

ORGANIZADORAS

Ana Merzel Kernkraut

Ana Lucia Martins da Silva

Juliana Gibello

O psicólogo no hospital

*Da prática assistencial
à gestão de serviço*

Blucher

PSICOLOGIA

O PSICÓLOGO NO HOSPITAL

Da prática assistencial à gestão de serviço

Organizadoras

Ana Merzel Kernkraut
Ana Lucia Martins da Silva
Juliana Gibello

O psicólogo no hospital: da prática assistencial à gestão de serviço

© 2017 Ana Merzel Kernkraut, Ana Lucia Martins da Silva, Juliana Gibello (organizadoras)

© 2017 Editora Edgard Blücher Ltda.

Blucher

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar
04531-934 – São Paulo – SP – Brasil
Tel.: 55 11 3078-5366
contato@blucher.com.br
www.blucher.com.br

Segundo Novo Acordo Ortográfico, conforme 5. ed.
do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*,
Academia Brasileira de Letras, março de 2009.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer
meios sem autorização escrita da editora.

Todos os direitos reservados pela Editora
Edgard Blücher Ltda.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
ANGÉLICA ILACQUA CRB-8/7057

O psicólogo no hospital: da prática assistencial à
gestão de serviço / organização de Ana Merzel Kernkraut,
Ana Lucia Martins da Silva, Juliana Gibello. -- São Paulo :
Blucher, 2017.

496 p. : il.

ISBN 978-85-212-1189-1

1. Psicologia clínica 2. Serviços de saúde mental
3. Assistência hospitalar – Aspectos psicológicos 4. I.
Kernkraut, Ana Merzel. II. Silva, Ana Lucia Martins da.
III. Gibello, Juliana.

17-0516

CDD 157

Índice para catálogo sistemático:

1. Psicologia clínica

Conteúdo

Prefácio	7
Introdução	9

PARTE I

Serviço de psicologia

1. A história da Psicologia Hospitalar no Hospital Israelita Albert Einstein	13
2. Psicologia hospitalar e alguns dos possíveis referenciais teóricos	39
3. Formas de atuação, organização e gestão de serviços de psicologia	51

PARTE II

Temas relevantes para o psicólogo hospitalar

4. Cuidados paliativos e atuação do psicólogo hospitalar	77
5. Tabagismo, álcool e drogas	93
6. Sexualidade	109
7. Avaliação e manejo do paciente com risco de suicídio	119
8. Conflitos e situações de crise	135
9. Comunicação de más notícias no contexto hospitalar	145
10. A psiquiatria no hospital geral	161
11. Psicopedagogia hospitalar	179
12. Atuação com a equipe de saúde	195

PARTE III
Possibilidades de atuação do psicólogo
em diferentes contextos

13. Atuação do psicólogo com pacientes graves	217
14. Atuação em gestação de risco e parto prematuro	229
15. Atuação com pacientes pediátricos	251
16. Atuação com pacientes oncológicos	265
17. Atuação com pacientes na clínica médico-cirúrgica	283
18. Atuação com pacientes na clínica da obesidade	301
19. A atuação da psicologia com clientes do <i>check-up</i>	313

PARTE IV
Atuação com pacientes crônicos

20. Atuação psicológica com indivíduos portadores de doença renal crônica em hemodiálise	329
21. O cuidado do paciente acometido por acidente vascular encefálico (AVE) na reabilitação	337
22. Abordagem da psicologia nas instituições de longa permanência para idosos	353
23. Atuação do psicólogo no programa de transplantes de órgãos	363

PARTE V
Neuropsicologia hospitalar

24. Avaliação neuropsicológica de pacientes adultos	387
25. Avaliação de pacientes infantis	403
26. Reabilitação neuropsicológica do adulto	417
27. Reabilitação neuropsicológica infantil	437

PARTE VI
Ensino e pesquisa

28. O hospital como campo de pesquisa em psicologia	453
29. Transmitindo conhecimento: a experiência do estágio e da residência em Psicologia	463

Sobre os autores	487
------------------	-----

PARTE I
Serviço de psicologia

1. A história da Psicologia Hospitalar no Hospital Israelita Albert Einstein

*Paola Bruno de Araujo Andreoli
Christiane Hegedus Karam*

“A Psicologia chega tarde neste cenário [da saúde] e chega ‘miúda’, tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico tão frequentes na Psicologia Clínica tradicional.”

Mary Jane Spink, 1992

Os primeiros anos

A narrativa da história de um serviço cuja estruturação ocorreu ao longo de muitos anos apresenta sempre o desafio do corte inicial, ou seja, a partir de qual fato ou momento podemos dizer que iniciamos essa jornada.

Apesar da entrada dos primeiros psicólogos na instituição ter se dado no início dos anos 1990, pode-se dizer que o Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) iniciou-se com a atuação de psicólogos em *áreas assistenciais* específicas como oncologia, pediatria, UTI Adulto e UTI Neonatal.

Em meados dos anos 1990, a instituição fez a contratação dos primeiros psicólogos para atender à demanda de pacientes em áreas assistenciais que poderiam ser consideradas de alto potencial de conflito ou de grande impacto psicológico. Àquela época, a própria psicologia hospitalar ainda investia esforços para desenhar o contorno dessa atuação profissional.

A então recente história da inserção do psicólogo no contexto hospitalar, cujos primeiros estudos surgiram somente no final da década de 1980 com os trabalhos de autores como Lamosa (1987) e Campos (1988), dava conta do desenvolvimento de uma imagem mais ampla do psicólogo como profissional de saúde, não se restringindo ao campo da saúde mental. Os autores da época problematizavam a atuação do psicólogo na intersecção entre os papéis clínico, organizacional e social, ressignificando a posição e seu papel profissional no contexto hospitalar e da saúde (CARVALHO et al., 2011).

Mesmo havendo experiências exitosas na área de psicologia da saúde – denominação mais comumente utilizada na época para o trabalho do psicólogo nos serviços de saúde –, a maioria em hospitais de ensino, a organização de serviços de psicologia em hospitais privados era incipiente e enfrentava dificuldades para vencer barreiras relacionadas ao desconhecimento ou preconceito ligado à assistência psicológica a pacientes internados.

A evidente necessidade de contenção da ansiedade, da angústia e dos conflitos, contudo, objetivava para as equipes assistenciais a introdução do psicólogo no contexto hospitalar e, de certa maneira por essa razão, a atuação foi aceita com certa facilidade. A psicologia hospitalar como ciência, no entanto, somente começava a se estabelecer como especialidade e corpo de conhecimentos diferenciados, o que trazia ao profissional colocado naquele cenário uma dificuldade adicional pela fragilidade das técnicas e métodos desenvolvidos até aquela época.

