é uma parcela importante do autoconceito, então, se perceber como desfigurado ou diferente da norma pode levar ao sofrimento psíquico.

Por vezes, pacientes com câncer, por exemplo, podem sofrer mudanças em sua aparência durante o tratamento, desde a queda de cabelo até as cicatrizes. As mudanças decorrentes do tratamento têm impacto direto no self e os pacientes podem experimentar dor, tristeza, trauma e uma negação ou aversão de si. (Henry, 2011). Em estudo realizado sobre as experiências de mulheres com câncer de mama evidenciou sentimentos de tristeza, medo, solidão e vergonha, que eram afetados diretamente pelo suporte social e pelo modo simbolizavam a vivência do adoecimento. (Hissa, Connolly, Timulak, & Hession, 2020). Isso demonstra a importância de facilitar a simbolização dessas experiências no contexto hospitalar, possibilitando a integração da nova imagem corporal e a elaboração de uma continuidade entre a vida antes da doença e após a descoberta.

A pessoa é um eu corporificado, e a doença muda o conhecimento e a relação que se estabelece com o corpo. A experiência da doença surge, portanto, da dialética dos significados pessoais e culturais de um lado, e dos processos biológicos inexoráveis do outro. Considerando que as atitudes e processos mentais desempenham um papel significativo no adoecimento e na recuperação, é necessário que o paciente possa compreender o relacionamento do próprio corpo com o self, com o corpo do outro (conexão com outros corpos que também sofrem) e a expressão de si através do corpo. (Whitsitt, 2010). A simbolização do corpo-self frente ao adoecimento,

permite ao paciente realizar escolhas mais conscientes sobre o que fazer e como fazer com o corpo (quem poderá manipular, onde será cuidado, quais tecnologias serão utilizadas).

As narrativas construídas no contexto da psicoterapia breve possibilitam que o paciente restaure a memória ou o senso de coerência e sequenciamento que a doença desorganizou. Nas UTIs, por exemplo, a sedação e o ambiente fechado podem desencadear alterações de memória, dificuldades de orientação, sonhos perturbadores e agitação psicomotora; sendo a narrativa um meio de ajustamento das rupturas, expressão da angústia corporal e reacomodação do novo corpo-self que emerge. (Whitsitt, 2010). Por meio da narrativa, o paciente é capaz de perceber seus movimentos de mudança ou adaptação do próprio organismo em relação ao ambiente, de tentativa de modificação do ambiente ou de afastamento do ambiente quando este for ameaçador.

O enredo da experiência de adoecimento permite, por exemplo, que usuários da saúde mental criem um novo lugar social da loucura e que mulheres (principalmente transsexuais e pretas) encontrem um espaço de acolhimento diante da violência que assola seus corpos; sendo essas vozes uma possibilidade de dissidência e potencial de mudança pessoal e social. O dilema ético e moral que os pais enfrentam ao decidir junto à equipe sobre as melhores terapêuticas para um bebê gravemente doente, com alto risco de comprometimento neurológico, só é possível de ser superado mediante uma narrativa que redesenhe a jornada de ambos e que permita uma tomada de decisão consciente. (Whitsitt, 2010). Nesse sentido, a psicóloga humanista hospitalar deve assumir seu compromisso ético e político nas práticas de cuidado.

É através da fala que o paciente consegue conviver com a doença e suas perdas à medida que reconfigura sua vida, visto que algumas perdas são permanentes e preenchem a vida com uma rotina alterada e inevitável (Whitsitt, 2010). A doença revela também a ameaça de um self desfeito, uma imagem de si não desejada; ao mesmo tempo, desvela sob uma nova luz o que é realmente mais significativo, mas que anteriormente não era percebido. Assim, a cena hospitalar pode ser palco de resolução de conflitos mal resolvidos, de expressão de sentimentos aos familiares pela primeira vez e/ou de busca por novos sentidos existenciais, ainda que se caminhe rapidamente à finitude.

No processo de cuidado, sobretudo de doenças graves ou crônicas, a família também é atravessada pela experiência do adoecimento (Whitsitt, 2010). Comumente, sentem medo de perder o ente querido, angústia diante da incerteza e cansaço decorrente do longo período de oferta de cuidados. A doença, nesse sentido, muda necessariamente a dinâmica e o sistema familiar, uma vez que o familiar passa a exercer preponderantemente um novo papel, o de cuidador. Às vezes, o familiar é tomado pelo sofrimento e não permite que se fale sobre a doença ou sobre o risco de morte com o paciente, revelando uma possível dificuldade de lidar com a perda, mais do que uma suposta preocupação com as reações emocionais do paciente. Nesses casos, o atendimento psicológico aos familiares no contexto hospitalar permite que a experiência de adoecimento ou de luto seja também simbolizada.

