

O (a)parecer da psicologia hospitalar em equipe multiprofissional*

The appearance of hospitalar psychology in a multidisciplinary team

Lucas Pimentel de Lara¹
Luciana Tiemi Kurogi²

Resumo

A literatura científica indica uma aparente dificuldade de compreensão da equipe multiprofissional de assistência hospitalar sobre as ações desempenhadas pelo psicólogo hospitalar. O presente estudo objetivou realizar a caracterização de frequência, estratificação por modalidade profissional e a análise do conteúdo dos pedidos de consulta, efetuados pela equipe multiprofissional, destinados ao serviço de psicologia de um hospital do SUS de referência à saúde do idoso. Tratou-se de um estudo de natureza exploratória, qualitativo e quantitativo, que foi realizado de modo documental e retrospectivo por meio da análise de prontuários dos pacientes que possuem solicitação de pedidos de consulta destinados à equipe de psicologia. Por meio da análise de dados quantitativa foi possível identificar a participação das categorias profissionais na elaboração dos pedidos. Na porção qualitativa, realizada pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin, foram encontradas sete categorias: identificação; cuidados paliativos; perdas; paciente; adesão ao tratamento; familiar/acompanhante; e conduta da psicologia. Nas considerações finais, observou-se que a equipe multiprofissional reconhece adequadamente os motivos para solicitar avaliação da equipe de psicologia, mas que não consegue precisar quais são as ações desempenhadas pelo psicólogo hospitalar, solicitando a especialidade para atuar sobre o adoecimento, sem considerar os aspectos subjetivos associados.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; atuação do psicólogo; interdisciplinaridade.

Abstract

The scientific literature indicates an apparent difficulty in understanding of the multidisciplinary hospital care team about the actions performed by the hospital psychologist. The present study aimed to characterize frequency, stratification by professional modality and analyze the content of consultation requests, made by the multiprofessional team, destined to the psychology service of a SUS hospital, reference to the health of the elderly. This was an exploratory, qualitative and

¹ Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - Curitiba/PR – lucas.pdelara@gmail.com

² Universidade Federal do Paraná - Curitiba/PR – kurogi.tiemi@gmail.com

* Agência de Fomento: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - SMS

quantitative study, which was carried out in a documentary and retrospective manner through the analysis of medical records of patients who had consultation requests for the psychology team. Through quantitative data analysis, it was possible to identify the participation of professional categories in the preparation of the requests. In the qualitative portion, carried out by the Bardin Content Analysis method, seven categories were found: identification; palliative care; losses; patient; adherence to treatment; family member/companion; and conduct of psychology. In the final considerations, it was observed that the multiprofessional team adequately recognizes the reasons for requesting an assessment from the psychology team, but is not able to specify what are the actions performed by the hospital psychologist, requesting the specialty to act on the illness, without considering the subjective aspects associated.

Keywords: hospital psychology; psychologist performance; interdisciplinarity.

Introdução

A atuação do psicólogo em saúde está historicamente priorizada em consultório particular, apesar disso, é possível identificar a inserção dessa categoria profissional no contexto hospitalar brasileiro desde a década de 50, bem como houve uma crescente inclusão do psicólogo nos campos de saúde mental e de atenção básica com a construção do Sistema Único de Saúde - SUS (Marcon, Luna & Lisboa, 2004). Com o SUS, o sistema de saúde passou a ser compreendido como uma expressão da organização social e econômica do país, sendo o acesso à saúde um direito fundamental dos cidadãos, considerando as condições de bem-estar físico, mental e social destes (Lei nº 8080, 1990). Entre os princípios do SUS, o de integralidade apresenta o atendimento em diversas áreas específicas aos usuários, apontando a necessidade de compreender a pessoa como um ser holístico e biopsicossocial (Carnut, 2017). O reconhecimento da subjetividade e do sofrimento psíquico, que pode estar associado a um adoecimento orgânico, fundamentam a inserção do psicólogo no contexto hospitalar (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

No contexto hospitalar, o trabalho em equipe multiprofissional tem tomado destaque com o avanço do modelo biopsicossocial em saúde, em que o psicólogo também passou a atuar em conjunto com outras categorias profissionais. Embora haja a integração do psicólogo nessas equipes, a literatura indica que existe uma incompreensão de outros profissionais da saúde acerca do papel do psicólogo, dificultando o trabalho deste (Tonetto & Gomes, 2007). Gazotti e Cury (2019) realçam a importância de os psicólogos hospitalares conquistarem o seu espaço e o reconhecimento da equipe de saúde, objetivando a vinculação com outros profissionais e atender as demandas pertinentes às suas atribuições.

A literatura científica demonstra que é possível identificar dificuldade do próprio psicólogo hospitalar em relação à sua prática, podendo não ter clareza de suas atribuições e que, quando este compreende os objetivos de sua atuação, a integração na equipe é mais efetiva (Schneider & Moreira, 2017). Nesse contexto, a atuação do psicólogo não é direcionada à doença, mas às questões emocionais e à dimensão subjetiva que emergem do adoecimento orgânico e suas repercussões, como o processo de diagnóstico, do tratamento, da morte, dentre outros. A escuta clínica não é destinada apenas ao paciente, como também aos familiares e à instituição (e seus participantes), que são parte do ambiente e da vivência hospitalar, considerando o processo de internação e de cuidado do paciente (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

A crescente participação do psicólogo nas equipes de atenção em saúde, o modelo biopsicossocial de saúde e a possível incompreensão do papel desse profissional no cenário hospitalar por parte da equipe multiprofissional (até mesmo de psicólogos) foram os fatores que motivaram o desenvolvimento desta pesquisa. O presente estudo teve como objetivo realizar a caracterização de frequência, estratificação por modalidade profissional e a análise

do conteúdo dos pedidos de consulta, efetuados pela equipe multiprofissional, destinados ao serviço de psicologia de um hospital de referência à saúde do idoso, partindo da hipótese de que os pedidos de consulta indicam uma incompreensão, por parte da equipe multiprofissional, quanto ao trabalho do psicólogo clínico hospitalar.