Utilizando-se dos conhecimentos da psicologia clínica, das ciências biomédicas e da psicologia comunitária, a psicologia hospitalar, naquela época, apoiava-se em dois modelos de atuação: o modelo clínico, caracterizado por atendimentos individuais, com pouca ou nenhuma interação com equipes de saúde, e o modelo de atenção integral à saúde, em contraste, que apresenta uma atuação difusa em diversos setores do hospital, em interação constante com os demais profissionais da saúde, visando atender os pacientes e seus familiares, a equipe e a comunidade em geral (CARVALHO et al., 2011).

Assim, inicialmente utilizando-se do modelo clínico tradicional, em que sua atuação tinha como objeto principal o atendimento psicoterapêutico ao paciente, ao longo das primeiras experiências, já era possível perceber que a atuação hospitalar demandava maior versatilidade, a ampliação do modelo dual de atuação psicoterapêutica, o desenvolvimento de uma linguagem compartilhada com outras equipes, a “tradução” do fenômeno psíquico para todos os interlocutores e a inclusão de familiares e da própria equipe de saúde no escopo de intervenção psicológica, além de uma boa análise de fenômenos institucionais. Como ressaltado no depoimento da psicóloga Ruth Beresin, o próprio contexto institucional e as pressões positivas no sentido do desenvolvimento da atuação profissional, aliados à expansão da psicologia como área de conhecimento na saúde, implantaram as primeiras sementes de um crescimento e amadurecimento que vimos acontecer a partir do início dos anos 2000:

Em outubro de 1997, iniciei meu trabalho na Clínica de Oncologia do HIAE. Neste período, um grupo de psicólogos atuava na área e tinha como demanda da instituição uma reformulação na organização do setor e nas propostas de assistência aos pacientes. Desde o momento da minha entrada na instituição, fui designada para atuar na assistência psicológica dos pacientes e familiares no Ambulatório de Quimioterapia. Atuei nesta área até o final de 2000, e neste período tive a oportunidade de estabelecer uma rotina de assistência psicológica aos pacientes e familiares, participar de forma ativa da equipe multiprofissional e coordenar um grupo de reflexão com os profissionais que atuavam na área. Considero que esta foi a minha principal contribuição na consolidação da Psicologia Hospitalar na instituição, possibilitando por meio deste trabalho consolidar a importância da assistência psicológica como também o compromisso e a seriedade da atuação do profissional psicólogo na instituição... E neste período, tive a oportunidade de participar dos primeiros passos de integração entre os psicólogos que atuavam de forma isolada na instituição e participar das discussões do projeto de criação de um Serviço de Psicologia Hospitalar na instituição (depoimento de Ruth Beresin em maio de 2016).

As discussões travadas pelos psicólogos, à época, procuravam dar conta das demandas advindas das instituições de saúde, e não foi diferente entre os profissionais que procuravam estruturar o embrião de um serviço de psicologia no HIAE. A inclusão dos psicólogos nas equipes multidisciplinares que se dedicaram à construção de diretrizes para o cuidado de pessoas em estado crítico e para o reconhecimento de riscos que impactassem na assistência, a organização de grupos de familiares e grupos terapêuticos para pacientes com patologias semelhantes e a estruturação de procedimentos e rotinas de trabalho são alguns exemplos das respostas dadas às exigências da participação institucional e que foram proporcionando visibilidade, reconhecimento e inserção ao trabalho no contexto da assistência hospitalar.

A assistência aos pacientes seguia uma dinâmica estabelecida a partir de protocolos que determinavam em quais situações, condições ou momentos do tratamento o psicólogo poderia acessar o paciente ou seus familiares. O *setting* em que esses atendimentos ocorriam, a dinâmica das intervenções médicas e o contexto institucional vigente foram norteando a forma de atuação do psicólogo que, em alguns casos, estava voltado à psicoterapia individual, a grupos de orientação ou terapêuticos, à orientação e suporte psicológico à equipe assistencial ou à utilização de terapias complementares.

Ainda que bastante inseridos nos contextos ambulatoriais e na atenção de pacientes vítimas de algumas patologias específicas (oncológicas, por exemplo), a entrada do profissional naquele contexto estava envolta em um desconhecimento sobre o impacto de sua intervenção e, principalmente, sobre qual a sua contribuição à assistência à saúde. Por essa razão, a padronização, a utilização de mecanismos predefinidos para que sua presença pudesse ser requisitada e autorizada e a visão de alguns gestores e de equipes assistenciais que abriram espaços proporcionaram suporte e empoderamento às compreensões psicológicas e à introdução do indissociável psíquico ao cuidado em saúde.

Segundo muitos autores da época, a participação do psicólogo em equipes multidisciplinares constituía-se em um importante desafio por representarem dificuldades em estabelecer com clareza suas atribuições, pelas expectativas por vezes equivocadas em relação ao seu trabalho e pelas dificuldades inerentes à tradução dos fenômenos psíquicos. Autores como Romano (1999) e Moré e

colaboradores (2004) chamavam a atenção para uma séria dificuldade do psicólogo: expressar-se de forma clara e objetiva (DA ROSA, 2005).

Resultante das adaptações técnicas e processuais, foram necessários acordos e estruturações às tarefas que atualmente são absolutamente comuns na prática hospitalar. Uma delas, por exemplo, foi a necessidade de inclusão de registros do psicólogo em prontuário médico. Alvo de debates até entre diferentes instituições, em nosso hospital, essa questão teve que ser vencida, inclusive em razão das exigências para acreditação hospitalar, cujo primeiro ciclo ocorreu no ano de 1999. Nesse momento, estabeleceu-se não só um formato, um padrão e uma obrigação para registro em prontuário, mas também os primeiros documentos que descreviam os procedimentos de atendimentos psicológicos.

Esse nível de estruturação era considerado inédito e trazia, pela ausência de modelos, um desafio aos psicólogos da época, para descrever o processo de atendimento psicológico sem, contudo, perder suas particularidades e subjetividades. Paralelamente, outras exigências, inerentes ao trabalho multidisciplinar, foram se apresentando e impondo ao trabalho do psicólogo uma diferenciação que, ao longo dos próximos anos, foram definindo contornos ao modelo de trabalho do psicólogo hospitalar no HIAE.