Por fim, é necessário reconhecer as conexões entre a experiência da doença e a morte. A negação da finitude, a busca por conforto e reconhecimento ou a crença numa vida espiritual após a morte podem fazer parte do processo ativo de morte dos pacientes e seus familiares. Em última instância, a perda de um ente querido significa perder uma parte do seu próprio self, na medida em que o papel que se exerce na vida do outro e que estrutura o autoconceito também é perdido. Ou seja, perder o outro implica lidar com o vazio da ausência e com memórias afetivas, mas também com a perda da função simbólica diante do outro.

Assim, a psicóloga hospitalar humanista precisa situar o tema da morte na sua existência, uma vez que a doença e a possibilidade de morte podem produzir afetamentos que interfiram no processo terapêutico. A doença

e a morte fornecem insights sobre fundamentos da condição e da existência humana (Whitsitt, 2010). Ainda que pareça paradoxal, é a partir do reconhecimento da finitude da vida e da tomada de consciência da morte, que é possível examinar a vida com mais concentração e foco, lançar significados na existência e parecê-la mais dotada de sentidos. Diante de uma doença com risco de morte, às vezes, a integridade em uma vida torna-se mais importante do que a longevidade. Nesse panorama, a doença e a morte auferem diversos significados que se articulam com as histórias de vida e se medeiam pela cultura, podendo ser desvelados no contexto no cuidado mediante encontro entre terapeuta e cliente.

Experiências de hospitalização e tratamento

As experiências de hospitalização e de tratamento interferem diretamente no modo como o paciente dá significado ao processo saúde-doença-cuidado. Para Rogers (1951/1992), o organismo reage ao campo fenomenológico da maneira como este é experimentado e percebido, no qual uma parte dessas percepções se diferencia, constituindo o self. Portanto, o ambiente hospitalar onde o indivíduo experiencia o cuidado é assimilado de forma singular, podendo ser percebido de forma adaptativa ou ameaçadora, à depender de como se relaciona com o self, com a equipe hospitalar e as tecnologias de cuidado. Quanto mais o ambiente e as atitudes dos profissionais forem facilitadoras e acolhedoras, maiores são as possibilidades de simbolização acurada das experiências em um contexto de humanização do cuidado.

A ambiência do hospital é asséptica e despersonalizada, ausente de elementos acolhedores ou que representem aspectos identitários dos internados, sendo um espaço naturalmente percebido de forma desagradável. Ressalta-se que, embora não determine, as experiências anteriores de hospitalização também podem interferir nos significados atribuídos às vivências atuais. Além disso, vivência hospitalar também é influenciada pelo momento da vida do indivíduo, pela sua condição corporal e aspectos da personalidade. Ou seja, o ambiente hospitalar pode ser apreendido como um ambiente estressante e angustiante para o paciente e família, impactando na adaptação à hospitalização e na adesão ao tratamento.

Em recente pesquisa de Pereira e Calhao (2019), pacientes gestantes hospitalizadas relataram mudanças de rotina, no modo de vida e rigidez dos horários que interferiam negativamente na experiência de hospitalização. Por outro lado, a comunicação efetiva dos procedimentos pela equipe, os cuidados afetivos e as relações de apoio, incluindo o suporte de profissionais de saúde, atuavam como fatores protetivos durante a internação. Os resultados evidenciaram que a ambiência, o cotidiano hospitalar e a interação com a equipe constituem a significação pessoal da hospitalização. (Pereira et al., 2019).

Durante a hospitalização, é comum alguns pacientes se sentirem inseguros quanto às incertezas do quadro clínico ou à realização de procedimentos. Podem também ter dificuldades de lidar com a dependência para realização de atividades básicas, bem como perderem a identidade social, as relações afetivas e a autoestima. Isso pode fazer com que alguns pacientes se apresentem de forma mais fragilizada, passiva ou resistente aos cuidados. (Silva & Graziano, 1996). Embora a adesão ao tratamento, em certa medida, implique em uma relação de confiança e no reconhecimento de uma condição de dependência junto à equipe multiprofissional para execução do plano de cuidado, o paciente pode atuar de forma ativa ao buscar maiores informações sobre o quadro clínico, tomar decisões conscientes quanto às terapêuticas propostas e estabelecer estratégias de autocuidado.

