

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” - UNESP

FACULDADE DE CIÊNCIAS

Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

RAQUEL GIGLIO DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR SOBRE A
PRÁTICA DO PSICÓLOGO HOSPITALAR**

BAURU-SP

2019

Raquel Giglio de Oliveira

**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR SOBRE A
PRÁTICA DO PSICÓLOGO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de mestre à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Área de concentração: comportamento e saúde, sob a orientação da Prof^ª Adjunta Dr^ª Carmen Maria Bueno Neme.

BAURU-SP

2019



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RAQUEL GIGLIO DE OLIVEIRA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 30 dias do mês de agosto do ano de 2019, às 14:00 horas, no(a) Anfiteatro do Departamento de Química da Faculdade de Ciências (Unesp/Câmpus de Bauru), reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME - Orientador(a) do(a) UNESP / BAURU, Profa. Dra. MIDORI OTAKE YAMADA do(a) Seção de Implante Coclear / HRAC-USP, Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de RAQUEL GIGLIO DE OLIVEIRA, intitulada **Concepções de Profissionais da Equipe Interdisciplinar sobre a prática do Psicólogo Hospitalar**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

Profa. Dra. MIDORI OTAKE YAMADA

Profa. Dra. TANIA GRACY MARTINS DO VALLE

O48c Oliveira, Raquel Giglio de
Concepções de profissionais da equipe interdisciplinar
sobre a prática do psicólogo hospitalar / Raquel Giglio de
Oliveira. -- Bauru, 2019
102 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências, Bauru
Orientadora: Carmen Maria Bueno Neme

1. Psicologia da Saúde. 2. Psicologia Hospitalar. 3.
Hospital Geral. 4. Equipe Interdisciplinar. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Biblioteca
da Faculdade de Ciências, Bauru. Dados fornecidos pelo autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

RESUMO

A Psicologia está cada vez mais presente no contexto da saúde e a inserção do psicólogo em instituições hospitalares vêm crescendo nos últimos anos, em diferentes clínicas e especialidades médicas, demandando aperfeiçoamento e solidificação da prática deste profissional junto às equipes de saúde. Neste estudo, de caráter qualitativo, entrevistou-se 10 profissionais de saúde, sendo dois médicos; duas enfermeiras; duas fisioterapeutas; uma fonoaudióloga; uma nutricionista; uma assistente social e uma terapeuta ocupacional, pertencentes a equipes interdisciplinares de um hospital geral público, referência em urgências e emergências em trauma, neurologia e neurocirurgia, localizado na região centro-oeste do estado de São Paulo. Visou compreender como os profissionais identificam e concebem as diferentes possibilidades de atuação do psicólogo no hospital. As entrevistas semiestruturadas individuais foram gravadas em áudio e analisadas por meio da técnica da análise de conteúdo. Identificou-se 10 categorias que indicam a visão que os profissionais da equipe interdisciplinar possuem acerca do trabalho do psicólogo hospitalar e 2 categorias referentes à formação dos profissionais de saúde, revelando que os entrevistados reconhecem e valorizam o trabalho do psicólogo no hospital junto a pacientes, familiares e à própria equipe. Cada profissional identifica a necessidade de interconsultas e da intervenção psicológica, com base em sua própria prática profissional e experiências pessoais, resultando em percepções generalistas ou fragmentadas acerca das possibilidades de atuação do psicólogo hospitalar. No entanto, identificam com maior clareza a necessidade da intervenção psicológica em casos mais graves (cuidados paliativos, UTI, internações prolongadas, cirurgias e outros procedimentos invasivos), bem como, reportam a importância da ajuda psicológica nos casos de transtornos depressivos e ansiosos, e dependência química. Ressaltam a importância do psicólogo para auxiliar na adesão aos tratamentos e no enfrentamento da doença e internação, para pacientes e familiares. A superação do modelo biomédico é indiretamente abordada por alguns entrevistados, os quais citam a importância do psicólogo para se obter uma visão holística e integral do doente e de seu contexto, considerada essencial no processo de tratamento e que é falha na formação profissional. Os resultados mostram a necessidade de se buscar dar maior visibilidade à amplitude de possibilidades de intervenções preventivas e terapêuticas do psicólogo hospitalar, informando e clarificando suas ações em diversas situações na rotina do hospital e áreas de interface em saúde. Aponta-se a escassez de estudos específicos sobre o tema pesquisado, a necessidade de revisões nos conteúdos e oferecimentos de disciplinas de Psicologia nos cursos de graduação nas diferentes áreas de saúde e a importância de se incrementar as experiências de participação em equipes interdisciplinares na formação profissional. Ressalta-se, entretanto que a Psicologia Hospitalar vem se solidificando e, com base nos relatos dos profissionais entrevistados, o psicólogo é, hoje, visto como integrante essencial das equipes de saúde, capaz de auxiliar pacientes, familiares e os próprios profissionais da equipe, informando aspectos específicos relevantes para o tratamento integral e efetivo dos hospitalizados.

Palavras-chave Psicologia da Saúde; Psicologia Hospitalar; Hospital Geral; Equipe Interdisciplinar.

ABSTRACT

Psychology is increasingly present in the health context and the insertion of the psychologist in hospital institutions has been growing in recent years, in different clinics and medical specialties, demanding improvement and solidification of the practice of this professional with the health teams. In this qualitative study, 10 health professionals were interviewed: two physicians, two nurses, two physiotherapists, a speech therapist, a nutritionist, a social worker and an occupational therapist, belonging to interdisciplinary teams of a public general hospital, reference in emergencies and emergencies in trauma, neurology and neurosurgery, located in the Midwest region of the state of São Paulo. It aimed to understand how the professionals identify and conceive the different acting possibilities of the psychologist in the hospital. Individual semi-structured interviews were audio recorded and analyzed using the content analysis technique. We identified 10 categories that indicate the view that professionals of the interdisciplinary team have about the work of the hospital psychologist and two categories referring to the training of health professionals, revealing that respondents recognize and value the work of the psychologist in the hospital with patients, family members and the team itself. Each professional identifies the need for interconsultation and psychological intervention, based on his or her own professional practice and personal experiences, resulting in generalist or fragmented perceptions of the hospital psychologist's possibilities for action. However, they clearly identify the need for psychological intervention in more severe cases (palliative care, ICU, prolonged hospitalizations, surgeries and other invasive procedures), as well as report the importance of psychological help in cases of depressive and anxious disorders, and chemical dependence. They emphasize the importance of the psychologist to assist in treatment adherence and coping with the disease and hospitalization for patients and Family members. The overcoming of the biomedical model is in directly approached by some interviewees, who cite the importance of the psychologist to obtain a holistic and integral view of the patient and his context, considered essential in the treatment process and which is flawed in the professional training. The results show the need to seek to give greater visibility to the amplitude of possibilities of preventive and therapeutic interventions of the hospital psychologist, informing and clarifying their actions in various situations in the hospital routine and health interface areas. It points out the lack of specific studies on the researched theme, the need for revisions in the contents and offerings of Psychology subjects in undergraduate courses in different health areas and the importance of increasing the experiences of participation in interdisciplinary teams in vocational training. It stands out, however, Hospital Psychology has been solidifying and, based on the reports of the interviewed professionals, the psychologist is today seen as an essential member of the health teams, capable of assisting patients, family members and the team professionals themselves, informing specific aspects relevant to the integral and effective treatment of hospitalized patients.

Keywords Health Psychology; Hospital Psychology; General Hospital; Interdisciplinary Team.