De modo geral, o psicólogo encontrava-se em um momento em que sua linguagem e suas técnicas precisavam ser revisitados e adaptados à realidade, dinâmica, das necessidades e demandas do cotidiano hospitalar, em particular o desta instituição, local que traz em seus princípios a premissa do cuidado humanizado, da excelência e da gratidão de um povo recebido com respeito e dignidade em um pós-guerra sem precedentes.

Isso permitiu, por exemplo, que, em meados dos anos 1990, a liderança deste hospital, que demonstrava uma visão clara sobre a importância e a necessidade de compor uma medicina de alta complexidade com a disponibilidade para o cuidado de um indivíduo doente, promovesse a participação do psicólogo nas discussões, elaboração e construção do projeto arquitetônico de uma unidade de terapia intensiva (UTI) humanizada, considerando não só a necessidade de se garantir a privacidade necessária para se lidar com as dores desse contexto, mas também as características dos profissionais que iriam atuar em uma das mais competentes UTIs do país.

Seguindo a evolução do trabalho e a partir de parcerias estabelecidas entre psicólogos e enfermeiros, surgiu um movimento no sentido de construir condições para trazer, para dentro da UTI, familiares dos pacientes criticamente doentes, por meio de sua avaliação e orientação, contribuindo para que ele fizesse uso de outros recursos pessoais para lidar com a doença e enfrentá-la. O indivíduo, a partir dessa condição, estabelece contato com as dificuldades e com a possibilidade de finitude e deixa de ser um objeto de intenção para ser um objeto de atenção.

Isso possibilitou que a família passasse a integrar de maneira indissociável os espaços e a atenção da equipe multidisciplinar, ampliando assim um modelo que até então só víamos acontecer nas unidades de atendimento pediátrico e neonatal.

Frente à diversidade de demandas e situações novas, o instrumental desenvolvido até aquele momento parecia insuficiente ou, pelo menos, pouco compreensivo para fazer frente aos desafios que se impunham, de maneira que, em alguns momentos, chegávamos a nos questionar se continuávamos a “fazer” psicologia (ciência e profissão) ou se estávamos confundidos com a necessidade de suprir desejos e dar respostas às equipes que não estariam contidas dentro da ciência psicológica.

A resposta a essas demandas passou a promover um olhar diferenciado do fenômeno psicológico no contexto hospitalar, para além de sua obviedade, na busca do não dito, da escuta atenta, da possibilidade de dar voz ao paciente e ao seu sofrimento, colocando-se, assim, na posição de mediador e catalizador das relações interpessoais no contexto hospitalar. Isso confere ao psicólogo um *status* muito diferenciado daquele que apreendemos da clínica tradicional pois, dessa maneira, seu “paciente identificado” não é necessariamente o “paciente internado”.

Naquele momento, existiam dúvidas e diferenças entre os serviços de psicologia existentes em hospitais públicos e privados, proporcionando uma problematização e uma união dos profissionais para a definição de uma especialidade que ocorreu, em termos de normatização pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), no ano de 2000 (CFP, 2000).

Ao mesmo tempo, a participação na dinâmica de equipe foi crescendo rapidamente, de maneira a levar os profissionais a uma melhor qualificação e, no serviço de psicologia do HIAE, ao próximo passo de crescimento, que foi a introdução de novos mecanismos (como um serviço de interconsulta, por exemplo) e de novas especialidades (como a neuropsicologia, musicoterapia, entre outras).

A psicologia hospitalar teve que adicionar maior flexibilidade e plasticidade em sua atuação, dada a necessidade de crescimento, de trazer respostas mais efetivas às demandas e às dificuldades das equipes, das famílias e dos pacientes e dado o reconhecimento de que a multidisciplinaridade era e sempre será o caminho mais adequado para dar conta do complexo fenômeno psicológico no contexto hospitalar.

Segundo Seidl e Costa (1999), esse nível de atuação, que considera um o modelo de atenção integral, caracteriza uma equipe que realiza mais pesquisas e tem maior interesse em contribuir para a construção de um corpo teórico-prático da psicologia como ciência. E é justamente isso que vimos ocorrer nos anos subsequentes na Psicologia Hospitalar no HIAE.

A expansão do trabalho da psicologia no hospital

Com um olhar retrospectivo, podemos localizar, nos anos 2000, o início de uma fase de grande expansão da psicologia na instituição. Nessa fase, além da assistência prestada aos pacientes, por meio de protocolos preestabelecidos, o psicólogo passou a atuar também por meio de avaliações solicitadas por outras clínicas em todo o hospital, por meio de um instrumento introduzido na rotina de assistência de enfermagem chamada avaliação de riscos multiprofissional.

Essa avaliação permitia que, nas primeiras 24 horas e, depois, a cada 48 horas, os pacientes passassem a ser avaliados segundo critérios estabelecidos pelo grupo de psicólogos e que permitiriam, aos profissionais de enfermagem, a solicitação de consulta psicológica em qualquer área do hospital. O modelo utilizado para formalização da atuação era o de interconsulta. Nesse sentido, a abordagem profissional ocorreria por duas vertentes distintas

e complementares: a consultoria e a ligação. Entendia-se por ligação todas as ações de orientação à equipe, discussões de casos, ações de humanização etc. À consultoria, designava-se o atendimento psicológico ao paciente.

Segundo o modelo estabelecido, a proporção das ações de ligação eram bem maiores (Figura 1.1) na medida em que se compreendia que o objetivo estava no estudo das “interações” (comportamentais ou relacionais) do sujeito com o ambiente, com os interlocutores, com as situações e com a própria doença. O maior desafio estava em efetivamente trazer a dimensão psíquica para o cotidiano da instituição.

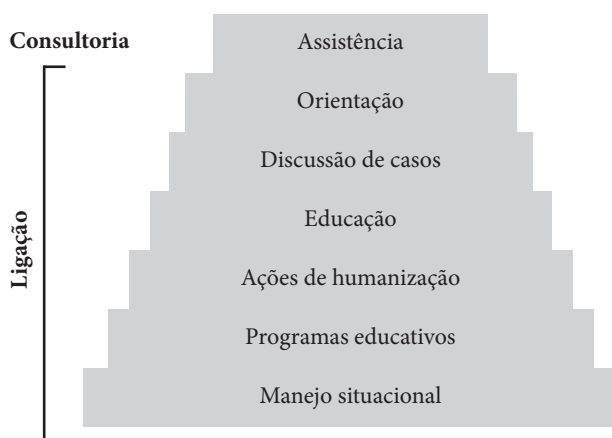


Figura 1.1 Representação gráfica do modelo assistencial baseado no modelo de interconsulta em saúde mental.