A abertura ao diálogo e o fortalecimento da autonomia permitem que o paciente se posicione mais ativamente no processo de cuidado. Nesse contexto, cabe à psicóloga mediar as possíveis relações assimétricas com a equipe, favorecer uma linguagem médica acessível e possibilitar intervenções ambientais que diminuam a

despersonalização, desencadeada pela estrutura dos processos de trabalho em saúde, engessamento das normas e rotinas hospitalares e ambiência iatrogênica. É necessário compreender e intervir na dinâmica comunicacional e relacional da tríade paciente-equipe-família.

Com o objetivo de superar o tecnicismo nas práticas de saúde, o Ministério da Saúde brasileiro propôs uma Política Nacional de Humanização, na qual enfatiza a transversalidade nos modos de ver o paciente, incentivando a equipe multiprofissional e o paciente a trabalharem conjuntamente na perspectiva da integralidade. Contudo, ainda há dificuldades de capilarização dos seus princípios para utilização de tecnologias leves. Na pesquisa de Arruda e Calhao (2018), médicos residentes relatam dificuldades e dilemas éticos em realizar a comunicação sobre a fase terminal e a desenvolver a abordagem de cuidados paliativos, sobretudo na decisão sobre o que fazer para garantir qualidade de vida e amenizar o sofrimento, ponderando a real necessidade do uso de determinados procedimentos invasivos. A maioria dos pacientes deseja saber sobre seu diagnóstico, prognóstico e tratamento (Arruda & Calhao, 2018), mas ainda é comum um pacto de silêncio entre familiares e equipe médica, gerando uma vivência de angústia para o paciente durante a hospitalização.

Não é incomum que pacientes oncológicos não saibam sobre o seu diagnóstico, agravamento da doença ou que estão submetidos ao tratamento de câncer (Oliveira & Castelo Branco, 2019). Nesses casos, algumas hipóteses podem ser levantadas: 1. O paciente pouco questiona sobre o diagnóstico devido à relação vertical com o médico e/ou porque não quer entrar em contato com essa realidade. Assim, a experiência pode ser de passividade e/ou pelo medo de lidar com a doença e a possibilidade da morte.; 2. O familiar considera que o paciente não suportaria receber a notícia e/ou tem dificuldades de lidar com a possibilidade da perda iminente do paciente. O discurso do familiar sobre uma preocupação das eventuais reações que o paciente possa vir a ter, pode revelar também o medo de perder a convivência com o ente querido e o papel que exercia na sua existência, configurando uma parte significativa do autoconceito. Ou seja, perder um filho, pode significar a perda da possibilidade de exercer a maternidade, podendo ser algo estruturante para o self de uma mulher.; 3. A equipe omite informações sobre o quadro clínico do paciente para não entrar em contato com sentimentos de impotência, fracasso ou tristeza. O vínculo estabelecido com o paciente ou o entendimento de que a equipe deve buscar a cura, pode gerar dificuldades que interferem na comunicação de más notícias (Calsavara et al., 2019), cujos elementos não estão totalmente conscientes.

Em qualquer uma dessas circunstâncias, é possível identificar que diferentes significados podem ser atribuídos às experiências de pacientes, familiares e equipe, que constituem percepções e desencadeiam reações emocionais no contexto hospitalar. As relações intersubjetivas estabelecidas interferem diretamente no processo de cuidado. Logo, é necessário que a psicóloga potencialize relações empáticas entre esses diferentes atores sociais, catalise a tomada de consciência de elementos constitutivos do self, possibilite que entrem em contato com suas necessidades, favoreça a expressão das emoções e promova a ampliação perceptiva, colocando a pessoa e sua experiência no centro no cuidado.

Para a ACP, a única pessoa que poderia conhecer mais profundamente o seu campo de experiência é o próprio indivíduo (Rogers, 1951/1992), ou seja, o referencial interno do paciente é o melhor meio para acessar as percepções e sentimentos, colocando-o como protagonista do cuidado. Quando a autonomia do paciente é fortalecida, ele pode tomar decisões conscientes sobre o tratamento, influenciando tanto na simbolização da

experiência, quanto na reafirmação do seu entendimento de si mesmo como ser autônomo. Além disso, a compreensão de um tratamento que seja voltado para a pessoa como um todo, e não apenas para um organismo doente, considera as emoções e como essas influenciam no adoecimento.