Método

A pesquisa é de abordagem qualitativa e quantitativa, exploratória, realizada de modo retrospectivo e documental, sendo que este utiliza documentos da instituição para compor a amostra (Gil, 2002). A pesquisa qualitativa visa aprofundar a compreensão de um grupo ou organização, considerando os “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Silveira & Córdova, 2009, p. 32). Enquanto a pesquisa quantitativa fará uso de dados quantificáveis, priorizando uma representação da população, aspirando ser um retrato da realidade (Silveira & Córdova, 2009). A pesquisa exploratória objetiva aproximar do problema de pesquisa e torná-lo mais explícito, construir hipóteses, aprimorar ideias ou descobrir intuições (Gil, 2002; Silveira & Córdova, 2009).

A fim de elucidar o problema de pesquisa, foram investigados os pedidos de consulta destinados à equipe de psicologia, verificando a frequência e percentual de pedidos, por categoria profissional, e o conteúdo deles. Os pedidos de consulta foram escolhidos como recurso de acesso aos dados, pois é por meio deles que são acionadas as consultas dos psicólogos do hospital do presente trabalho.

Quanto à coleta de dados, foram escolhidas as descrições apresentadas no pedido de consulta para psicologia, que foram acessadas mediante o prontuário eletrônico de pacientes previamente internados no hospital, no período entre setembro e dezembro de 2019. O pedido é produzido em uma caixa de texto livre, sem modelo para preenchimento, e armazenada no prontuário eletrônico do paciente em questão. A coleta de dados foi realizada no Hospital Municipal do Idoso de Curitiba após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba por meio do parecer 3.984.951. A amostra foi selecionada por conveniência.

Análise de Dados

A análise quantitativa foi realizada por intermédio de uma estratificação simples da frequência e a porcentagem das solicitações de consulta para a equipe de psicologia, que foram realizadas por diferentes categorias profissionais. A análise qualitativa foi realizada com base no método de “Análise de Conteúdo” de Bardin (2011), sendo analisadas os conteúdos das descrições do motivo dos pedidos de consulta, que se procederam em três etapas:

1. Pré-análise: leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e objetivos, referência dos índices, elaboração de indicadores e preparação do material.
2. Exploração do material. Em vista da conclusão da fase anterior, a exploração do material se volta a operações de codificação, decomposição e enumeração.
3. Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. Os dados brutos foram analisados por meio de operações estatísticas simples ou complexas, formulação de quadros de resultados ou outros modelos, para organizar as informações advindas da análise.

Os materiais foram codificados em unidades de registro e de contexto e analisados, objetivando que os dados extraídos fornecessem uma representação do seu conteúdo e

permitissem a descrição das características destes (Bardin, 2011). Por conseguinte, os conteúdos foram demonstrados em categorias, que reúnem grupos de elementos, como unidades de registro, em um título genérico. O agrupamento de elementos foi realizado considerando os aspectos comuns entre eles, com possíveis subcategorias mais específicas. Após essa etapa, inferências foram realizadas sobre o material produzido (Bardin, 2011).

Resultados

Resultado quantitativo

Para a composição deste trabalho foram analisados 165 pedidos de consulta. Em média, foram realizados 1,78 pedidos por dia e 53,7 pedidos por mês. Quatro pedidos, dos 165, foram descartados, pois foram inativados pelo profissional que os realizou ou estavam duplicados no sistema. O número total de internações entre os meses de setembro e dezembro de 2019, nas unidades de internação onde o atendimento de psicologia é solicitado por intermédio de pedidos de consulta, foi de 1202, mostrando que 13,39% dessas internações contaram com pedidos para atendimento psicológico, seja para o paciente internado ou para seus acompanhantes/familiares.

As participações das equipes de assistência na composição dos pedidos à equipe de psicologia foram: equipe de medicina com 56 pedidos, representando 34,7% do total; a equipe de fisioterapia realizou 45 pedidos, representando 27,9% do total; a equipe de psicologia enviou 28 pedidos de consulta para o próprio serviço, representando 17,4% dos pedidos; as equipes de enfermagem e de fonoaudiologia enviaram 8 pedidos cada, representando 4,9% cada; o serviço de terapia ocupacional enviou 11 pedidos, representando 6,8%; por fim, a equipe de serviço social realizou apenas 5 pedidos, representando 3,1% dos pedidos.

Resultados Qualitativos

Os conteúdos dos pedidos de consulta destinados à equipe de psicologia permitiram a análise dos dados mediante o método escolhido. Foram identificadas sete (7) categorias - *Identificação, Perdas, Cuidados Paliativos, Adesão ao Tratamento, Conduta da Psicologia, Paciente e Familiar/Acompanhante*, constituídas pelos temas mais recorrentes e significativos que caracterizaram os motivos dos pedidos de consulta psicológica realizados pelas equipes de assistência multiprofissional. Nos próximos parágrafos as sete (7) categorias serão explicitadas.