Ponto de partida de várias ações no hospital, o grupo de psicologia, então coordenado pela psicóloga Maria Alice de Chaves Fontes, teve papel importante na consolidação de rotinas, participação nos processos de acreditação pela Joint Commission (em 1999) e no reconhecimento e ampliação do trabalho do psicólogo, conforme comenta a própria Maria Alice:

Eu me tornei coordenadora da psicologia, e juntas, Christiane, Paola e eu, trabalhávamos especialmente no Centro de Terapia Intensiva do Adulto (CTI-A). À medida que continuávamos a acompanhar os pacientes que tinham alta para os andares de

internação, outras áreas do hospital tinham contato conosco e começaram a solicitar o trabalho do psicólogo.

No CTI, tivemos diversas publicações sobre os fatores de estresse para os pacientes, necessidades dos familiares e da equipe, conquistando alguns prêmios pelo projeto de humanização. Criamos políticas de visitas flexíveis para os familiares. Apoiávamos a equipe nos cuidados aos pacientes graves e seus familiares... Escrevemos juntas o primeiro manual de qualidade com procedimentos para o serviço de psicologia... Outros projetos foram sendo agregados num momento em que o hospital crescia fortemente sob o primeiro mandato do presidente Dr. Claudio Lottemberg. Na época, fui também convidada para ser coordenadora do projeto Álcool e Drogas sem Distorção, com o lançamento de um website informativo e interativo sobre prevenção de álcool e drogas (depoimento de Maria Alice de Chaves Fontes em maio de 2016).

Progressivamente, a inserção dos psicólogos nas áreas de internação permitiu uma grande ampliação do grupo e foi demonstrando a necessidade de inclusão de mais profissionais ao quadro que, até o momento, contava com seis profissionais, sendo dois na oncologia, um na pediatria e três no centro de terapia intensiva.

Nessa época, os programas de humanização da assistência estavam começando a aparecer no cenário da saúde e a psicologia teve papel protagonista, participando de sua estruturação e da condução de seu progresso, publicando inclusive um livro para, com o registro de sua experiência, contribuir para o desenvolvimento de programas semelhantes em outros hospitais.

A instituição da especialidade de Psicologia Hospitalar em 2000 também trouxe progressivamente mais consistência ao trabalho, levando ao desenvolvimento teórico e prático, bem como maior número de publicações científicas sobre o tema, proporcionando uma base conceitual mais sólida ao trabalho que há muito se estruturava nos hospitais. Para a equipe de psicologia do HIAE, foi a possibilidade de promover trocas e parcerias que foram culminar,

em 2005, na organização e presidência do V Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.

Com alguns anos de experiência no trabalho com as equipes do hospital, o grupo de Psicologia Hospitalar do HIAE tem sua participação valorizada e presença garantida em boa parte das atividades assistenciais, de pesquisas e publicações, muitas delas em conjunto com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, consolidando-se assim como um verdadeiro membro da equipe assistencial e como profissional de saúde.

Essa época marcou também o início de um longo período de publicações de pesquisas e de experiências por meio de artigos em periódicos e livros (ver Quadro 1.1), contribuindo, assim, para o desenvolvimento da ciência psicológica no contexto hospitalar.

Essa ação foi possível por meio da contratação de alguns profissionais que já possuíam formação e titulação acadêmica formal e que, em parte de seu tempo e munidos de entusiasmo do “jovem serviço de psicologia”, dedicaram-se a estruturar pesquisas ou orientá-las, contribuindo também para o desenvolvimento dos colegas, como ressalta o neuropsicólogo Shirley Silva Lacerda:

Desde a sua criação como serviço, tanto a psicologia quanto a neuropsicologia preocuparam-se não apenas em prestar assistência ao paciente, mas também na produção de conhecimento que possa contribuir com o crescimento das áreas como geradora de pesquisas. Apesar das dificuldades enfrentadas na conciliação de ambas as atividades no contexto hospitalar, este desafio foi sendo aos poucos vencido, e cada vez mais trabalhos de qualidade foram surgindo ao longo dos últimos anos.

Dentre os desafios enfrentados, estavam a formação do psicólogo voltada mais para o atendimento ao paciente e à equipe do que na coleta de dados que possam ser usados para a produção de conhecimento científico. Além disso, a velocidade das tarefas do dia a dia, bem como a crescente demanda pelos serviços do psicólogo, dificultavam o planejamento de projetos de pesquisa que atendessem aos rigorosos critérios estabelecidos pelos comitês de pesquisa. Apesar

disso, é evidente a maior dedicação e cuidado que os profissionais interessados na publicação de trabalhos têm adotado na condução para que seus achados possam ser divulgados em veículos de prestígio no meio científico (depoimento de Shirley Silva Lacerda em maio de 2016).

Quadro 1.1 Artigos e livros publicados entre 1997 e 2013

Artigos publicados em periódicos (1997-2013)

1. GUIMARO, M. S.; CAIUBY, A. V. S.; SANTOS, O. F. P.; LACERDA, S. S.; ANDREOLI, S. B. Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 3175-3181, 2013.
2. GUIMARO, M. S.; STEINMAN, M.; KERNKRAUT, A. M.; SANTOS, O. F. P.; LACERDA, S. S. Psychological distress in survivors of the 2010 Haiti earthquake. *Einstein*, São Paulo, v. 11, p. 11-14, 2013.
3. CAIUBY, A. V. S.; LACERDA, S. S.; QUINTANA, M. I.; TORII, T. S.; ANDREOLI, S. B. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 597-603, 2012.
4. GUIMARO, M. S.; LACERDA, S. S.; AGUIAR, M. R.; KARAM, C. H.; KERNKRAUT, A. M.; FERRAZ-NETO, B. H. Post-traumatic stress disorders, mood disorders, and quality of life in transplant recipients with acute liver failure. *Transplantation Proceedings*, Houston, v. 43, n. 1, p. 187-188, 2011.
5. CAIUBY, A. V. S.; ANDREOLI, P. B. A.; ANDREOLI, S. B. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 77-84, 2010.
6. GOUVEIA, P. A. R.; PRADE, C. V.; LACERDA, S. S.; ANDREOLI, P. B. A. Reabilitação neuropsicológica em fase aguda e crônica após Traumatismo Craniano Encefálico (TCE): um relato de caso. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 2, n. 1, p. 18-26, 2009.