Rogers (1951/1992) afirma que o organismo funciona como um todo organizado e que a emoção acompanha e facilita o comportamento dirigido para uma meta, enfatizando que não é possível dissociar o processo de adoecimento dos aspectos emocionais e comportamentais. Dessa forma, entende-se que o tratamento hospitalar expõe o paciente às experiências com grande variedade de sentimentos - angústia, ansiedade, medo, etc. - que nem sempre são acolhidos e, se não bem elaborados, podem dificultar a estadia do paciente.

Na pesquisa de Pereira e Calhao (2019), os resultados evidenciaram não apenas os sentimentos de algumas gestantes durante a hospitalização relacionados à dependência e ao desconforto, mas também como esses sentimentos acompanhavam comportamentos de evitar pedir ajuda, que prejudicava a relação entre as pacientes e a equipe. Da mesma forma, a relação entre paciente-equipe e os sentimentos provenientes dela influenciam diretamente no comportamento do paciente, e conseqüentemente, no seu percurso no tratamento. Nesse sentido, é importante estabelecer uma relação de confiança com a equipe e um ambiente livre de julgamentos, de modo que o paciente possa expressar suas necessidades.

Durante o tratamento, alguns pacientes se submetem ao procedimento cirúrgico, podendo desencadear reações emocionais adversas. A depender do tipo de cirurgia, o paciente pode sofrer alterações na imagem corporal, dor e medo de morrer ou de ficar incapacitado. Dessa forma, o evento cirúrgico pode ser uma vivência ameaçadora, na qual o paciente, com o corpo anestesiado, tem a sensação de perda de controle sobre si próprio. Nesses casos, é necessário que a psicóloga realize intervenções em vários momentos: 1. Pré-cirúrgico; 2. Operatório; 3. Pós-cirúrgico imediato; 4. Pós-cirúrgico tardio.

Na primeira etapa, a psicóloga precisa ter o entendimento acerca dos principais fatores de risco, dos critérios de indicação cirúrgica e das expectativas do paciente quanto à cirurgia, de modo a esclarecer eventuais dúvidas do paciente sobre a real necessidade do procedimento. O paciente diabético, por exemplo, apresenta fator de risco que pode gerar complicações pós-cirúrgicas devido à dificuldade de cicatrização, o que vai exigir autocuidado com a ferida cirúrgica e acompanhamento pós-alta. Já o paciente que se submete à amputação, precisa ter entendimento sobre as terapêuticas já esgotadas e os motivos que levaram à equipe sugerir a amputação. A compreensão desses elementos favorece maior relação de confiança com a equipe cirúrgica e reduz possíveis fantasias relacionadas à cirurgia. Assim, estratégias de educação em saúde favorecem aprendizagens significativas, e a articulação com a rede pode garantir continuidade do cuidado após alta. Trata-se de ações de clínica ampliada importantes para a atuação da psicóloga humanista no hospital.

Ainda nessa fase inicial, é necessário identificar junto ao paciente os riscos e benefícios cirúrgicos, conhecer o centro cirúrgico pessoalmente ou através de imagens. É fundamental entrar em contato com as emoções que emergem nesse período e aceitá-las. Quanto maior a apropriação do evento que será vivenciado, mais a experiência será menos ameaçadora e ansiogênica, visto que ele terá maior sensação de controle sobre o procedimento cirúrgico. Para Rogers (1951/1992), a aceitação consciente de impulsos, experiências sensoriais e percepções aumenta muito a probabilidade de controle consciente, em que o self sente controlar o organismo. A sensação de autonomia, de maior integração interior e de autodireção refere-se a ter todas as experiências disponíveis à consciência.

Ao mesmo tempo, ser capaz de identificar elementos que fogem do controle do self, à exemplo da

emergência de enfermidade específica ou de imprevistos em alguma cirurgia, tornam a experiência menos angustiante. Não é incomum o paciente basear-se em experiências de terceiros, ou seja, nas percepções e vivências de outros pacientes hospitalizados na mesma enfermaria. O paciente pode acreditar que seu desfecho será semelhante, sem ter vivenciado ainda a experiência. Portanto, o acompanhamento pré-cirúrgico é fundamental, pois elevados graus de medo e ansiedade afetam diretamente a recuperação e adesão ao tratamento (Gabarra & Crepaldi, 2009). Após entendimento do paciente sobre a cirurgia, é necessário respeitar suas decisões sobre a adesão, uma vez que o papel da psicologia não é persuadir o paciente, mas sim garantir os seus direitos.