I. Identificação

A primeira categoria foi nomeada *Identificação*. Essa categoria representa os modos pelos quais a equipe de assistência forneceu uma identidade e contexto ao paciente por meio da comunicação do nome, idade, quem o acompanha na internação, moradia e dinâmica familiar do enfermo. Os aspectos sobre a moradia e dinâmica familiar informam a situação/condição de moradia do enfermo em relatos como “reside com a ex-esposa”, “refere morar com a neta”, “institucionalizado”, “em condição de rua”; assim como aspectos do funcionamento familiar como “familiares pouco presentes”, “possui 4 filhos, os quais revezam os cuidados [...]” e “tem mais dois irmãos, mas ambos se recusam ajudar nos cuidados”.

II. Perdas

A categoria *Perdas* fornece descrições sobre as perdas de entes queridos vivenciadas pelos pacientes ou por seus familiares. Contém informações sobre a identificação da perda; modo da perda; tempo desde a perda; e repercussões dela.

A identificação da perda contém as informações sobre qual ou quais foram os entes queridos que o paciente ou o familiar perderam. Já o modo da perda trouxe dados sobre as causas de morte, como por adoecimento e o tempo desde a perda comunicou a cronologia do tempo desde a perda, em dias, semanas, meses, anos, ou indicando se a perda foi recente ou distante. Por fim, as repercussões da perda trouxeram os efeitos da perda na vida do paciente e de seu familiar, assim como a apresentação destes no momento em que foi colhida a informação (ex: paciente/familiar “choroso”). Os efeitos foram identificados como repercussões emocionais e de humor (“ansioso”, “triste”, “deprimido”, “desânimo”, “alteração de humor” etc.) e repercussões clínicas (“piora do DPOC” e “piora da dispneia”). Outros relatos sobre os efeitos das perdas também indicaram: perda da vontade de viver após o falecimento do ente querido; observação de comportamento de isolamento; paciente ou familiar em processo de luto (enfrentamento da perda).

III. Cuidados Paliativos

A categoria *Cuidados Paliativos* diz respeito aos diversos pedidos em que esse cuidado específico foi informado pela equipe de assistência. Esses pedidos, por vezes, restringem-se a uma breve comunicação sobre o paciente estar inserido, ou possuir critérios/indicação, em cuidados paliativos, assim como a ciência do paciente ou familiar quanto à instituição do cuidado. O estado do paciente também foi comunicado pela equipe em relatos como “paciente em fim de vida”, “estado de terminalidade”.

Outro destaque nesta categoria foi a comunicação do estado emocional dos familiares, evidenciando as diversas descrições em que o profissional requisitante do pedido de parecer indicou a condição emocional de familiares. Os pedidos não estabeleceram uma relação de causa e efeito entre os cuidados paliativos e o estado emocional dos familiares, sendo, então, uma associação de informações que pareceram relevantes à equipe multiprofissional, exemplo: “paciente com critérios para cuidados paliativos e com familiares fragilizados”. Em relação ao *estado emocional dos familiares*, foram encontrados: “familiares angustiados”; “filha triste”; “demonstra preocupação”; “emocionalmente fragilizados”, “apresentando dificuldade em lidar com a situação”; “com dificuldade de aceitação das informações médicas”.

IV. Adesão ao tratamento

A categoria *Adesão ao Tratamento* abarcou informações sobre a adesão do paciente aos seus tratamentos, seu posicionamento diante do tratamento e como se comportava em adoecimentos anteriores. Em alguns pedidos as informações acerca da adesão ao tratamento e aos tratamentos realizados forneceram apenas um contexto ou histórico sobre o paciente, enquanto em outros casos eram os próprios motivos do pedido de consulta. Foram encontrados relatos como: “baixa adesão”; “em negação de tratamento”; “não adere ao tratamento”; “resistente”; “tratamento irregular”. Quanto aos pedidos que continham o posicionamento (escolha) do paciente sobre seus tratamentos: deseja não ser IOT, já foi no passado; baixa adesão, pois refere que tratamento não tem efeito.

Outro aspecto desta categoria foi a descrição dos tratamentos tanto do paciente quanto dos familiares e acompanhantes. Os conteúdos abrangiam tratamentos de saúde mental, procedimentos cirúrgicos, uso de medicações etc. Exemplos: “optado por não reintroduzir anticoagulante”; “suspender via oral”; “em tratamento de erisipela”; “uso domiciliar de amt 50mg/N, +Diazepam 10mg/N”; “uso de ansiolítico; com humor deprimido”, “[...] faz uso de antidepressivo”; “em tratamento por câncer etc.

V. Conduta da psicologia

Os pedidos considerados no trabalho foram realizados por uma psicóloga encarregada das triagens psicológicas dos pacientes recém-admitidos no hospital. Por intermédio dos

pedidos, a psicóloga emitia informações da triagem para justificar o acompanhamento da especialidade. As informações abrangeram: dinâmica familiar; estado emocional do paciente e familiar; enfrentamento diante ao adoecimento do paciente; histórico de saúde mental; perdas; e queixas do paciente ou familiar.

Diversos pedidos continham informações sobre o caso e as condutas tomadas (“avaliação”, “triagem”, “orientações”, “acompanhamento de notícias”, “escuta ativa”, e outros) no primeiro contato e avaliação do paciente, ou familiar. Desse modo, a categoria reflete quais foram as ações realizadas pela psicóloga emissora do pedido, assim como quem foi o sujeito de suas intervenções.

VI. Paciente

A categoria *Paciente* apresenta descrições que a equipe de assistência privilegiou sobre o próprio paciente para motivar o pedido de consulta ao serviço de psicologia, apresentando acerca das seguintes temáticas: avaliação psicológica do paciente, estado geral do paciente, histórico de adoecimento, internações, transtornos mentais, bem como apresentação dos sintomas e do estado emocional do paciente.