7. LACERDA, S. S.; GUIMARO, M. S.; PRADE, C. V.; FERRAZ- NETO, B.; KARAM, C. H.; ANDREOLI, P. B. A. Neuropsychological assessment in kidney and liver transplantation candidates. *Transplantation Proceedings*, Houston, v. 40, n. 3, p. 729-731, 2008.
8. GUIMARO, M. S.; LACERDA, S. S.; KARAM, C. H.; FERRAZ- NETO, B.; ANDREOLI, P. B. A. Psychosocial profile of patients on the liver transplant list. *Transplantation Proceedings*, Houston, v. 40, n. 3, p. 782-784, 2008.
9. GUIMARO, M. S.; LACERDA, S. S.; YONEZAWA, E. A. Y.; KARAM, C. H.; SA, J. R.; MIRANDA, M. P.; ANDREOLI, P. B. A. Evaluation of efficacy on a pancreas and pancreas-kidney pre-transplantation orientation group. *Transplantation Proceedings*, Houston, v. 39, n. 8, p. 2535-2537, 2007.
10. GUIMARO, M. S.; LACERDA, S. S.; BACCOCCINA, T. D.; KARAM, C. H.; SA, J. R.; FERRAZ- NETO, B.; ANDREOLI, P. B. A. Evaluation of efficacy in a liver pretransplantation orientation group. *Transplantation Proceedings*, Houston, v. 39, n. 8, p. 2522-2524, 2007.
11. VICTORINO, A. B.; NISENBAUM, E. B.; GIBELLO, J.; BASTOS, M. Z. N.; ANDREOLI, P. B. A. Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da SBPH*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 53-63, 2007.
12. GUIMARO, M. S.; LACERDA, S. S.; SÁ, J. R.; ANDREOLI, P. B. A. Avaliação da procura num serviço de interconsulta psicológica de pacientes submetidos a transplantes num hospital geral. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*, Porto, v. 12, n. 1, p. 51-57, 2005.
13. CAIUBY, A. V. S.; ANDREOLI, P. B. A. Intervenções psicológicas em situações de crise na Unidade de Terapia Intensiva. Relato de casos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 63-67, 2005.
14. ERLICHMAN, M. R.; CAIUBY, A. V. S.; SILVA, A. L. M.; CAMARGO, L. F. A.; TAUB, A.; ANDREOLI, P. B. A.; ALMEIDA, F. P.; KNOBEL, E. Resuscitative status of patient during their stay in the UCI: changing decision-making to end-of-life care. *Critical Care*, London, v. 9, p. 107, 2005. (Supplement 2).
15. KARAM, C. H.; ANDREOLI, P. B. A.; CENDOROGLO, M. Desenvolvimento de uma lista de sinais e sintomas para identificação de fatores de

- risco em pacientes e doadores candidatos a transplante renal. *Jornal Brasileiro de Transplantes*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 204-207, 2004.
16. ZACHI, E. C.; ANDREOLI, P. B. A.; CAIUBY, A. V. S.; TAUB, A. A intervenção psicológica para familiares de pacientes críticos. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1/2, p. 15-17, 2002.
 17. ANDREOLI, P. B. A.; NOVAES, M. A. F. P.; KARAM, C. H.; KNOBEL, E. What can a psychologist do at an ICU? The epidemiological description of the patients. *Critical Care*, London, v. 5, p. 79, 2001. (Supplement 3).
 18. ANDREOLI, P. B. A.; NOVAES, M. A. F. P.; KARAM, C. H.; KNOBEL, E. The ICU humanization program: contributions from the psychologist team. *Critical Care*, London, v. 5, p. 80, 2001. (Supplement 3).
 19. RIBEIRO, M. C.; BARALDI, S.; JANISZEWSKI, M.; PRESTES, L.; SCOBAR, M. G. S.; ANDREOLI, P. B. A.; FIGUEIREDO, L. F. P.; KNOBEL, E. Patient satisfaction with postoperative analgesia in ICU: pain is not the unique determinant. *Critical Care*, London, v. 5, p. 78, 2001. (Supplement 3).
 20. NOVAES, M. A. F. P.; KNOBEL, E.; KARAM, C. H.; ANDREOLI, P. B. A.; LASELVA, C. A simple intervention to improve patients and families satisfaction. *Intensive Care Medicine*, Paris, v. 27, n. 5, p. 937, 2001.
 21. ANDREOLI, P. B. A.; NOVAES, M. A. F. P.; KARAM, C. H.; KNOBEL, E. Necessidades dos Familiares de pacientes em UTI. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 61-63, 2000.
 22. NOVAES, F. M. A.; KNOBEL, E.; BORK, A. M.; PAVÃO, O.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*, Paris, v. 24, p. 1421-1426, 1999.
 23. NOVAES, F. M. A.; ARONOVICH, A.; FERRAZ, M. B.; KNOBEL, E. Stressors in ICU: patient's evaluation. *Intensive Care Medicine*, Paris, v. 23, p. 1282-1285, 1997.

Livros publicados (2004-2013)

1. ANDREOLI, P. B. A.; CAIUBY, A. V. S.; LACERDA, S. S. *Manuais de especialização Einstein: Psicologia Hospitalar*. Barueri: Manole, 2013. 248 p.

2. KARAN, C. H.; BELLODI, P. L.; NOVAES, F. M. A. A criança na UTI. In: CARVALHO, E. S.; CARVALHO, W. B. (Org.). *Terapêutica e Prática Pediátrica*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. v. 1. p. 95-98.
3. KNOBEL, E.; da SILVA, A. L. M.; ANDREOLI, P. B. A. (Org.). *Coração... é emoção: a influência das emoções sobre o coração*. São Paulo: Atheneu, 2010. v. 1. 238 p. (Prêmio Jabuti na categoria Psicologia e psicanálise).
4. KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. (Org.). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu, 2008. v. 1. 375 p.
5. ANDREOLI, P. B. A.; TAUB, A. (Org.). *Cuidando de pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas*. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 1. 50 p.

Também nessa época, necessidades específicas passaram a se impor e o quadro de profissionais foi incorporando especialistas em neuropsicologia e psiquiatria. A inauguração do ambulatório de neuropsicologia tornou-se um marco importante na evolução da psicologia hospitalar em razão da contribuição teórico-prática que trouxe ao atendimento de pacientes vítimas de traumas encefálicos ou outras patologias neurológicas, como lembra a psicóloga Anita Taub que, à época, tornou-se gerente do serviço de psicologia e neuropsicologia do HIAE, o que ela, em pouco tempo, se reverteria no departamento de saúde mental.