No período operatório, dificilmente o paciente solicita a presença da psicóloga, e a equipe cirúrgica nem sempre é receptiva a essa possibilidade devido às medidas de biossegurança. Porém, em alguns casos, a psicóloga pode estar presente antes que a sedação possa fazer efeito para transmitir maior segurança ao paciente. A presença do terapeuta de referência em um dos momentos de maior vulnerabilidade do paciente no ambiente hospitalar, pode fortalecer o vínculo e reduzir a ansiedade.

No pós-operatório imediato, as intervenções psicológicas podem ser realizadas na sala de recuperação ou no retorno à enfermaria. Após procedimento cirúrgico, o paciente vai se deparar com um novo corpo, com as dificuldades de adaptação à nova rotina de cuidados, com eventuais dores intensas, sensação de membro-fantasma (em casos de amputação) e possível restrição de mobilidade que podem desencadear experiências de desintegração, solidão ou aprisionamento. Em alguns casos, o paciente pode se deparar com um sentimento de aversão ao próprio corpo, sobretudo diante dos olhares depreciativos e estigmatizantes de outras pessoas. Para Rogers (1951/1992), a percepção dos outros sobre nós interfere também na forma como nos percebemos. Logo, a partir da interação terapeuta-cliente, o paciente pode estabelecer outras relações com o outro, favorecendo a reintegração corporal.

Nesse sentido, compreender os significados que os pacientes atribuem às experiências facilita a elaboração da experiência diante do tratamento. Ao compreender tanto das restrições impostas pelo tratamento, quanto das novas possibilidades oportunizadas pelo tratamento (sobrevivência, melhora da qualidade de vida, cessação da dor, etc.), é possível construir um novo conceito de self. Assim, a perda de uma parte do corpo ou de uma determinada funcionalidade nem sempre irão representar necessariamente um aniquilamento de si, do todo. Nesse processo, o paciente pode identificar também recursos próprios de enfrentamento e potencialidades para lidar com as situações adversas do tratamento.

Por fim, no pós-operatório tardio, o paciente pode ser acompanhado pelo ambulatório de psicologia do hospital, com o objetivo de trabalhar as demandas que surgem após a alta, especialmente no período de reabilitação. Ao retornar para sua residência, o paciente pode se deparar com novas rotinas, restrição de atividades que eram realizadas antes do tratamento, desenvolvimento de novas habilidades, adaptação à prótese (quando houver), novos planos para o futuro, desconforto social, etc. Nessas circunstâncias, a psicóloga humanista pode favorecer uma vivência focada no aqui-e-agora, onde o paciente é capaz de identificar suas necessidades atuais e como lida com as mudanças inexoráveis.

Considerações Finais

A articulação teórica entre Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) e o processo saúde-doença-cuidado possibilitou uma análise aprofundada sobre a atuação da psicologia hospitalar na perspectiva dessa abordagem. Quando o paciente recebe o diagnóstico médico e/ou psicológico e lida com a experiência de adoecimento, hospitalização e tratamento, pode vivenciar tensões entre organismo-ambiente e incongruência. No entanto, a intervenção centrada na pessoa e outras estratégias de clínica ampliada podem promover encontros potentes no

âmbito do hospital geral.

Considera-se que, assim como a crença na tendência atualizante torna o terapeuta mais inclinado a seguir na não-diretividade, respeitando o tempo do processo de cada cliente, a compreensão sobre a experiência de adoecimento e os modos de simbolizar a vivência hospitalar pode tornar o terapeuta mais propenso a desenvolver respostas mais empáticas. Do mesmo modo, conhecer as implicações do diagnóstico médico e do uso diagnóstico psicológico no ambiente hospitalar podem favorecer o desenvolvimento de ações junto ao tripé paciente-equipe-família.

Quando estritamente necessário e claramente benéfico ao paciente, o diagnóstico psicológico centrado na pessoa pode ser desenvolvido de forma dinâmica, dialógica e contextual, superando os modelos classificatórios baseados em referenciais externos ao paciente. Além disso, a psicóloga humanista pode facilitar a simbolização consciente da experiência de adoecimento durante a hospitalização e intervir em diferentes etapas do tratamento, incluindo o processo de reabilitação no ambulatório de psicologia do hospital.

Conclui-se que esse estudo pode fundamentar melhor a prática da psicóloga hospitalar centrado na pessoa e servir de mote para futuras pesquisas empíricas que versem sobre as interfaces entre ACP e saúde. Acredita-se que o enfoque na experiência do paciente, nas suas potencialidades e nas atitudes do terapeuta podem fomentar práticas mais humanizadas e integrais no âmbito da saúde.