O pedido de avaliação ou outros termos utilizados pela equipe foram utilizados para solicitar a avaliação da psicologia ao paciente, contendo a informação de quem foi o requisitante do pedido, familiar ou profissional de assistência. Os termos utilizados para a solicitação foram: “avaliação”, “acompanhamento”, “seguimento”, “parecer” e “reacompanhamento”.

Outra descrição do pedido foi a informação do estado geral do paciente, trazendo dados simplificados do exame do estado mental do paciente, como, *nível de consciência, orientação, pensamento*, e sobre a *comunicação, receptividade e funcionalidade* do paciente, ou seja, informações quanto ao estado geral do paciente, abrangendo características físicas, psicológicas, cognitivas e sociais. O *nível de consciência* foi apresentado pelos termos como “desperto”, “lúcido” e “sonolento”. Em *orientação* foi apontada a orientação ou desorientação do paciente como “desorientado em tempo”, “orientado(a)”, “desorientada em tempo e espaço”. Em *pensamento* foi identificado se o paciente está ou não “confuso”. Já a *Comunicação e receptividade* indicou o modo como o paciente recebeu o profissional assistente, sendo “comunicativo”, “pouco comunicativo”, “receptivo”, “pouco colaborativo”. A *Funcionalidade* apresentou as informações acerca da funcionalidade prévia do paciente: “restrita ao leito”; “previamente independente”; “KATZ 06 - independente funcional”; “deambula com auxílio”; e outros.

Mais uma descrição do pedido de parecer foi o surgimento dos temas sobre o adoecimento, as internações e os sintomas dos pacientes. Foram encontrados os diagnósticos relatados, as informações quanto às internações prévias e atual (o histórico e qual o motivo de reinternação), e os sintomas clínicos (cefaleia; febre; dispneia; dor; tontura; náuseas; tremores; emagrecimento; e outros). Os diagnósticos incluem qualquer diagnóstico, retirando os transtornos de saúde mental, como: pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, epilepsia, hepatite, demência, HAS (hipertensão arterial sistêmica), doença renal crônica, insuficiência cardíaca, *delirium*, neoplasia, AVCi etc. Os tratamentos indicaram as condutas médicas utilizadas na internação atual ou prévia, “optado por não reintroduzir anticoagulante”, “uso domiciliar AMT 50mg/N, DIAZEPAM 10mg/N”.

Por fim, a última descrição do pedido tratava de informações associadas à saúde mental do paciente, diagnósticos, tratamentos, sintomas, queixas e ideiação suicida. Alguns dos transtornos mentais referidos nos pedidos foram: “transtorno fóbico”, “transtorno bipolar”, “transtorno psiquiátrico acumulador”, “transtorno de ansiedade generalizada”, “sofre de depressão”, “transtorno depressivo há 30 anos”.

Os sintomas foram associados a alterações de comportamento (“agressividade”, “agitação”), alterações de humor (“com humor deprimido”), alterações emocionais (“ansioso”, “triste”, “irritado”, “emocionalmente instável”, “sensação de abandono”), expressões de sentimento (“choroso/chorosa”), e dificuldades do paciente (“dificuldade para dormir”, “dificuldade de aceitação do período de hospitalização”, “dificuldade de relacionamento com familiares”). As queixas do paciente também foram observadas: “queixa-se de ansiedade”; “alegando não estar conseguindo dormir à noite”; “relata sentir-se sozinho”. Já as reações emocionais representaram a relação entre o afeto do paciente (“estressado”, “choro”, “ansiedade”, “triste”), e seu contexto (“internamento”, “afastamento da família”, “quadro clínico”), por exemplo: “demonstra ansiedade em relação ao quadro clínico e desejo de alta precoce”.

VII. Familiar/Acompanhante

A última categoria, *Familiar/Acompanhante*, apresenta informações acerca do familiar/acompanhante do paciente que a equipe de assistência considerou como importantes para identificar como parte dos motivos para pedido de consulta. Os conteúdos desses motivos estavam relacionados à avaliação do acompanhante, à percepção do familiar/acompanhante sobre o paciente, ao estado emocional e aos sintomas.

A avaliação do acompanhante foi descrita mediante solicitação de pedido de consulta pela equipe ao acompanhante, assim como apresentou a delimitação de qual acompanhante o pedido está sendo destinado. Exemplos dos termos que indicaram o pedido de consulta foram: “avaliação”; “atender”; “solicito acompanhamento”; “solicito parecer”; “atendimento psicológico para”; “apoio emocional para”. Entre os alvos do pedido de consulta temos acompanhantes, que podem estar nomeados ou não, entre familiares (filha, familiares, filho, esposa, esposo) e cuidadores.

Outro conteúdo encontrado nesta categoria foi a percepção/queixa sobre o paciente que a equipe de assistência destacou a partir dos relatos de familiares/acompanhantes sobre os pacientes. Esses relatos continham informações sobre a percepção ou queixa quanto ao estado do paciente, indicando a irritabilidade, agressividade, apatia, humor deprimido, alterações de pensamento, fala e outros; exemplos: “refere que paciente está agressivo”, “humor deprimido segundo o filho”; “segundo filho, paciente realiza discurso desconexo”. Também são relatadas percepções de modificações do relato do paciente diante da equipe: “filha refere que o mesmo fala a equipe que está bem para poder ir embora, mas pra ela se queixa de dor”. Ademais, informações sobre a percepção da adesão (e não adesão) ao tratamento e personalidade do paciente também foram: “com difícil personalidade”; “relata que há 20 anos paciente apresenta sintomas, mas que não adere ao tratamento”.