Meu ingresso no Hospital Israelita Albert Einstein foi no ano de 1999 a convite do então presidente da instituição e neurocirurgião dr. Reynaldo Brandt, com a incumbência de realizar avaliação neuropsicológica de pacientes oncológicos em procedimento de radioterapia cerebral. À época, os psicólogos do hospital encontravam-se alocados nas diferentes áreas de especialidade (unidade de terapia intensiva, maternidade, oncologia e pediatria) sem uma coordenação única. Com o aumento da demanda de avaliações neuropsicológicas para outras clínicas e a necessidade de contratação de

mais profissionais, recebi a missão de coordenar um serviço especializado que agregasse também os psicólogos já existentes em uma equipe única que prestasse assistência a todas as clínicas do hospital. Neste momento, houve uma mudança na forma de inserção destes profissionais na instituição, que passaram a atuar como membros das equipes assistenciais.

A meu ver, algumas características inerentes à neuropsicologia como especialidade, como realizar procedimentos mais próximos do modelo médico, abriram caminho para a compreensão do papel e da importância dos psicólogos no hospital (depoimento de Anita Taub em maio de 2016).

A equipe de Psicologia Hospitalar do HIAE passou a desenvolver, então, visão e habilidades diferenciadas que, combinadas ao conhecimento dos neuropsicólogos, formaram o embrião do departamento que abrigaria especialidades afins (psicologia hospitalar, neuropsicologia e psiquiatria).

A contratação de uma neuropsicóloga para integrar a equipe de psicologia hospitalar talvez demonstre, de maneira inequívoca, a riqueza que a pluralidade e o desafio da integração de saberes pode trazer ao desenho do serviço de psicologia hospitalar, que fica evidente no depoimento da neuropsicóloga Soraya Azzi sobre sua contratação:

Em 2001, Anita Taub me convidou para participar do processo da vaga de neuropsicologia infantil do setor de psicologia do HIAE. A vaga objetivava avaliação em neuropsicologia infantil e atendimento psicológico na pediatria e na unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica. Na ocasião, a pediatria e a UTI pediátrica não tinham uma psicóloga de referência que pudesse realizar um trabalho horizontal e integrado. A demanda foi crescendo e, após um ano, eu estava totalmente dedicada e envolvida diariamente nos atendimentos da pediatria e UTI pediátrica, escutando, validando e oferecendo suporte a todos os envolvidos na assistência: ao paciente pediátrico, seus pais e familiares mais presentes, como irmãos

e avós, e também à equipe assistencial. Conviver com o resgate da vida e a inversão cronológica do desfecho com a morte de um filho me fez enfrentar o sofrimento, mas também, mesmo diante de tamanha dor, poder ajudar pequenos/grandes seres humanos a escreverem sua breve história, recebendo assistência cuidadosa dos profissionais envolvidos e o amor incondicional de seus pais... Sou grata ao HIAE e em especial ao serviço de psicologia, pelo reconhecimento ao meu trabalho e por acreditar que a diversidade na abordagem psicológica pode contribuir no cuidado humanizado e no alívio do sofrimento (depoimento de Soraya Gomiero Fonseca Azzi em maio de 2016).

Um outro capítulo que deu horizontes diferentes aos três a quatro anos seguintes foi o desenvolvimento do então programa de orientação de álcool e drogas, para um programa de atendimento ao usuário de álcool e de outras drogas, consolidando, assim, o projeto de atenção em saúde mental e a estruturação do departamento de saúde mental, com psicólogos hospitalares, neuropsicólogos, psiquiatras e musicoterapeuta. Nessa época, publicou-se o primeiro livro do grupo, *Cuidando de pessoas com problemas relacionados a álcool e outras drogas* (ver Quadro 1.1).

A interface com a psiquiatria e afecções mentais no âmbito do hospital geral fez com que novas capacitações fossem agregadas à equipe, com a contratação de profissionais especializados no cuidado de pessoas com dependências, como comenta Selma Bordin:

Comecei no Einstein em 2002, junto com o Programa Álcool e Drogas. A psicologia, a meu ver, consolidava o espaço adquirido junto ao paciente e ampliava sua atuação para além dele, empoderando as equipes para lidar com as situações emocionalmente difíceis do dia a dia. E o Programa Álcool e Drogas trouxe pacientes com diagnósticos psiquiátricos claramente estabelecidos... Eles sempre estiveram lá, mas nunca para tratamento da saúde mental. A equipe multiprofissional começou a ter que falar sobre isso.

Tivemos que ajudá-los a lidar com pacientes que precisavam ser contidos ou que queriam fugir. Estabelecemos protocolos que diziam como deveriam agir e como pedir ajuda. Demos suporte, e aos poucos se habituaram a ver o paciente além do seu diagnóstico e a não ter medo dele (depoimento de Selma de Lourdes Bordin em maio de 2016).

Assim, vimos, na diversidade de abordagens, uma oportunidade de juntar esforços e criar um departamento forte para a tratativa das questões relacionadas à saúde mental, que, além das especialidades já comentadas, congregava atividades relacionadas à unidade de *check-up*, de ambulatórios de especialidades como de transplantes de órgãos, de atendimentos na comunidade, de atendimento a idosos institucionalizados e de psicologia de reabilitação. Outro marco importante foi a introdução de abordagens complementares na construção de uma atenção psicológica mais abrangente, diversa e focada na necessidade dos pacientes. Foi nesse contexto que introduzimos o trabalho da musicoterapia. A adoção da música como possibilidade terapêutica abriu novos horizontes de atuação em unidades críticas e, mais adiante, um trabalho importante também na oncologia.

Era o ano de 2002 quando cheguei com o violão e muitas ideias de como fazer a musicoterapia acontecer no HIAE. Anita Taub e Paola Andreoli estavam entusiasmadas, e o grupo abraçou a ideia de forma surpreendente. Poder combinar atendimento psicológico com a musicoterapia foi um processo que levou alguns anos dentro do hospital e um aprendizado com histórias que me transformaram e me inspiraram a fazer o que faço até hoje. A música pode transformar um espaço e as relações que lá acontecem, pode construir pontes para novos diálogos, pode despertar sentimentos e inspirar movimentos. Foi com esse ânimo que fomos inserindo a musicoterapia em diferentes unidades, como reabilitação, pediatria, oncologia, diálise, unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e sala de espera da unidade de terapia intensiva (UTI) adulto – iniciativas de grupos, de projetos, de atendimentos individuais, de acompanhamentos

em conjunto com a psicóloga da unidade. Na pediatria, por exemplo, pudemos acompanhar pais e crianças com um olhar atento e criativo, favorecendo ajustes e enfrentamentos que surpreenderam as equipes com canções originais compostas por mães, pacientes e pela psicóloga junto com a musicoterapeuta (depoimento de Cristiane Ferraz Prade em maio de 2016).