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA	
2.1. A Especialidade de Psicologia Hospitalar.....	12
2.2. O Psicólogo na Instituição Hospitalar.....	16
2.3. A Formação Profissional e a Inserção do Psicólogo na Equipe Interdisciplinar.....	19
3. OBJETIVO	
3.1. Objetivo Geral.....	28
3.2. Objetivos Específicos.....	28
4. MÉTODO	
4.1. Aspectos Éticos.....	30
4.2. Local.....	30
4.3. Participantes.....	31
4.4. Instrumentos.....	32
4.5. Procedimentos.....	33
4.5.1. Para a Coleta de Dados.....	33
4.5.2. Para a Análise de Dados.....	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1. Síntese dos Resultados.....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	86
APÊNDICE A.....	96
APÊNDICE B.....	97
APÊNDICE C.....	98
ANEXO A.....	101

*Dedico este trabalho aos meus pais, que
sempre me apoiaram e deram liberdade
em minhas escolhas.*

Ao meu irmão, meu melhor amigo.

*Aos meus avós maternos (in memoriam),
por me ensinarem a perseverança.*

*Aos meus avós paternos, professores, que
sempre incentivaram meus estudos.*

*Sem eles esta etapa da minha vida seria
impossível.*

AGRADECIMENTOS

Esse espaço é muito importante para mim, pois, poderei expressar minha gratidão às pessoas que participaram desses dois anos e seis meses, este é um momento muito significativo da minha vida, fruto de uma superação de limites e de autoconhecimento.

Agradeço primeiramente a Deus, como força maior e expressão da natureza.

A minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Carmen Maria Bueno Neme (Querida Pilé), por acreditar no meu desempenho como aluna, pelos valiosos ensinamentos a cada encontro, pela simplicidade, afetuosidade, empatia e por todo apoio recebido. Agradeço, também, pela tranquilidade e segurança proporcionada a mim nos momentos difíceis.

A banca, Prof^ª. Dr^ª. Midori Otake Yamada e Prof^ª. Dr^ª Tania Grace Matins do Valle pelas gentilezas, contribuições teóricas e reflexões no desenvolvimento deste estudo.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelo crescimento intelectual proporcionado por suas aulas.

À Prof^ª. Dr^ª. Josiane C. Bocchi, pela oportunidade de estágio docência na disciplina de Psicopatologia, pelas leituras, discussões em sala de aula e o espaço de aprendizagem.

Ao campus da UNESP de Bauru e seus servidores, onde pude estudar, pesquisar e produzir conhecimento.

À amiga Mariana Fachinni que me incentivou desde o projeto de pesquisa até o final desta etapa em minha vida, obrigada pela compreensão e apoio.

As amigas por todo o suporte recebido: Marina, Bruna, Paula, Mariéli, Livia, Duda, Tamara, Renata, Fernanda e Ariane.

Aos amigos que o Mestrado me deu: Daniele, Tariane, Rafael, Katiúcia e Magna.

À FAMESP- Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar, pelo apoio.

Aos profissionais das equipes interdisciplinares do Hospital de Base de Bauru, por todas as trocas e aprendizados diários.

A equipe de Psicologia Hospitalar por todo o companheirismo.

Aos pacientes e familiares atendidos durante a hospitalização, que contribuem cada dia mais para o meu crescimento profissional e me transformam em um ser humano melhor.

Agradeço, sobretudo, aos participantes deste estudo, pelas valiosas contribuições.

Nós temos que conviver com a incerteza.

Gerd Gigerenzer

1. APRESENTAÇÃO

Durante meu percurso acadêmico no curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, campus de Assis, obtive o conhecimento das diversas áreas de atuação da Psicologia e meu interesse foi despertado pelo campo da Psicologia da Saúde, especificamente no contexto hospitalar.

No processo de seleção para os estágios curriculares, tive como foco os estágios oferecidos em hospitais, sendo o meu primeiro estágio, no ano de 2009, realizado na Enfermaria Psiquiátrica do Hospital Regional de Assis (HRA), onde fiquei por um ano como estagiária e no ano seguinte, ainda durante a graduação, desempenhei um projeto voltado aos pacientes. No período de 2010 também realizei estágio na Enfermaria Pediátrica do HRA e da Santa Casa de Misericórdia de Assis, atuando no projeto de extensão de brinquedoteca hospitalar. Durante o estágio nas Enfermarias Pediátricas, houve situações nas quais percebi a pouca compreensão de alguns membros da equipe multiprofissional acerca do papel do Psicólogo no contexto hospitalar. Deste modo, no decorrer do estágio, realizei, com uma colega do estágio, algumas palestras em cursos de formação para técnicos em enfermagem, abordando as diversas possibilidades de atuação do Psicólogo em Hospital Geral, enfatizando a experiência na brinquedoteca hospitalar.

Após a graduação, atuei como Psicóloga voluntária nas Enfermarias de Clínicas Médicas na Unidade São Francisco do Hospital das Clínicas III, da Faculdade de Medicina Estadual de Marília (FAMEMA) e, em 2013, ingressei no curso de Especialização em Psicologia Clínica e Hospitalar do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo- Bauru (HRAC-USP), sendo a prática profissional realizada no Programa de Implante Coclear (PIC) do Centro de Pesquisas Audiológicas (CPA). Durante o último período do curso em 2014, fui contratada como Psicóloga Hospitalar do Hospital de Base de Bauru (HBB), administrado pela Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP).

Ao ingressar no HBB, deparei-me com diversas situações novas a serem enfrentadas, tais como: pacientes internados para cirurgias previamente agendadas, pacientes com complicações clínicas devido a doenças crônicas, pacientes em investigação diagnóstica e em situações mais críticas, pacientes com politraumas, sendo alguns com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Acidente Vascular Cerebral (AVC), casos de Morte Encefálica (ME), e hospitalizações após Tentativa de Suicídio (TS), situações estas que me permitiram adquirir

novos conhecimentos e aprendizado para a prática de interconsultas, procedimento no qual, há solicitações de atendimentos psicológicos a pacientes e familiares, realizadas por profissionais da equipe interdisciplinar. Frente a diversas condições complexas e delicadas, observei que o Serviço de Psicologia é frequentemente acionado por profissionais de variadas especialidades, com diferentes expectativas.

Considerando a tendência de uma concepção biopsicossocial no atendimento no hospital e as frequentes solicitações de consultas e atendimentos psicológicos por parte dos membros da equipe multiprofissional, em muitos casos, carecendo de clareza acerca do pedido, emergiu, para mim, a necessidade de compreender em quais situações e como, os profissionais da equipe consideram ou percebem, a necessidade do atendimento psicológico, solicitando o procedimento de interconsulta. Além disso, considerei pertinente, a necessidade de identificar e evidenciar, como o psicólogo pode contribuir de forma efetiva com sua prática para uma atenção global ao paciente e família, contribuindo com o trabalho da equipe multiprofissional. Adicionalmente, questionei a formação acadêmica dos profissionais de saúde em geral e, se esta, oferece ou estimula o conhecimento e a valorização do trabalho em equipe. Desta forma, a partir da experiência prática na realidade hospitalar, surgiram os questionamentos para a pesquisa, canalizados para o estudo acadêmico de Mestrado ora apresentado.

O presente estudo está organizado da seguinte forma: uma parte de revisão de literatura, estruturada em três tópicos e visando oferecer fundamentação teórica para a compreensão do estudo. No primeiro tópico é apresentado o desenvolvimento da Psicologia Hospitalar enquanto especialidade no Brasil, como parte do campo de estudos e práticas em Psicologia da Saúde. No segundo tópico é apresentado o trabalho do psicólogo na instituição hospitalar, enfatizando-se seu papel como mediador das relações paciente-família-equipe, buscando a minimização do sofrimento provocado pelo adoecimento e hospitalização. O terceiro tópico aborda questões sobre a formação acadêmica dos profissionais de saúde e a inserção do psicólogo nas equipes de profissionais, clarificando-se as diferentes concepções de equipe, multi, inter e transdisciplinares. É evidenciada a importância da formação acadêmica para o trabalho em equipe, capacitando para as ações integradas em saúde, bem como, a caracterização da interconsulta psicológica e a inserção do profissional psicólogo na equipe hospitalar.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1.A Especialidade de Psicologia Hospitalar

A Psicologia Hospitalar é uma das áreas de especialidade da Psicologia brasileira, oficializada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) no ano de 2000, que congrega um grande número de especialistas em diversas regiões do país. A Psicologia em instituições hospitalares vem se desenvolvendo gradativamente desde a década de 1950 com profissionais que atuam no campo que abrange a assistência, o ensino e a pesquisa (ISMAEL; SANTOS, 2013).