Alguns pedidos de consulta também trouxeram a percepção de algum familiar quanto a episódios de violência na família: “refere que paciente sofre agressão física e verbal do filho que reside com o paciente”; “irmã refere que paciente reside com mãe de 85 anos e é agressivo continuamente com a mesma”.

Mais um conteúdo presente nesta categoria foi o estado emocional e sintomas do acompanhante/familiar, bem como dos sintomas apresentados, reações, dificuldades e o evento associado. Assim, quanto à identificação do estado emocional e sintomas, encontraram-se alterações de humor (humor deprimido); alterações emocionais (ansiedade; abalo emocional; preocupação; angústia; labilidade emocional; fragilidade emocional; “emotiva”; e etc.); expressões de sentimento e efeitos fisiológicos (familiar chorosa); dificuldades (lidar com evolução de fim de vida do paciente; aceitar momento atual do paciente; de compreensão e aceitação do quadro do paciente; de lidar com a limitação do paciente; aceitar informações médicas, e outros).

As reações emocionais trouxeram uma relação de causa e efeito, visto que estavam associadas ao evento da hospitalização (finitude, quadro, internação, comportamento, piora, prognóstico do paciente, e outros) com uma reação emocional do familiar/acompanhante: abalo emocional; dúvidas (diante do quadro); “muito comovido”; “sinais sugestivos de sofrimento”; “chorosa”; “fragilizado”; “culpa a equipe (pelo estado de saúde da mãe)”.

Discussão

Dados Quantitativos

Os dados quantitativos demonstraram que os pedidos de consulta foram realizados por todas as categorias profissionais de assistência em saúde que atuam no hospital do presente trabalho. Depreende-se disso a inserção e o reconhecimento do profissional de psicologia no serviço de saúde do local. A predominância da realização de pedidos pelas equipes de medicina e de fisioterapia pode ser parcialmente explicada devido ao fluxo de atendimento dessas equipes e pelo maior quantitativo de seus profissionais. Apenas as equipes de medicina, fisioterapia e enfermagem possuem rotina de acompanhamento a todos os pacientes hospitalizados. O baixo número de pedidos realizados pela equipe de enfermagem pode ser atribuído à baixa quantidade de enfermeiros, e pela limitação de acesso, dos técnicos de enfermagem, ao sistema onde são emitidos os pedidos de consulta.

Considerando que a equipe de psicologia conta com apenas 1 profissional que realiza as triagens e encaminha as demandas identificadas por meio de pedido de consulta ao próprio serviço, é possível observar um número significativo de pedidos em comparação a outras especialidades. Entre possíveis determinantes disso, podemos citar o conhecimento técnico do profissional para identificar demandas psicológicas que talvez não sejam perceptíveis para outros profissionais de assistência e pela natureza da própria atuação do psicólogo, que se dispõe ao paciente/familiar e opera por meio da escuta clínica e no “estar com”, como descrito por Romero e Pereira-Silva (2011).

Identificação

A partir da apresentação dos conteúdos dos pedidos de consulta, foram identificados temas emergentes da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. A *Identificação* pode ser vinculada aos conceitos do SUS sobre humanização e integralidade, assim como no resgate da subjetividade do paciente, retirando dele a aparência de um mero objeto, orgânico e de intervenção.

A Política Nacional de Humanização (PNH) traz consigo os conceitos de acolhimento e de clínica ampliada (Ministério da Saúde, 2013). O primeiro destaca o reconhecimento das necessidades do usuário e objetiva a criação de relações de confiança, visando o acesso do usuário aos recursos adequados às suas demandas. O segundo compreende uma ferramenta para uma abordagem clínica do sofrimento, respeitando a singularidade do sujeito, do processo saúde/doença, e enfrentando a fragmentação do conhecimento e das ações em saúde. No SUS, o psicólogo pode assumir um papel de compromisso social, intervindo de modo humanizado, em uma postura de inclusão, valorizando um atendimento integral por meio de escuta ativa, resolutive, e de estabelecimento de vínculo (Romero & Pereira-Silva, 2011).

A identificação também é destacada por Sebastiani e Fongaro (2007) em um roteiro para avaliação psicológica em contexto hospitalar, trazendo a identificação como a primeira etapa dessa. São colhidos dados iniciais do paciente como nome, idade, sexo, religiosidade e outros. Esses dados são bastante similares aos apontados pela equipe de assistência e explicitados na categoria *identificação*. Com isso, os conteúdos representados nesta categoria podem fornecer

subsídios para formular um pedido de consulta ao serviço de psicologia, com informações sobre o paciente, seu contexto, e reconhecem nele um sujeito.

Perdas

A conexão entre os conteúdos presentes na categoria *Perdas* e a demanda pelo psicólogo são mais evidentes ao considerarmos as contribuições da literatura científica sobre luto e morte. Em Freitas (2013, 2018) o luto é descrito como a experiência de uma perda significativa, manifestada comumente como profundo sofrimento ao enlutado que, também, pode vivenciar o esvaziamento de sentido de sua própria vida. Além da experiência de perda, a morte do outro também traz consigo a evocação de nossa mortalidade, a irreversibilidade e a inevitabilidade da morte.

Entre os aspectos que podem influenciar a experiência do luto, Freitas (2013, 2018) destaca as especificidades do vínculo entre o enlutado e o ente querido morto, a qualidade da relação (uma amizade pode ser mais significativa do que um familiar, por exemplo), o modo como a perda ocorreu (assassinato, suicídio, entre outros), o que a perda remete (um idoso pode confrontar a própria velhice ou solidão por outras perdas, por exemplo), e as possibilidades de expressão ou não da perda. Também são relevantes para a compreensão do luto os sentidos acerca da morte vigentes na sociedade e no contexto familiar, a repentina alteração na relação com o outro, e as alterações na dinâmica familiar (Freitas, 2013).