Agradecimentos

Aos membros do Laboratório Centrado na Pessoa (LACP) da Universidade Federal do Ceará (UFC) por compartilharem conhecimentos e práticas centradas na pessoa que contribuíram para o desenvolvimento desse estudo.

Referências

- Arruda, L. S. P. D., & Calhao, A. R. P. (2018). Significados e sentimentos atribuídos por médicos residentes na comunicação da fase terminal ao paciente. *Revista da SBPH, 21*(2), 61-83. Recuperado em 28 de dezembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Ayres, J. R. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 17*(1), 43-62. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>
- Calsavara, V. J., Scorsolini-Comin, F., & Corsi, C. A. C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: aproximações com a abordagem centrada na pessoa. *Revista da Abordagem Gestáltica, 25*(1), 92-102. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9>
- Castelo Branco, A. B. A., Souza, L. S., & Prates, B. V. (2021). Aplicabilidade e releitura da teoria da personalidade e do comportamento no hospital. *Revista do NUFEN, 13*(3), 90-104. Recuperado em 12 de maio de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912021000300009
- Duarte, T. D. L., Fernandes, L. F., Freitas, M. M. C., & Monteiro, K. C. C. (2015). Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. *Psicologia Hospitalar, 13*(2), 88-113. Recuperado em 21 de dezembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Faria, A. M. D., & Rocha, A. M. (2012). O escafandro e a borboleta: um olhar sob o enfoque da ACP. *Revista do NUFEN, 4*(1), 115-126. Recuperado em 19 de março de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100010&lng=pt&tlng=pt
- Gabarra, L., & Crepaldi, M. (2009). Aspectos psicológicos da cirurgia de amputação. *Aletheia, 30*, 59-72. Recuperado em 28 de dezembro de 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a06.pdf>
- Henry, S. (2011). Disfigurement and visible difference: The impact upon personal and personality development and the implications for therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 10*(4), 274-285. <http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2011.62665>
- Hissa, J., Connolly, A., Timulak, L., & Hession, N. (2020). Emotion-focused perspective on breast cancer patients' experiences of comorbid anxiety and depression: a qualitative case analysis of three clients' in-session presentations. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 19*(2), 134-153. <https://doi.org/10.1080/14779757.2020.1717988>
- Lima, T. C. S. D., & Mioto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis, 10*(spe), 37-45. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>
- Oliveira, J. C., & Castelo Branco, A. B. de A. (2019). Caso clínico: psicologia humanista, oncologia e terminalidade. In Castelo Branco, A. B. A., & Gomes, D. R. G. *Psicologia Hospitalar: teoria, vivência e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Via Verita.
- Pavlo, A. J., Flanagan, E. H., Leitner, L. M., & Davidson, L. (2018). Can There Be a Recovery-Oriented Diagnostic Practice? *Journal of Humanistic Psychology, 59*(3), 319-338. <https://doi.org/10.1177/0022167818787609>
- Perches, T. H. P., & Cury, V. E. (2013). Plantão psicológico em hospital e o processo de mudança psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 29*(3), 313-320. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300009>
- Pereira, L. R. R., & Calhao, A. R. P. (2019). Ser pessoa na hospitalização: relatos de gestantes sobre as relações estabelecidas com a equipe multiprofissional. *Revista da Abordagem Gestáltica, 25*(3), 225-236. <https://dx.doi.org/10.18065/RAG.2019v25n3.1>
- Ribeiro, M. M. F., & Amaral, C. F. S. (2008). Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Revista Brasileira de Educação Médica, 32*, 90-97. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>
- Rogers, C. R., Kinget, G. M. (1977). *Psicoterapia e Relações Humanas: teoria e prática da terapia não diretiva - Volume 2* (2ª ed.). Belo Horizonte: Interlivros. (Original publicado em 1962).
- Rogers, C. R. (1992). *Terapia centrada no cliente*. Martins Fontes. (Original publicado em 1951).
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1961).
- Silva, M. J. P. D., & Graziano, K. U. (1996). A abordagem psico-social na assistência ao adulto hospitalizado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 30*, 291-296. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000200009>
- Simonetti, A. (2018). *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença* (8ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2017). *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Whitsitt, D. R. (2010). Illness and Meaning: A Review of Select Writings. *Journal of Humanistic Psychology, 50*(1) 108-131. <https://doi.org/10.1177/0022167809342549>