A história da Psicologia no contexto hospitalar remonta a 1818, quando, no Hospital Psiquiátrico McLean, de Waverly, no Estado americano de Massachusetts, formou-se a primeira equipe multiprofissional que incluía o psicólogo (SALTO, 1999; BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004). A atuação do psicólogo no hospital geral nos Estados Unidos da América (EUA) ocorreu após o término da Segunda Guerra Mundial, quando foi identificada a necessidade de atendimento psicológico para os militares, que apresentavam uma série de sintomas psíquicos no período de hospitalização, como agitação psicomotora e alterações da sensopercepção e do humor (PATE e KOHUT, 2005).

No Brasil, na década de 30, as condições psicológicas passam a ser consideradas como fatores intervenientes no adoecimento. São fundados em São Paulo os primeiros serviços de higiene mental, como propostas alternativas à internação psiquiátrica, e o psicólogo inaugura, inicialmente junto à Psiquiatria, seu exercício profissional na instituição de saúde (BOTEGA, 2012).

Camon (2010), a partir de um panorama histórico sobre o psicólogo na instituição hospitalar relata que em 1954, Mathilde Neder dá início à Psicologia Hospitalar no Brasil na clínica ortopédica e traumatológica da Universidade de São Paulo (USP), que posteriormente é nomeada de Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Mathilde Neder foi convidada pelo médico responsável do setor, para acompanhar psicologicamente os pacientes submetidos à cirurgia de coluna. O trabalho consistia em preparar os pacientes para a intervenção cirúrgica, bem como para a recuperação pós-cirúrgica.

Em 1974, após anos de atividades em diversas unidades do Hospital das Clínicas da USP, Bellkiss Wilma Romano Lamosa foi convidada para a organização e a implantação do

Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (CAMON, 2010).

Doca e Costa Júnior (2007) ressaltam que Mathilde Neder, junto a outros dos primeiros psicólogos hospitalares, já realizava um trabalho sistemático aplicado à preparação psicológica de pacientes com indicação cirúrgica. A partir de 1980, as intervenções psicológicas praticadas começaram a ser mais bem delimitadas como estratégias de atuação em outros locais.

Ao pesquisar a história da Psicologia da Saúde no Brasil, Sebastiani (2003) ressalta que esta especialidade se antecipou à sua conceituação, realizada por Matarazzo em 1980, e aponta que o trabalho pioneiro de Mathilde Neder no Hospital das Clínicas de São Paulo, foi anterior, inclusive, à regulamentação da profissão de psicólogo no país, ocorrida em 1962.

A partir de um estudo de revisão de literatura baseado na linha histórica sobre modelos e áreas de atuação da Psicologia, Danelucci (2013) também ressalta que a entrada do psicólogo no contexto da saúde foi muito anterior à oficialização da especialidade, e constata que o Brasil, devido a um caminho com tendência às especializações é um dos poucos países em que se tem a especialidade Psicologia Hospitalar. Estudos sobre a inserção da Psicologia em instituições de saúde no contexto brasileiro mostram que esta prática profissional iniciou-se de modo mais sistematizado e reconhecido na década de 1970, sendo reconhecida na comunidade acadêmica e científica principalmente a partir da década de 1990 (JACÓ-VILELA; CARNEIRO, 2015).

O fortalecimento da prática da Psicologia em hospitais ganha importante impulso, a partir do I Encontro Nacional de Psicólogos da área hospitalar no Brasil, promovido pelo Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas de São Paulo em 1983, no qual foram apresentadas implementações de serviços de Psicologia em diferentes setores, como o de oncologia ginecológica e o programa de humanização em pediatria, possibilitando que mães participassem das etapas pré e pós cirúrgicas durante o processo de internação das crianças. As décadas seguintes foram marcadas por outros encontros na área, simpósios e publicações de livros (CAMON, 2010).

Castro e Bornholdt (2004) apresentam um estudo com a definição de Psicologia da Saúde e da Psicologia Hospitalar, apontando que Psicologia Hospitalar no Brasil é denominada Psicologia da Saúde em outros países. A Psicologia da Saúde foi oficialmente criada em 1978, pela Associação Americana de Psicologia (APA), tendo sido lançado em 1982, o “*Journal Health Psychology*”, um primeiro periódico na área (Enright, Resnick, Ludwigsen e DeLeon 1993; Gimenes 1994; Straub, 2008).

Na década de 1980, a APA regulamentou as práticas dos psicólogos da saúde por meio de documentos que apresentavam diretrizes para a atuação da categoria e em 1985 publicou o documento: “*A Hospital Practice Primer for Psychologists*”, que possui informações sobre a dinâmica das instituições hospitalares e pontua as habilidades necessárias dos profissionais de saúde com o objetivo de facilitar a inserção do psicólogo no contexto hospitalar (Enright et al. 1993).

Em 1991 a APA publicou, o “*Guidelines on Hospital Privileges: Credentialing and Bylaws*”, o qual possui as orientações para o treinamento de psicólogos para a prática hospitalar, ressaltando a delimitação das atividades relacionadas à avaliação e à intervenção psicológica. Foram discutidas as propostas para a implantação dos serviços de Psicologia nos hospitais gerais com o propósito de promover a integração entre teoria, prática e pesquisa em Psicologia da Saúde (Enright et al., 1993).

Reconhecida internacionalmente, a Psicologia da Saúde tem como base o modelo biopsicossocial, desenvolvendo conhecimentos e técnicas que permitem intervenções para a promoção e manutenção da saúde, bem como contribuindo para o tratamento integral da pessoa doente, considerando os diferentes níveis e contextos de atenção.

Segundo Neme (2003), ao privilegiar o modelo clínico-preventivo e psicossocial, a Psicologia da Saúde colabora para a superação de concepções dualistas "corpo-mente" e pode facilitar a inserção da Psicologia nos cursos de formação dos profissionais de saúde em suas diferentes áreas. Neme (2003) aponta como um dos grandes desafios, ainda atual, a busca de integração de conhecimentos cada vez mais especializados, possibilitando diálogos intra e interdisciplinares e abrindo importantes canais de interlocução transdisciplinares.

Embora as políticas de saúde no Brasil tenham se centrado no hospital desde a década de 40 do século XX, a Psicologia Hospitalar deve ser compreendida como uma prática ou estratégia incluída na abrangente área da Psicologia da Saúde (CHIATTONE 2000; CASTRO; BORNHOLDT, 2004; GORAYEB, 2010). Neste sentido, Yamamoto e Cunha (1998); Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) defendem que o hospital é um local e não um campo de atuação, de modo que descartam a denominação Psicologia Hospitalar referindo a inadequação do uso de um local de trabalho para designar uma área de atuação e ressaltam que a identificação por local, tende a fragmentar o campo profissional da Psicologia, tornando muito difícil a construção de uma identidade de profissional de saúde para o psicólogo que atua no contexto hospitalar. Gorayeb (2010) parte da questão que grande parcela dos psicólogos que começaram a trabalhar em Psicologia da Saúde o fez em ambientes hospitalares e que provavelmente, há mais psicólogos que trabalham em hospitais do que nos

outros níveis de atenção à saúde, apontando que o CFP contribuiu para este desarranjo ao instituir uma especialização em Psicologia Hospitalar ao invés da especialização em Psicologia da Saúde. Castro e Bornholdt (2004) ainda complementam que tratar a Psicologia da Saúde como sinônimo de Psicologia Hospitalar, pode ser inadequado, pois intervenções em saúde que necessitariam ser realizadas fora do hospital poderiam não ser supridas, de modo que no estudo, Castro e Bornholdt diferenciam as especialidades, apontando que a Psicologia Hospitalar atua na atenção secundária e terciária, focada somente nos hospitais e a Psicologia da Saúde atua nos três níveis de atenção, como centros de saúde, Organização não Governamental (ONGs) e hospitais. Para Alves, Santos, Ferreira, Costa e Costa (2017) a Psicologia da Saúde é ampla e autônoma, porque pode agregar as diversas aplicações da Psicologia nos variados contextos de saúde e porque tem um corpo teórico, objeto de estudo e práticas distintas das outras especialidades da Psicologia, e compreende que a Psicologia da Saúde agrega a Psicologia Clínica e Hospitalar.