Cabe ao psicólogo permitir um espaço de ressignificação da relação do enlutado com seu ente querido falecido, retomando narrativas e compreendendo que “o significar e o ressignificar que nos permitem tecer novas possibilidades para o viver desde a ausência tão presente de quem amamos” (Freitas, 2018, p.55).

Assim, os conteúdos na categoria *Perda* são pertinentes ao trabalho do psicólogo, trazem detalhes da relação do paciente ou familiar com o ente querido falecido, detalhes da perda e da experiência do enlutado. As descrições quanto ao tempo da perda poderiam ser relevadas, mas podem fazer referência à distinção entre luto e transtorno depressivo maior, historicamente no DSM-IV, que possui o tempo desde a perda como critério (Freitas, 2013).

Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos representam um cuidado multiprofissional destinado aos pacientes que possuem doenças que ameaçam a vida e sem possibilidades de tratamentos modificadores da doença, que objetivam fornecer dignidade e cuidado ao paciente, prevenindo e aliviando a dor e os sintomas, respeitando suas dimensões física, psicossocial e espiritual, bem como oferece assistência a sua família (Pinto, Cavalcanti & Maia, 2020).

A atuação do profissional de psicologia em casos de cuidados paliativos é reconhecida na literatura científica e bem explanada por Melo, Valero e Menezes (2013). Os autores destacam a atuação da psicologia na tríade paciente-família-equipe, trazendo contribuições da atuação do psicólogo em cada uma dessas esferas e nas interfaces entre elas. Com isso, é possível destacar a participação do psicólogo no suporte ao paciente e familiares no enfrentamento da progressão da doença e proximidade da morte. Trabalha junto à equipe no preparo prévio e acompanhamento nos momentos de comunicação do diagnóstico e plano terapêutico, em vista das possíveis reações emocionais do paciente e familiares. Avalia a disponibilidade e o estado emocional da rede de apoio do paciente, assim como a possível existência de conflitos familiares ou pendências do paciente. Media a comunicação e expressão emocional de profissionais, familiares e pacientes. Atua com objetivos na minimização do sofrimento, elaboração de possíveis repercussões emocionais, humanização do cuidado e possível melhora da adesão ao tratamento. O psicólogo pode intervir por meio de escuta ativa, compreensiva e reflexiva, além de outras possíveis ações descritas pelos autores (Melo et al., 2013).

Considerando os conteúdos presentes na categoria *Cuidados Paliativos*, dados sobre a instituição dos cuidados paliativos, situação do paciente, e associação com o estado emocional do familiar, é possível reconhecer o respaldo da importância dessas informações na literatura acerca da atuação do psicólogo.

Adesão ao Tratamento, Paciente e Familiar/Acompanhante

A atuação do psicólogo hospitalar é historicamente reconhecida por suas contribuições em atendimentos aos pacientes e familiares, devido a isso, as categorias *Paciente e Familiar/acompanhante* serão discutidas conjuntamente, mas as particularidades de cada uma serão destacadas.

Para o Conselho Federal de Psicologia - CFP (Resolução CFP n.º 013, 2007), a atuação do psicólogo hospitalar é destinada à prevenção e à recuperação da saúde física e emocional, podendo ser executada por meio de avaliação psicológica, atendimentos psicoterapêuticos (individuais ou em grupo), interconsultas, em ambulatório, UTI, consultoria etc. A atuação pode ser voltada ao paciente, familiares e membros da equipe, assim como na relação entre eles. Ademais, o CFP não descreve, diretamente, a atuação do psicólogo em contexto hospitalar como uma forma de aumentar, ou melhorar, a adesão do paciente aos tratamentos médicos. Entretanto, a literatura traz uma melhora da adesão ao tratamento como possível resultado do trabalho do psicólogo hospitalar, não como um objetivo explícito deste, dado que o psicólogo é um profissional de escuta qualificada, e não o guia do paciente em seu processo de adoecimento e tratamento (Melo et al., 2013; Queiroz, Azevedo, Cherer & Chatelard, 2020; Mosimann & Lustoza, 2011).

A descrição da categoria *Paciente* engloba termos utilizados para solicitar a avaliação de psicologia e informações sobre o estado geral, adoecimentos, sintomas do paciente. Com isso, apenas as informações clínicas sobre o diagnóstico do paciente poderiam ser dispensadas dos pedidos de consulta, pois a intervenção sobre a doença é de responsabilidade médica (Mosimann & Lustoza, 2011).

O campo da psicologia hospitalar pode ser identificado como o “entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (Simonetti, 2004, p. 15). Assim, não se encarrega apenas dos adoecimentos entendidos como “mentais” (transtornos mentais), mas dos aspectos psicológicos que permeiam qualquer adoecimento, possibilitando um processo de elaboração desses. Com isso, “a filosofia da Psicologia Hospitalar é reposicionar o sujeito em relação à sua doença” (Mosimann & Lustoza, 2011, p. 219).

A atuação com o paciente parte de uma entrevista inicial que objetiva avaliar o estado emocional e as demandas do paciente, elaborar um possível diagnóstico, compreender a situação, e demonstrar disponibilidade ao paciente e seus familiares (Conselho Federal de Psicologia, 2019). O psicólogo se ocupa dos aspectos psicológicos que podem estar associados ao adoecimento e hospitalização, podendo abranger: perdas; vislumbre e proximidade da morte; vivência e apresentação de sintomas diversos; vínculo com a equipe de assistência, com as especificidades dos tratamentos (procedimentos cirúrgicos e cuidados paliativos, por exemplo), com os familiares; processos de vulnerabilidade e despersonalização (identificação do paciente como número de leito ou diagnóstico); afastamento da vida habitual, implicações no projeto de vida, repercussões da experiência de adoecimento (que pode deixar marcas mesmo após uma possível cura), e outros (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013; Mosimann & Lustoza, 2011). Todos esses aspectos podem se manifestar em forma de sofrimento, ansiedade e angústia, cabendo ao psicólogo intervir e articular com a equipe um tratamento adequado e integral, participando nos processos de decisões.