A experiência com o ambulatório e os pacientes dependentes de álcool e outras drogas nos serviu de base para o desenvolvimento de questionários de avaliação de riscos e, em 2005, passamos a alcançar novos projetos institucionais, como a introdução do trabalho do psicólogo no contexto da unidade de *check-up*, conforme comenta também a psicóloga Selma Bordin, que fez parte da equipe deslocada para esse *setting* a fim de estruturar o serviço:

O segundo momento, em 2005, foi quando levamos a avaliação de saúde mental para o check-up, investigando riscos para depressão, estresse e abuso de álcool ou outras drogas. Quando identificávamos algum cliente com risco, pedíamos que passasse por uma consulta com uma das psicólogas. Mas era a equipe administrativa incumbida de comunicar ao cliente. Tiveram medo de falar sobre isso com ele, das perguntas que poderiam fazer e que não saberiam como responder. Demos suporte, falamos sobre depressão, sobre suicídio, colocamo-nos juntos e à disposição. Criamos rotinas e protocolos para que todos soubessem o que fazer, mesmo quando não sabiam o que fazer. Mostramos que a saúde mental, ou a falta dela, faz parte da vida e conquistamos um grande respeito enquanto especialidade (depoimento de Selma Bordin em maio de 2016).

A realidade vivida por esse grupo de profissionais refletia o desenvolvimento da profissão no Brasil que, nessa época, já contava com 12% dos profissionais trabalhando em serviços de saúde, com 46,5% deles possuindo especialização na área e 8,6% com pós-graduação (CFP, 2003).

De 2002 a 2005, o departamento possuía um grande número de psicólogos hospitalares, neuropsicólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, sociais, de reabilitação e especializados em gerontologia. A atuação hospitalar cresceu enormemente, dando espaço à atuação em todas as áreas, de maneira que não existia uma única unidade de tratamento onde um psicólogo não pudesse ser encontrado. A inserção e o reconhecimento por parte das equipes assistenciais e de apoio era inegável.

No contexto de pacientes internados, a atuação da psicologia hospitalar dava-se por meio das solicitações de interconsulta, mas também por meio das avaliações de risco ou de protocolos de atendimento que permitiam a avaliação psicológica de pacientes com condições críticas ou de grande risco. Os grupos terapêuticos estendiam-se por várias áreas, alcançando desde pais nas UTIs neonatais até a orientação a familiares para manejo de pacientes com quadros neurológicos, acolhimento de pais na pediatria, visitas multiprofissionais nas unidades de terapia intensiva, entre outros.

Essa participação intensa na rotina institucional e nas equipes possibilitou-nos participar da estruturação de outros serviços de assistência a pacientes em condições específicas, como a assistência em cuidados paliativos, que teve seu principal foco de atuação na área de oncologia e, a partir da expansão do serviço de musicoterapia, teve grande sucesso na abordagem psicológica também a pacientes terminais, como relata a própria psicóloga da época:

Depois de alguns anos, fui chamada para ser a psicóloga de referência da oncologia. Diante da demanda da unidade, foi um grande desafio manter alguns projetos e parcerias de musicoterapia com outras unidades. Alguns foram encerrados, outros ficaram mais espaçados. Mas foi nesse momento que pude explorar com mais profundidade a construção da minha identidade profissional, com psicologia e musicoterapia combinadas e não mais como especialidades separadas. Foram anos de contribuir para lindos projetos, como o surgimento da equipe interdisciplinar de TMO e o nascimento do serviço de cuidados paliativos. Esses dois projetos, em especial, a mim são muito caros. A rotina de atendimento era sempre dinâmica. Eu chegava ao paciente via risco psicológico

identificado pela enfermeira, protocolo da assistência, pedido médico e algumas vezes pedido do próprio paciente ou da família. Tinham dias dedicados a estimular a enfermagem a cantar e aliviar o estresse – dessa forma, estendendo o cuidado para a equipe, uma vez que a parceria com a enfermagem era fundamental e pedia uma escuta atenta e acolhedora. Havia manhãs longas voltadas aos cuidados, apoio e orientação de familiares quando um paciente estava se despedindo da vida, e outras nas quais, junto com a equipe, comemorávamos o sucesso do tratamento do paciente. Havia ainda as horas de permanecer ao lado de quem estava morrendo e mantinha a presença segura e terapêutica por meio de suas canções favoritas. O HIAE me deu oportunidades de crescer e de oferecer o meu melhor, sobretudo de aprender todos os dias desses sete anos e de conhecer o melhor de muitos profissionais com quem trabalhei (depoimento de Cristiane Ferraz Prade em maio de 2016).

Entre os anos de 2005 e 2010, houve a consolidação de várias frentes de trabalho, como a construção e a implantação do trabalho do psicólogo em programas de transplantes, nas unidades de diálise, na reabilitação, em ambulatórios de especialidades e em programas de atendimento à catástrofe, como no caso da assistência às vítimas do terremoto do Haiti (janeiro de 2010), conforme comenta a psicóloga Melissa Simon Guimaro Alvarenga, que participou do programa de ajuda humanitária a essas vítimas:

Apesar de todo sofrimento envolvido após o terremoto de 2010 no Haiti, participar da missão humanitária de ajuda às vítimas com a equipe do Hospital Albert Einstein trouxe um dos mais marcantes aprendizados profissionais da minha história.

Dada a dimensão da tragédia, a sensação de poder contribuir oferecendo suporte psicológico para as vítimas e para a equipe de saúde foi extremamente gratificante.

Compartilhar o trabalho com profissionais de diferentes países e oferecer suporte emocional para pacientes de uma cultura tão diversa foi uma experiência única.

A pouca estrutura e o improviso certamente foram características marcantes nesse trabalho. Foi um grande desafio, mas foi também sua principal riqueza (depoimento de Melissa Simon Guimarães Alvarenga em junho de 2016).

Desde a sua inauguração, a psicologia integrou e cresceu junto com a equipe do Centro de Diálise Einstein (CDE) e, para além da assistência, monitorava de maneira consistente a percepção de qualidade de vida e os sintomas de depressão dos pacientes em programa ambulatorial, estabelecendo uma rotina de encaminhamento para avaliação psiquiátrica, a partir dos riscos identificados e o reconhecimento dessas análises em congressos nacionais e internacionais.