No ano de 2016 o CFP instituiu a especialidade de Psicologia em Saúde, acrescentando-a no rol das especialidades reconhecidas, dentre às atividades profissionais que regulamentam tanto a especialidade de Psicologia em Saúde quanto a Psicologia Hospitalar destacam-se: a atuação em equipes de saúde, planejamento e intervenção no processo saúde e doença em diferentes contextos de atenção, desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças (CFP 2007, 2016)

Segundo o CFP (2007) a Psicologia Hospitalar atua prestando serviços no nível secundário e terciário em saúde, tendo como principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental, é ressaltada a prática do psicólogo em atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva (UTI); pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. Segundo o CFP (2007; 2016), compreende-se que a Psicologia em Saúde é especialmente direcionada para a prevenção, promoção e vigilância em saúde enquanto que a Psicologia Hospitalar, voltada-se para as situações em que a doença já está presente, ou seja, para a pessoa doente, que necessita de cuidados hospitalares.

2.2.O Psicólogo na Instituição Hospitalar

A despeito dos avanços da medicina nas últimas décadas, por meio da sofisticação das técnicas de diagnóstico e de tratamento que possibilitaram uma inegável melhoria na qualidade de vida do doente, o hospital ainda é uma instituição marcada por situações extremas, por sofrimento, pela dor e pela luta constante entre vida e morte. No processo de adoecimento, se potencializam as angústias, medos, inseguranças, raivas, revoltas, para doentes e familiares bem como ao profissional da saúde, preparado para a cura, mas em constante tensão diante da morte (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES 2004).

Neme (2003) enfatiza que o significativo desenvolvimento científico e tecnológico observado nas últimas décadas nas disciplinas médicas, obtendo o controle de diferentes doenças letais que hoje são consideradas crônicas, os índices gerais de saúde e qualidade de vida das populações não melhoraram. Este fenômeno parece indicar a "ainda insuficiente compreensão das variáveis psicossociais na determinação do bem-estar e do desenvolvimento humano" (NEME, 2003, p. XI).

Artacho (2013) aponta que a prática médica, como consequência da evolução científica, faz que a tecnologia ocupe papel central na medicina, reduzindo o paciente em um corpo orgânico, uma máquina a qual precisa de intervenções. Os avanços são extremamente benéficos à humanidade, porém devido a objetividade médica, a subjetividade e a relação médico-paciente são deixadas de lado, tanto na prática quanto nos estudos. Artacho (2013) refere que a prática médica que visa reduzir o paciente ao puro "objeto natural" é questionada diariamente em seu trabalho sobre a presença de manifestações subjetivas que influenciam e até determinam o surgimento de enfermidades.

Camon (2003) e Almeida e Malagris (2011) apontam a importância da ação do psicólogo hospitalar na instituição, pois faz parte de seu trabalho a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, tanto nos pacientes, quanto nos seus familiares. O trabalho do psicólogo deve envolver os diferentes efeitos da hospitalização e da doença, especialmente atentando para as sequelas e decorrências emocionais dessa hospitalização e para a promoção do bem-estar físico e emocional, colaborando para a adesão ao tratamento e recuperação do paciente.

Leitão (1993) explica que também é função do psicólogo hospitalar, entender o contexto das relações interpessoais e o convívio entre familiares e membros da equipe de saúde. Deve realizar o acompanhamento clínico psicológico do paciente, dadas as demandas

de seu tratamento médico, que pode levar a diferentes impactos em seu estilo de vida e gerar ansiedade, frustração, insegurança, medo e estresse, afetando também sua família. Além disso, o psicólogo deve atuar como agente de mudança na equipe multiprofissional do hospital, colaborando para o desenvolvimento do trabalho de equipe e para a humanização das relações. Sobre a prática de psicólogos em hospitais e maternidades do Estado de Sergipe, o estudo de Santos e Vieira (2012) revelou como importantes intervenções do psicólogo: o apoio psicoterápico junto aos pacientes nos acompanhamentos pré e pós cirúrgico; o suporte aos familiares de pacientes críticos da UTI, oncologia, hemodiálise e enfermarias cirúrgicas.

Evidencia-se a amplitude do trabalho do psicólogo em contextos de saúde e no ambiente hospitalar, atuando junto a diferentes especialidades médicas e voltado aos processos de adoecimento, internação e tratamento do pacientes e às relações paciente/família/equipe de saúde. Desta forma, o enfoque clínico de seu trabalho é diferenciado daquele que se desenvolve em consultório ou em ambulatorios de saúde mental, exigindo reformulações, adaptações e a criação de novas práticas e formas de intervenção (NEME, 2005). Não se pode, portanto, simplesmente transportar o modelo de trabalho psicoterápico desenvolvido em outros tipos de espaço clínico para o hospital, e sim, desenvolver teorias e técnicas voltadas especificamente para pessoas hospitalizadas, que comumente apresentam questões psicológicas associadas ao processo do adoecimento (ALMEIDA; MALAGRIS, 2015).

Neto e Porto (2017) a partir do levantamento sobre a utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar consideram que a Psicologia Hospitalar se configura enquanto especialidade com amplo cenário a ser explorado, no que citam a instrumentalização do psicólogo no âmbito hospitalar; trabalhos que reforçam a busca de evidências de validade de escalas para utilização no hospital; o uso de técnicas já consolidadas na assistência psicológica e até mesmo novos protocolos de atendimento sendo desenvolvidos e testados. Neto e Porto corroboram com a necessidade de a Psicologia Hospitalar reforçar sua identidade profissional e se consolidar ainda mais neste campo, em que exige importante diálogo entre os diversos saberes profissionais.

Mosimann e Lustosa (2011) apontam que a Psicologia Hospitalar vem se desenvolvendo no âmbito de um paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano e privilegia a clínica, no sentido holístico de perceber, sobretudo, a vivência existencial de pessoas que apresentam doenças. Neste sentido, Xavier, Reis e Frassão (2016) acrescentam que o psicólogo, dentro da instituição de saúde, não deve reproduzir um modelo de saúde- doença, certo-errado, no que soma para a articulação e funcionamento adequado da

equipe de saúde na instituição hospitalar, pois o olhar diferenciado a este sujeito procura “devolver-lhe” a responsabilidade em ser sujeito da própria história.

Gondim e Tatagiba (2016) referem muitos debates sobre os discursos e práticas em torno dos fenômenos psíquicos e subjetivos em relação aos pacientes internados em hospital e apontam que tais fenômenos, às vezes, causam estranheza no campo da medicina pela incongruência da urgência das doenças orgânicas, ou seja, diante de enfermidades que de algum modo extinguem o corpo.

Nascimento e Henriques (2015) ressaltam que a atuação do psicólogo hospitalar é um desafio frequente, pois o hospital é espaço de maior visibilidade da ruptura das práticas “psis” com a medicina, no que se verifica nas práticas em geral um distanciamento da psicologia e a prevalência do discurso médico, o que resulta na exclusão da subjetividade. Nascimento e Henriques pontuam que as práticas médicas englobam profissionais de enfermagem, fisioterapia, nutrição, dentre outras, em que a lógica de atuação segue a visão centrada no corpo, excluindo a subjetividade. Deste modo, o psicólogo então é articulador de relações, contribuindo para que a história individual e cada particularidade do sujeito sejam consideradas no processo de diagnóstico, tratamento e prognóstico (XAVIER; REIS; FRASSÃO 2016).