A categoria *Familiar* abarca informações sobre a percepção sobre o paciente, o estado emocional e sintomas do familiar e o modo como a equipe solicitou a intervenção. O primeiro

privilegiou aspectos da relação do familiar com o paciente, tanto durante a hospitalização quanto a dinâmica prévia, e o entendimento do familiar sobre o paciente. O segundo demonstrou os aspectos psicológicos do familiar diante de situações adversas, associadas ao paciente hospitalizado e acompanhamento desse processo, ou questões externas à internação, mas que tomaram destaque no momento em que participa do processo de hospitalização.

Na atuação com familiares, o psicólogo hospitalar se ocupa, também, do vínculo desses com o paciente e com a equipe de assistência, além de considerar os aspectos psicológicos diversos que podem emergir no acompanhamento da hospitalização. É reconhecido na literatura que o adoecimento de um membro da família afeta sua dinâmica familiar devido às relações de interdependência entre os membros, os papéis de cada um podem ser modificados e problemas prévios das relações podem ser exacerbados diante a nova condição de saúde do paciente (Fratezi & Gutierrez, 2009).

Considerando que o hospital onde foi desenvolvido o presente trabalho possui enfoque em saúde do idoso, sendo esse o seu maior público, é necessário destacar que idosos possuem o direito, pelo Estatuto do Idoso, à acompanhante durante a hospitalização (Lei nº 10.741, 2003). O processo de envelhecimento pode abarcar declínio físico, cognitivo e o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas que podem determinar ao paciente idoso a necessidade de cuidados por terceiros. No hospital, cenário do trabalho, os familiares e acompanhantes dos pacientes podem ocupar o papel de cuidadores desses.

A condição de cuidador, por si só, pode vir acompanhada de sofrimento tanto pela modificação dos papéis familiares quanto pela limitação na liberdade do cuidador devido à responsabilidade sobre o enfermo (Reis & Trad, 2015). Situações como essa, além das informações possivelmente insuficientes, incompatibilidade com os horários do hospital, ambiente desconhecido, responsabilidade por decisões difíceis sobre o tratamento do paciente, incertezas quanto ao prognóstico, e outros, podem desestruturar os familiares e resultar em sofrimento psíquico a esses (Lustosa, 2007; Peres & Lopes, 2012). O psicólogo acolhe e permite a expressão emocional dos familiares ou acompanhantes para uma elaboração desse momento crítico que vivenciam, assim como orienta quanto às rotinas do hospital e, junto da equipe multiprofissional, orienta sobre aspectos do adoecimento, da condição e do tratamento do paciente (Schneider & Moreira, 2017). Por meio da mediação da relação dos acompanhantes com a equipe e com o paciente, o psicólogo pode reduzir desgastes emocionais evitáveis no processo de hospitalização.

Conduta da Psicologia

A categoria *Conduta da Psicologia* trouxe informações sobre quais foram as ações desempenhadas pela psicóloga durante a realização de triagens psicológicas iniciais com os pacientes, familiares e acompanhantes. Entre essas ações foram recorrentes termos como “triagem”, “avaliação inicial”, “realização de escuta ativa”, “acolhimento”, assim como descrições de intervenções sobre o estado emocional do paciente. Todas as descrições contidas nos conteúdos da categoria *Conduta da Psicologia* estão de acordo com as possíveis ações desempenhadas pelo psicólogo em contexto hospitalar, não apresentando conflitos com a literatura científica e as descrições pelo CRP (Resolução CFP n.º 013, 2007, 2019).

Considerações finais

Os pedidos de consulta não demonstraram apenas o reconhecimento do profissional de psicologia nas equipes, mas também da dimensão subjetiva do paciente hospitalizado. O significativo número de pedidos realizados pela equipe de medicina também aparenta demonstrar os efeitos da transição do conceito de saúde tradicionalmente biomédico para o

modelo biopsicossocial, reconhecendo que outros determinantes, para além do orgânico, estão em jogo no processo saúde-doença e no sofrimento humano, reconhecendo uma dimensão subjetiva relevante à assistência adequada e interdisciplinar.

A realização de pedidos de consulta por parte de todas as categorias de assistência demonstra diversas possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar, mesmo que as equipes não saibam precisar quais, que abarcam situações associadas à dinâmica familiar, violação de direitos, situações de vulnerabilidade, suporte às equipes, e outras, possuindo interfaces com a atuação do serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, medicina, fisioterapia e fonoaudiologia. A equipe multiprofissional adequadamente destacou sintomas, aspectos sobre o enfrentamento do paciente diante de sua condição atual e situações externas e anteriores ao processo de hospitalização. Apesar disso, muitos pedidos não apresentavam a descrição do motivo da avaliação psicológica, indicando possível incompreensão ou dificuldade dos profissionais em identificar quais seriam as atribuições do psicólogo em contexto hospitalar. Conforme descrito no decorrer do trabalho, é especificamente sobre os aspectos psicológicos, subjetivos, concernentes ao enfrentamento e a experiência do paciente, seus familiares, e da própria equipe de assistência, que o psicólogo hospitalar se ocupa.