No Centro de Cirurgia da Obesidade Einstein (CCOE), a psicologia também participou desde o início da elaboração de protocolos assistenciais e avaliações específicas, com o objetivo de identificar potenciais riscos nas diferentes fases do tratamento e de contribuir para o processo de mudança desses pacientes, estabelecendo uma comunicação efetiva dos resultados não só com a equipe clínica do CCOE, mas também com os médicos clínicos e cirurgiões que encaminham esses pacientes para o serviço e que, atualmente, compõem o grupo médico assistencial (GMA) de síndrome metabólica.

Todas essas experiências trouxeram novos horizontes ao serviço, possibilitando, ao longo dos anos, a constituição de massa crítica para a formação de pessoas, com programas de estágio e curso de especialização em Psicologia Hospitalar e a produção de conhecimento na área (ver Quadro 1.1).

A psicologia hospitalar no cotidiano da instituição

Mesmo tendo ocorrido uma descentralização das atividades da psicologia, com o fechamento do departamento de saúde mental, conservaram-se unidas as especialidades de psicologia hospitalar, neuropsicologia e psicologia da

reabilitação, por comporem o conjunto de atividades que envolviam o atendimento ao paciente no âmbito do contexto hospitalar, seja ele de pacientes internados ou ambulatoriais.

Estabeleceu-se, a partir daí, uma maior sinergia conceitual e técnica entre essas especialidades em prol da melhor assistência ao paciente. A possibilidade de interlocução e de colaboração entre as várias especialidades, já construída há alguns anos, constitui um grande diferencial do serviço de Psicologia Hospitalar do HIAE.

A construção de protocolos, de avaliações e de terapêuticas com a contribuição de várias áreas de especialidade trouxe ao serviço uma característica particular e inovadora, imprimindo no desenvolvimento teórico-prático da Psicologia Hospitalar do HIAE um maior pragmatismo frente às necessidades reais e atuais das instituições hospitalares e dos programas de qualidade e de segurança do paciente.

O trabalho multidisciplinar e a participação em diversos projetos na instituição permitiram que o psicólogo passasse a participar de treinamentos institucionais para formação de equipes. Chamados genericamente de “treinamentos comportamentais”, a contribuição da psicologia tem sido fundamental para o desenvolvimento e a capacitação de equipes, utilizando, inclusive experiências, pgressas, como a gestão de conflitos.

Progressivamente ampliou-se a possibilidade de formação de alunos por meio de programas de estágio, para além do curso de especialização, bem como a participação na formação em outros cursos de graduação e pós-graduação de várias especialidades médicas e não médicas, conforme nos relata o neuropsicólogo Shirley Silva Lacerda, que se tornou recentemente preceptor dos alunos da residência multiprofissional da instituição:

Outro ponto de destaque alcançado pelo serviço de psicologia e neuropsicologia do HIAE, no último ano, foi a introdução do programa de residência multiprofissional em reabilitação, em que uma vaga de residência em psicologia é aberta todos os anos. Com duração prevista para dois anos, sempre dois alunos estarão em formação, apesar de estarem em fases diferentes do programa de residência

multiprofissional. O objetivo da implementação do programa de residência foi poder proporcionar uma sólida formação em atendimento neuropsicológico ao profissional recém-formado, de modo que ele possa, ao final do programa, atuar de modo independente no mercado de trabalho e ser capaz de executar de forma crítica as melhores práticas no atendimento do paciente que necessite de avaliação e reabilitação neuropsicológica. Apesar de ainda recente, a experiência com os residentes tem proporcionado aos serviços de psicologia e neuropsicologia a oportunidade de passar adiante todo o conhecimento e experiência adquiridos ao longo de quase duas décadas.

Nos últimos anos, sob a coordenação da psicóloga Ana Merzel Kernkraut, o serviço de psicologia vem alcançando participação em vários projetos de abrangência institucional e tem, como resultado, a participação indissociável do saber psicológico na rotina da assistência, na educação ao paciente, na melhoria da eficiência operacional, na segurança do paciente, entre outros.

Como o próprio HIAE, a psicologia também não para e tem sede de desenvolvimento, criação, ampliação, produção de conhecimento e participação ativa na construção de uma assistência integral à saúde.

Apesar de estabelecermos um ponto de partida para a narração dessa história, não teremos evidentemente um ponto de chegada, pois ainda há muitas histórias a contar, histórias que dificilmente caberiam nas páginas de um único capítulo, histórias que certamente ainda são narradas por meio dos mais de cem psicólogos que passaram e que ainda constituem o serviço de psicologia do Hospital Israelita Albert Einstein.

Considerações finais

Falar da história de um serviço assistencial é também, em grande medida, falar da contribuição e da história de muitos profissionais. Histórias de engajamento, superação, envolvimento, empatia e, acima de tudo, paixão pelo exercício da profissão.

São muitos os profissionais que, com seu excelente trabalho, compromisso e qualidade, fizeram a reputação e o reconhecimento que hoje a psicologia do Hospital Israelita Albert Einstein possui. A essas pessoas, dedicamos a singela homenagem de escrever partes memoráveis de uma história conjunta, voltada ao atendimento das demandas psíquicas dos pacientes, clientes e profissionais de todos os serviços com os quais estivemos e continuamos atuando.

Referências

- ANDREOLI, P. B. A. Interconsultor: um papel possível para o psicólogo no hospital geral. *Temas*, São Paulo, v. 26, n. 51, p. 22-30, 1996.
- CAMPOS, T. C. P. *O psicólogo em hospitais: aspectos de sua atuação em hospital geral*. 1988. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1988.
- CARVALHO, D. B.; SOUZA, L. M. R.; ROSA, L. S.; GOMES, L. M. C. Como se escreve, no Brasil, a história da psicologia no contexto hospitalar? *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 1005-1026, 2011.
- CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 014/00*, de 20 de dezembro de 2000. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, DF, 2000.
- _____. *Pesquisa feita junto aos associados do Conselho Federal de Psicologia*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2005/05/Pesquisa_WHO.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.
- DA ROSA, A. M. T. *Competências e habilidades em psicologia hospitalar*. 2005. 77 f. Dissertação (mestrado em psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.
- LAMOSA, B. R. *O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil*. 1987. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

ROMANO, B. W. Equipe multiprofissional: é possível a inserção do psicólogo.
In: _____. *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*.
São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 79-82.

SEIDL, E.; COSTA JR., A. O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito
Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 27-32, 1999.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber.
In: CAMPOS, F. C. B. *Psicologia e saúde: repensando práticas*. São Paulo:
Hucitec, 1992. p. 11-23.