A inserção do psicólogo em instituições de saúde, incluindo o hospital, deve considerar a complexidade da dinâmica e funcionamento da instituição que diretamente influem em seu trabalho. Bleger (1984) é muito claro quando ressalta que a instituição não é meramente um local de trabalho, mas é parte da tarefa do psicólogo clínico que se insere em contextos institucionais, exigindo a compreensão e o manejo de aspectos próprios da instituição e das relações que nela se desenvolvem, no planejamento e execução de seu trabalho.

Segundo Tonetto e Gomes (2007), o trabalho em hospitais requer uma postura flexível do psicólogo, condutas adotadas devem ser adaptadas às particularidades, necessidades e contexto de atendimento. Os psicólogos devem ser capazes de lidar com a questão da morte, e serem efetivos no entendimento da demanda não verbal. “Capacidades de empatia, de persistência e de tolerância à frustração são necessárias tanto para os procedimentos de rotina quanto para o convívio com as equipes e com a cultura hospitalar” (TONETTO e GOMES, 2007). Santos e Vieira (2012) apontam como algumas das dificuldades da atuação do psicólogo no trabalho hospitalar o pouco incentivo, receptividade e a compreensão ao papel do psicólogo em ambiente hospitalar.

2.3.A Formação Profissional e a Inserção do Psicólogo na Equipe Interdisciplinar

A maioria dos estudos brasileiros sobre a inserção da Psicologia no contexto hospitalar concentra-se nas questões referentes à formação profissional e na configuração de modelos e estratégias de práticas psicológicas (CARVALHO, 2013). A Psicologia Hospitalar é então regulamentada como uma especialidade da Psicologia, desde o ano 2000, conforme Resolução nº. 14/2000, do CFP.

A relação entre a Psicologia e a saúde é problematizada por Daneluci (2013), lembrando que, a partir dos anos 70, mudanças na política de saúde favoreceram a entrada e a expansão de psicólogos inseridos em equipes de saúde. Daneluci faz questionamentos sobre os espaços ocupados pela Psicologia na saúde e como esta inserção tem sido realizada. Aborda o tema da formação acadêmica do psicólogo e o modo como as instituições de formação têm se adaptado frente às mudanças sociais e políticas, trazendo novos modos de pensar e fazer, bem como, o modo como os demais profissionais que atuam no contexto da saúde compreendem e percebem a ação da Psicologia.

Neste sentido, Torezan; Calheiros; Mandelli e Stumpf (2013) verificaram a relação da formação acadêmica com a prática em hospitais gerais na região de Londrina – PR, tendo como participantes psicólogos hospitalares e coordenadores de curso. No estudo foi constatado que, em geral, a formação na graduação em Psicologia não contempla as particularidades necessárias para o trabalho em hospital. Das três instituições pesquisadas, apenas uma apresentou ênfase na realidade hospitalar. No entanto, Torezan et al. (2013) afirmam que as universidades estão em processo de construção das novas demandas acadêmicas estabelecidas. Desse modo, permanecem questões em aberto sobre qual o espaço que o psicólogo hospitalar ocupa nesses contextos com relação aos demais profissionais da área da saúde e quais os conhecimentos que estas outras áreas impõem à Psicologia.

Almeida e Malagris (2015) realizaram um levantamento do perfil profissional de 125 psicólogos que atuam em instituições hospitalares no Brasil. Os participantes iniciaram sua atuação na área hospitalar logo após concluírem a graduação, indicando que as universidades estão incluindo a Psicologia Hospitalar na formação, possibilitando o interesse do aluno pela área ainda na graduação. A procura dos profissionais pelos cursos de aprimoramento e formação complementar também indica o escasso ou insuficiente oferecimento de disciplinas específicas da área hospitalar nos cursos de graduação e nos estágios obrigatórios ou optativos. O estudo de Almeida e Malagris identificou que grande parte dos profissionais da

área da Psicologia Hospitalar tem como foco de atuação tanto os pacientes, quanto a família e a equipe, conforme se encontra na literatura, no que concluiu que a Psicologia Hospitalar parece se desenvolver de forma positiva no Brasil, embora seja necessário conhecer o seu *status quo*, para uma melhor avaliação.

Ao abordar o trabalho em equipe, Chiattonne (2000), o caracteriza pelo modo de interação que norteia as relações entre os diferentes profissionais, sendo que as equipes podem ser definidas como multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. O interesse pelo trabalho em equipe multidisciplinar vem se fortalecendo, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde. Nesse modelo, o conceito de saúde transcende o modelo biomédico tradicional no qual saúde é vista como ausência de doença e se consideram os aspectos biológicos como fatores causais, ignorando os fatores comportamentais, psicológicos e sociais. (APA, 2002; OMS, 2017; OPAS, 1996).

A multidisciplinaridade é definida como uma associação de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista (JAPIASSU, 1976; SAUPE; CUTOLO; WENDHAUSEN; BENITO 2005). Bruscato, Kitayama, Fregonese e David (2004) acrescentam que a multidisciplinaridade é como uma sobreposição de disciplinas, visando objetivos múltiplos, porém não interagem quanto seus métodos e conceitos.

Assim por exemplo, num serviço assistencial à saúde, seja ambulatorial ou de enfermaria, os especialistas trabalham integrados organizacionalmente, mas não sistematizam programas conjuntos e não envidam esforços no sentido de unir entre si seus conceitos teóricos e métodos de abordagem para benefícios globais satisfatórios a determinada clientela. (BRUSCATO; KITAYAMA; FREGONESE; DAVID 2004; p. 35).

Para Bruscato; Kitayama; Fregonese e David (2004), na equipe, os profissionais realizam diferentes atividades e, embora ocupem o mesmo espaço físico e institucional, as decisões são geralmente tomadas pelo médico e efetivadas por outros profissionais. Por outro lado, no modelo de equipe interdisciplinar há a utilização de técnicas metodológicas, esquemas conceituais e de análises de diferentes ramos do saber com a finalidade de integração. Essa equipe busca uma superação de fronteiras disciplinares com a construção de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os integrantes. Cada

membro amplia seus referenciais específicos e desenvolve ação colaborativa com os demais (JAPIASSU, 1976).

Numa equipe interdisciplinar de saúde, a avaliação e o planejamento do tratamento são feitos em colaboração, de forma interdependente, complementar e coordenada. Há reciprocidade e interação entre a equipe de modo a substituir a concepção fragmentada de ser humano por uma concepção unitária. São observadas as relações entre os campos do saber, sem negligenciar as especialidades, ou seja, todos os profissionais envolvidos atuam ampliando seu referencial e agindo em colaboração com os demais, mas têm identidade profissional e domínio de uma técnica específica. (SAMPAIO; ROSSI; BIAJONI; COLODO; TACCO; SAVASSI, 1989; BRUSCATO et al., 2004).

Pereira; Barros; Augusto (2011) relacionam a definição de modelo biopsicossocial em saúde proposta por Belloch e Olabarria (1993) com a interdisciplinaridade, por incluírem os diversos aspectos do processo saúde-doença, tal como as dimensões subjetivas da produção de saúde/doença e enfatizam a importância de ações integradas e interdisciplinares. Belloch e Olabarria apontam que os psicólogos podem desenvolver programas de colaboração disciplinar, nos quais se delimitam com precisão suas competências, capacidades e possibilidades de atuação.