Assim como o CFP (2019) reconhece que a compreensão extensiva sobre os aspectos do adoecimento orgânico não são papel do psicólogo, defende-se aqui que as outras equipes de assistência também não necessitam compreender os pormenores da atuação do psicólogo, apenas reconhecer a demanda pelo serviço. Além disso, é necessário destacar algumas especificidades do hospital onde foi desenvolvido o presente trabalho. Tratando-se de um hospital do SUS de referência em saúde do idoso, inserido em um contexto social, cultural e histórico, e com um público típico, a amostra, os resultados e conclusões são influenciados por essa realidade e representantes dela. Por conseguinte, essa pesquisa possui limitações, dentre as quais, pode-se destacar o intervalo de quatro meses estabelecido para a coleta de dados, restringindo a amostra.

Por fim, espera-se que o presente trabalho estimule a realização de outros que possam elucidar, e contribuir com o processo de integração do psicólogo em equipes multiprofissionais, assim como inspire a criação de modelos para pedidos de consulta, que auxiliem os profissionais de assistência a realizar os pedidos às equipes de psicologia hospitalar, informando as reais demandas pela especialidade e aprimorando a assistência.

Referências Bibliográficas

- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate (Rio de Janeiro) On Line*, 41(115), 1177-1186. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
- Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1ª edição, Brasília.
- Fratezi, F. R., & Gutierrez, B. A. O. (2009). Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer em domicílio. *Ciência & Saúde Coletiva On Line*, 16(7), 3241-3248. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://www.scielo.br/lj/csc/a/XnZpFwTPnkRY3y8ySwPqDvz/?format=pdf&lang=pt>
- Freitas, J. L. (2013). Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica On Line*, 19(1), 97-105. Recuperado em 04 de março, 2022, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a13.pdf>.

- Freitas, J. L. (2018). Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP On Line*, 29(1), 50-57. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://doi.org/10.1590/0103-656420160151>.
- Gazotti, T. C., & Cury, V. E. (2019). Vivências de Psicólogos como integrantes de equipes multidisciplinares em hospital. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (Rio de Janeiro) On Line*, 19(3), 772-786. Recuperado em 04 de março, 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300013&lng=pt&tlng=pt.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Lei nº 8080 (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF: Presidência da República.
- Lei nº 10.741 (2003, de 1º de outubro). Dispõe sobre o estatuto do idosos e dá outras providências. Brasília: DF: Presidência da República.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH On Line*, 10(1), 3-8. Recuperado em 04 de março, 2022, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a02.pdf>.
- Marcon, C., Luna, I. J., & Lisboa, M. L. (2004). O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão On Line*, 24(1), 28-35. Recuperado em 04 de março, 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Melo, A. C., Valero, F. F., & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças On Line*, 14(3), 452-469. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/362/36229333007.pdf>.
- Ministério da Saúde (2013). *Política nacional de humanização*: Humanizadasus. Brasília, DF.
- Mosimann, L. T. N. Q., & Lustosa, M. A. (2011). A psicologia hospitalar e o hospital. *Revista da SBPH On Line*, 14(1), 200-232. Recuperado em 04 de março, 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012&lng=pt&tlng=pt.
- Peres, G. M., & Lopes, A. M. P. (2012). Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. *Psicologia Hospitalar On Line*, 10(1), 17-41. Recuperado em 04 de março, 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Pinto, K. D. C., Cavalcanti, A. N., & Maia, E. M. C. (2020). Princípios, desafios e perspectivas dos cuidados paliativos no contexto da equipe multiprofissional: revisão da literatura. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad On Line*, 10(3), 151-172. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://dx.doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.10>.
- Queiroz, L. L. G., Azevedo, A. P. B., Cherer, E. Q., & Chatelard, D. S. (2020). A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência. *Fractal: Revista de Psicologia On Line*, 32(1), 57-63. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>.
- Reis, L. A., & Trad, L. A. B. (2015). Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicologia: Teoria e Prática On Line*, 17(3), 28-41. Recuperado em 04 de março, 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000300003&lng=pt&tlng=pt.
- Romero, N. S., & Pereira-Silva, N. I. (2011). O psicólogo no processo de intervenção da política nacional de humanização. *Psicologia e Sociedade On Line*, 23(2), 332-339. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200014>.
- Resolução CFP n.º 013 (2007). Institui a consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, DF.
- Saldanha, S. V., Rosa, A. B., & Cruz, L. R. (2013). O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no hospital santa cruz. *Revista da SBPH On Line*, 16(1), 185-198. Recuperado em 04 de março, 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011&lng=pt&tlng=pt.

- Schneider, A. M., & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. *Temas em psicologia On Line*, 25(3), 1225-1239. Recuperado em 04 de março, 2022, de <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.3-15Pt>.
- Sebastiani, R. W. S., & Fongaro, M. L. H. (2007). Roteiro de avaliação psicológica aplicada em hospital geral. In: Angemari, V. A. *E a Psicologia entrou no Hospital* (pp. 11-100). Belo Horizonte: Artesã.
- Silveira, D. T., & Córdova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In T. E. Gerhardt. & D. T. Silveira (1). *Métodos de pesquisa* (pp. 31-42.) Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tonetto, A. M., & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de psicologia On Line*, 24(1), 89-98. Recuperado em 26 de maio, 2022, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lng=en&nrm=iso

Lucas Pimentel de Lara - Psicólogo, Especialista em Saúde do Idoso

Luciana Tiemi Kurogi - Psicóloga, Doutoranda e Mestra em Psicologia, Especialista em Gestão Pública e em Psicologia da Saúde e Hospitalar