Segundo Belloch e Olabarria (1993) a etiologia dos estados das doenças é multifatorial e a maneira mais adequada de cuidar das pessoas que estão doentes se dá por ações integradas, de modo que a investigação e tratamento não pode somente permanecer nas especialidades médicas. Neste sentido Calvetti, Muller e Nunes (2007) fundamentando-se na teoria sistêmica do comportamento, ressaltam a influência mútua entre os aspectos biopsicossociais do desenvolvimento humano, em que o corpo é formado por sistemas em interação, como o endócrino, o cardiovascular, o nervoso e o imunológico, os quais interagem com os aspectos psicossociais.

Ao abordarem o modelo biopsicossocial e as ações integradas e interdisciplinares, Sebastiani e Maia (2005) chamam a atenção para o necessário amadurecimento quanto à formação dos profissionais de saúde, aos modelos de gestão, ao financiamento e funcionamento do sistema de saúde.

Xavier; Reis e Frassão (2016) referem que a atuação do psicólogo deve fomentar a promoção do trabalho em equipe entre os profissionais da saúde como prática constante, considerando que deve haver o reconhecimento sobre a importância da contribuição das diversas áreas do conhecimento para se tratar a especificidade de cada caso, assim como proporcionar melhores condições de comunicação entre os trabalhadores envolvidos.

Estudo quantiquantitativo realizado por Pereira, Reis, Lanza, Aleixo e Vasconcelos (2015) buscou identificar a percepção de monitores de um projeto de extensão interdisciplinar em saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Foi analisada a influência desta experiência na formação e no desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar. Participaram acadêmicos dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Psicologia. A análise do tema “equipe multiprofissional e interdisciplinaridade” resultou nas seguintes categorias: percepção do trabalho em equipe multiprofissional; reconhecimento de outras áreas da saúde; intersetorialidade: saúde e educação; trabalho em equipe necessária às demandas sociais de saúde; trabalho em equipe é viável desde que haja uma liderança para coordenar os trabalhos; trabalho em equipe demanda entendimento da contribuição de cada um dos diferentes profissionais na equipe e trabalho em equipe requer flexibilidade com responsabilidade. A análise da percepção dos monitores sobre o trabalho em equipe interdisciplinar indicou que a maioria reconheceu a importância das particularidades de cada profissão de modo a apreciar outros saberes.

Estudo realizado por Moraes, Schimith e Araujo (2013) objetivou instrumentalizar os alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) para a promoção de saúde da comunidade e o incentivo aos profissionais da saúde para atuarem em abordagens coletivas no cotidiano do serviço de Estratégia Saúde da Família (ESF). A inserção para o desenvolvimento do trabalho ocorreu num grupo de pessoas com sobrepeso, obesas, diabéticas e/ou hipertensas. O estudo apontou que os participantes (enfermagem, medicina e educação física) obtiveram benefícios devido ao trabalho da psicologia junto à equipe, sendo que em algumas atividades a equipe integrou-se de maneira interdisciplinar. Entretanto, surgiram obstáculos que dificultaram a proposta do trabalho interdisciplinar; como o encontro regular dos envolvidos na coordenação do grupo para planejar e avaliar as atividades. Segundo Moraes, Schimith e Araujo (2013) este impasse revela uma rigidez da estrutura de trabalho e que embora as atividades no grupo tenham transcorrido de modo satisfatória, não foi possível efetivar o trabalho interdisciplinar pretendido.

Rett (2011, p. 141) afirma que uma das dificuldades no trabalho interdisciplinar que envolve psicólogos e outros profissionais da área da saúde, é ter que pensar o “imaginário”:

Esse “imaginário” consiste em algo que escapa do domínio do racional: é o subjetivo presente na relação médico-paciente, traduzido em medos, sentimentos e pensamentos que permeiam a relação entre o profissional de saúde e o paciente.

Rett (2011, p. 142) complementa, discutindo o papel do psicólogo

É papel do psicólogo junto à equipe médica permitir a escuta do material latente ou subjacente, isto é, dos aspectos subjetivos da relação com o doente; é ouvir aquilo que não encontra espaço no procedimento médico ou da enfermagem, implicando também a inclusão do subjetivo do médico e dos demais profissionais de saúde.

Rett (2011) ainda aponta que a base para a atuação profissional é conhecer a instituição, seus recursos e dificuldades. Cada enfermaria ou ambulatório tem suas características, rotinas e necessidades. Ao psicólogo, é necessário um período de observação para ver, ouvir e refletir sobre o paciente. A necessidade de ter acesso ao imaginário obriga o psicólogo a apropriar-se de conteúdos específicos daquele contexto, bem como o funcionamento de cada enfermaria e das singularidades de cada quadro clínico.

Saupe et al. (2005) colocam que a habilidade de identificar dificuldades para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção da estabilidade da equipe. Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar; é na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe.

Diante dos diferentes modelos de equipe em saúde: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, Sampaio et al. (1989) referem que a multidisciplinaridade passa por etapas para a interação profissional no caminho à interdisciplinaridade, ressaltando que a transdisciplinaridade é um modo de atuação mais avançado.

Franco (2007) reflete que as mudanças que a transdisciplinaridade exige e oferece na forma de trabalhar, repercutem em múltiplos aspectos, particularmente no trabalho técnico das equipes. Ressalta que é impossível pretender uma prática transdisciplinar sem realizar mudanças na organização multidisciplinar.

A formação da transdisciplinaridade constitui-se um desafio, pois requer o desenvolvimento de competências múltiplas que ultrapassem o treino técnico de uma especialidade, além do desenvolvimento de competências no domínio das relações interpessoais e do trabalho de equipe, no que cada profissional deve ser capaz de se situar perante cada caso ou problema, mas sem deixar de situar o seu lugar no processo, sabendo identificar a contribuição específica para todos os processos de decisão da equipe. A transdisciplinaridade exige uma postura de formação permanente a partir da própria equipe e dos seus diferentes saberes, funcionando cada técnico como via de alimentação formativa de toda a equipe. A atitude face ao outro perpassa pela possibilidade de aceitar e valorizar as suas

competências, ultrapassa as inapropriações corporativas e enfatiza as relações interpessoais dentro do grupo (FRANCO, 2007).

Neste sentido, Tonetto e Gomes (2007a), referindo-se ao contexto hospitalar, acrescentam que o trabalho em equipe traz novos desafios, exigindo competências e habilidades para o trabalho em grupo e para a justificação clara e objetiva de procedimentos técnicos pertencentes à dada especialidade. Tonetto e Gomes apontam que a falta de clareza quanto às atribuições dos diferentes profissionais, principalmente em profissões emergentes, é um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe. O hospital é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades. Esses profissionais são preparados para tomar decisões importantes em curto espaço de tempo. Tradicionalmente, tais decisões competem aos médicos. No entanto, com o aparecimento de novas especialidades, os médicos contam hoje com o auxílio de diversos profissionais de campos emergentes, sendo um desses campos a Psicologia.

Estudo realizado na Escócia, por Wild, Bowden e Bell (2003), teve como objetivo avaliar a compreensão sobre as atividades de psicólogos clínicos e a percepção da necessidade do serviço de psicologia clínica dentro de um hospital geral. Verificou-se que os locais que apresentaram baixo índice de encaminhamento para tratamento psicológico estavam mais relacionados à falta de compreensão da prática psicológica do que à desconfiança dos métodos.

Por ser o hospital um espaço tradicionalmente médico e, a despeito do fato de que a inserção do psicólogo no hospital data da década de 50 do século XX, o trabalho do psicólogo hospitalar parece ainda não ser suficientemente conhecido. Pesquisa conduzida por Kirchner, Granzotto e Menegatti (2012) indicou que o trabalho do psicólogo é atualmente compreendido como forma de integrar as ciências médicas e sociais, porém sua atuação no hospital é ainda pouco conhecida pelos profissionais da saúde que nele atuam. O estudo investigou a percepção de profissionais de um Hospital Filantrópico de Curitiba- Paraná (PR) sobre o trabalho do psicólogo em geral e no contexto hospitalar, quanto à importância da atuação do profissional em diferentes áreas do hospital, como o trabalho com pacientes, familiares e/ou equipes de saúde e sua percepção sobre as necessidades de atuação do psicólogo neste ambiente. Kirchner, Granzotto e Menegatti concluíram que os participantes consideram importante a atuação do psicólogo no hospital, porém possuem conhecimento parcial sobre a atuação deste profissional.

Stucky, Jutte, Warren, Marie, Jackson, Merbitz e Nancy (2016) tiveram como um de seus objetivos examinar a frequência do atendimento de Psicologia em unidades de tratamento intensivo em hospitais dos EUA. Os resultados indicam que os psicólogos executam diversos trabalhos no hospital e estão bastante envolvidos em ambientes de cuidados críticos. No entanto, Stucky, Jutte, Warren, Marie, Jackson, Merbitz e Nancy ressaltam a necessidade de uma pesquisa mais abrangente nos hospitais dos EUA, visando identificar quais serviços psicológicos são mais valorizados ou desejados nestes ambientes.

Estudo realizado por Toneto e Gomes (2007b) focalizou dois principais temas: a inserção do psicólogo nas equipes e a prática multidisciplinar, pesquisando a percepção da equipe de enfermagem em relação ao trabalho da Psicologia e dos próprios psicólogos, em hospitais públicos e particulares da cidade de Porto Alegre- Rio Grande do Sul (RS). Os profissionais de enfermagem mostraram compreender o trabalho da Psicologia no hospital, dentro de suas possibilidades de atuação e ressaltaram que o trabalho em equipe é facilitador para o reconhecimento das diferentes áreas de atuação profissional. O trabalho do psicólogo foi mais bem compreendido pelos enfermeiros, nos hospitais que mais atuavam numa concepção biopsicossocial de saúde.

Gondim e Tatagiba (2016) realizaram um estudo num hospital público de Campos dos Goytacazes- Rio de Janeiro (RJ), referência em emergência, em que visaram verificar as representações sociais de pacientes, acompanhantes e equipe de saúde acerca do papel do psicólogo no hospital. Os resultados indicaram que a equipe de saúde pontua a importância da atuação da Psicologia desde a chegada do paciente no serviço, acolhendo-o na retomada da consciência, dando suporte aos familiares e à própria equipe, bem como, nas demais fases da internação. Ainda ressaltaram a função de mediador do psicólogo, considerando a subjetividade do paciente no diagnóstico, tratamento e prognóstico. Gondim e Tatagiba propõem um investimento efetivo das instituições hospitalares nas reuniões de equipe, as quais consideram como um espaço privilegiado, cujo objetivo é minimizar os efeitos do atendimento fragmentado proposto pelo modelo biomédico. Além disso, permitem que a equipe funcione como suporte para a própria equipe, relativizando e problematizando os discursos profissionais e, desta forma, evitando a repetição e a institucionalização das práticas.

Xavier, Reis e Frassão (2016) apontam que o trabalho em equipe, assim como a atuação do psicólogo junto à equipe de saúde é uma prática necessária. Enfatizam que o psicólogo hospitalar deve ser atuante junto à equipe de saúde, oferecendo apoio aos demais profissionais em assuntos referentes à prática da Psicologia, clarificando as vantagens desse

conhecimento para diferentes áreas da saúde. Do mesmo modo, o psicólogo deve também buscar conhecimento das áreas afins, fortalecendo sua prática e enriquecendo o próprio campo da Psicologia.

Pyepa, Mertensa, Belcheb, Duchesnesb, Kohnc, Sercua e Deveugele (2017) realizaram estudo num hospital oncológico da Bélgica, no qual foram implementadas reuniões de equipe multiprofissional. Os profissionais especialistas da equipe foram designados como referência para os pacientes, com a responsabilidade de relatar, nas reuniões, os diferentes casos nos quais atuavam como profissional-referência. Tal comunicação constituía parte importante da dinâmica das reuniões e foram realizados questionários com a finalidade de avaliar a participação dos profissionais-referência nessas reuniões. Os resultados mostraram benefícios obtidos com a designação dos profissionais-referência, tanto em sua motivação para participarem mais ativamente das reuniões de equipe, como para o cuidado com os pacientes, garantindo maior qualidade nas informações acerca dos casos atendidos e melhor compreensão da doença e do tratamento.

Ao descrever um serviço de psico-oncologia e as diferentes práticas do psicólogo junto a pacientes, familiares e profissionais da equipe, Neme (2010), menciona a importância do trabalho de equipe e cita atuações conjuntas da equipe hospitalar, nas quais, o intercâmbio de conhecimentos é fundamental. Para garantir maior compreensão de cada caso atendido nos leitos hospitalares por diferentes atendentes participantes da equipe de Psicologia e atribuir maior envolvimento a cada atendente, bem como, evitar a geração de informações fragmentadas nas supervisões e reuniões de equipe multiprofissional, cada membro da equipe de Psicologia responsabilizava-se pelos casos que atendia pela primeira vez, os quais receberiam atendimentos também de outros elementos da equipe de Psicologia durante a internação. Neme também cita que um dos procedimentos importantes no trabalho de equipe que estimula e promove a troca de conhecimentos nas diversas interfaces entre as áreas profissionais é a chamada interconsulta. Este procedimento é descrito por Botega e Nogueira-Martins (2012), ao se referir à prática psiquiátrica no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), enfatizando que os princípios norteadores do planejamento e da implantação do serviço de interconsulta no hospital geral devem ter uma estrutura que ofereça basicamente auxílio especializado no diagnóstico e no tratamento de pacientes com problemas psicológicos, psiquiátricos e psicossociais e auxílio no diagnóstico e no tratamento de disfunções e distúrbios interpessoais e institucionais, envolvendo o paciente, a família e a equipe de saúde.

Botega e Nogueira-Martins (2012, p. 126), ao descreverem as etapas de uma interconsulta no hospital geral, afirmam:

Apesar das distinções entre modelos institucionais e das controvérsias conceituais que permeiam sua prática, os objetivos da interconsulta psiquiátrica são prover tratamento específico a pacientes acometidos por transtornos mentais, atendidos em serviços não psiquiátricos, modificar a estrutura assistencial centrada na doença para uma forma de trabalho centrado no paciente, valorizar o papel da relação médico-paciente.

Embora se refira à interconsulta psiquiátrica, Botega e Nogueira-Martins (2012) fazem apontamentos também pertinentes a este procedimento em serviços psicológico em contextos hospitalares ou institucionais. Apontam que as situações que desencadeiam a interconsulta trazem elementos da organização da equipe de profissionais e da instituição, as quais têm grande interferência na tarefa assistencial.

Ao tratar em específico da interconsulta psicológica, Rossi (2008) aponta que este procedimento é um instrumento utilizado pelo profissional para compreender e aprimorar a assistência ao paciente no hospital geral. Seus objetivos básicos são facilitar a comunicação, favorecer a cooperação e contribuir para a elaboração de conflitos.

Rodriguez-Marín (2003) sintetiza as seis tarefas básicas do psicólogo que trabalha no hospital, nomeadamente: (1) *função de coordenação* (relativa às atividades com os funcionários do hospital); (2) *função de ajuda à adaptação* (em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado); (3) *função de interconsulta* (em que o psicólogo atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente); (4) *função de enlace* (intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes); (5) *função assistencial direta com o paciente*, e (6) *função de gestão de recursos humanos* (para aprimorar os serviços dos profissionais da instituição). Já, Nogueira-Martins (1995) descreveu como passos da interconsulta psicológica: coleta de informações com médicos, enfermeiros, paciente, familiares e outros; elaboração de diagnósticos situacionais; devolução e assessoramento; e acompanhamento diário da evolução da situação.

Estudo de Gazoti e Prebianchi (2014) visou caracterizar o tipo de demanda atendida por interconsulta psicológica em hospital geral e ressaltou que a interconsulta psicológica é

um dos modos mais frequentes de inserção do psicólogo na equipe, pois contribui para a delimitação e reconhecimento do campo de atuação da psicologia hospitalar. Gazoti e Prebianchi, porém, apontam que o potencial da interconsulta é prejudicado pela formação falha dos profissionais e condições inadequadas para o exercício profissional devido à falta de prioridade nas políticas governamentais para o atendimento das necessidades e verbas na área da saúde.

Os resultados e apontamentos encontrados na literatura sobre a interconsulta, assim como ocorre com outras práticas e procedimentos hospitalares, indicam que a interconsulta é um instrumento flexível, que permite variações e ajustes às características e necessidades próprias de cada instituição e clínica hospitalar. No entanto, caracteriza-se sempre pela troca de informações relevantes entre diferentes áreas profissionais e/ou diferentes especialidades na mesma área, buscando esclarecer diagnósticos, nortear intervenções, prevenir intercorrências e melhorar as condições de tratamento e internação do paciente.

Um dos modos de atendimento psicológico constantes do protocolo do Serviço de Psicologia Hospitalar do hospital no qual este estudo foi conduzido é o procedimento de interconsulta. Neste serviço, a interconsulta é caracterizada por solicitações de atendimento psicológico por profissionais da equipe interdisciplinar para pacientes hospitalizados e/ou familiares, ou pedido de atendimento do próprio paciente e/ou familiar, via equipe. Os profissionais solicitam as interconsultas por meio de prontuário eletrônico multiprofissional, telefone ou pessoalmente. O psicólogo que atende a interconsulta realiza orientações e clarificações ao profissional solicitante, além de responder e registrar os atendimentos no prontuário eletrônico.

Dada a complexidade do trabalho do psicólogo hospitalar de modo geral, a influência das peculiaridades desta prática, pautadas pelas características de diferentes instituições hospitalares e as observações realizadas por esta pesquisadora no cotidiano de sua prática no hospital, mostrando solicitações de interconsultas que nem sempre vão ao encontro das possibilidades de atuação do profissional psicólogo, justifica-se a realização deste trabalho. A necessidade de clarificar os aspectos relevantes da prática do psicólogo hospitalar e das equipes multiprofissionais é também identificada em estudos como os de Wild et al. (2003); Bruscato et al. (2004); Saupe et al. (2005); Franco (2007); Toneto e Gomes (2007B); Rett (2011); Kirchner, Granzotto e Menegatti (2012); Santos e Vieira (2012); Moraes (2013); Gazoti e Prebianchi (2014); Almeida e Malagris (2015); Xavier, Reis e Frassão (2016); Gondim e Tatagiba (2016); Stucky, Jutte, Warren, Marie, Jackson, Merbitz e Nancy (2016).

Estes estudos focam-se na inserção do psicólogo nas equipes hospitalares, na diversidade da formação acadêmica dos profissionais de saúde e o preparo, em geral insuficiente, para um real trabalho de equipe, o que ratifica a relevância de se identificar o conhecimento que os demais profissionais de saúde possuem acerca do papel e da prática do psicólogo na equipe hospitalar.

O presente objetivo deste trabalho é identificar como os profissionais da equipe interdisciplinar concebem a Psicologia Hospitalar e entendem a prática do psicólogo num hospital geral, considerado referência na região centro-oeste do estado de São Paulo em urgências e emergências de trauma, neurologia e neurocirurgia. Pretende-se contribuir para o desenvolvimento da especialidade da Psicologia Hospitalar, bem como suscitar questões acerca da integração multidisciplinar, essencial no modelo biopsicossocial em saúde. Estes fatores somados à escassez de bibliografia relacionada ao tema, sobretudo com o emprego do método qualitativo, justificam o presente estudo.

3. OBJETIVO

3.1.Objetivo Geral

Identificar concepções dos profissionais que compõem a equipe de saúde no hospital sobre a prática do psicólogo hospitalar neste contexto.

3.2.Objetivos específicos

- Identificar situações no contexto hospitalar nas quais a equipe de saúde percebe a necessidade da atuação do psicólogo;
- Verificar as expectativas dos profissionais de saúde acerca do trabalho do psicólogo hospitalar;
- Compreender como os profissionais de saúde percebem a atuação do psicólogo junto à equipe interdisciplinar;

- Identificar se a formação acadêmica dos profissionais de saúde possibilitou o conhecimento do trabalho em equipe, sobretudo da prática do psicólogo no contexto da saúde.

4. MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, submetendo-se os dados obtidos à análise de conteúdo de Bardin (2011). Este método foi escolhido, por permitir a obtenção de informações e aprofundamento de conhecimentos acerca de determinadas questões que envolvem a percepção e a experiência de diferentes participantes, em função dos objetivos pretendidos no estudo.

4.1.Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi enviado ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Geral onde foi realizada a coleta de dados. Posteriormente, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), da Faculdade de Ciências – Campus de Bauru. Após parecer favorável nessas duas instâncias, os participantes foram convidados a participar da pesquisa por meio dos supervisores (as) técnicos (as). Anterior ao procedimento da coleta de dados os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual se explica o objetivo e procedimento do estudo e a garantia do sigilo das informações coletadas.

4.2.Local

Este estudo foi realizado no Hospital de Base de Bauru administrado há cinco anos pela Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar. O hospital trata-se de uma instituição pública de assistência se destacando assim, como referência para pacientes em situação de urgências e emergências em trauma, neurologia e neurocirurgia.

A instituição recebe pacientes do município de Bauru e 23 municípios da região estabelecida pelo Departamento Regional de Saúde (DRS-6), possui 165 leitos ativos destinados para adolescentes, adultos e idosos. Aloca enfermarias de clínica médica I, II e III,

clínica cirúrgica I e II, ortopedia, neurologia, neurocirurgia, 02 Centros de Terapia Intensiva e centro cirúrgico. Oferece atendimento 100% Sistema Único de Saúde (SUS) abrangendo pessoas de diversas classes sociais. Realiza exames laboratoriais, tomografia, ultrassonografia, raio-x e cateterismo cardíaco. Possui ambulatório de especialidades médicas, ambulatório de hemodiálise e um hemonúcleo.

No ano de 2017 iniciou o código AVC, um protocolo estabelecido pelo município de Bauru e o Departamento Regional de Saúde (DRS-6), em que os pacientes que sofrem AVC são encaminhados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) diretamente ao HBB, no que não necessitam aguardar na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou no Pronto Socorro Municipal a espera de liberação de vaga pela Central de Regulação e Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), do governo do Estado de São Paulo.

A instituição possui o serviço das especialidades médicas de Clínica Médica, Ortopedia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Cirurgia Bucomaxilo Facial, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Urologia, Nefrologia, Oftalmologia, Hematologia, Anestesiologia, Psiquiatria, Medicina Intensivista, Cardiologia Clínica e Cirúrgica. O quadro de profissionais colaboradores que compõe a equipe no hospital atualmente é de Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Médicos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Fonoaudiólogas, Psicólogas, Assistentes Sociais e Terapeuta Ocupacional.

4.3.Participantes

Participam do estudo, 10 profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de saúde de um Hospital Geral, de ambos os sexos, com no mínimo um ano de atuação profissional. Para a composição da amostra, optou-se por convidar dois enfermeiros (as), dois médicos (as), dois fisioterapeutas, um (a) assistente social, um (a) nutricionista, um (a) fonoaudiólogo (a), um (a) terapeuta ocupacional para colaborarem. Adotou-se como critério para esta composição, a quantidade de interconsultas solicitadas pelas especialidades, entre agosto de 2016 até julho de 2018, a partir do levantamento da quantidade destas solicitações. Constatou-se um maior número de solicitações do setor de enfermagem (292), seguido de solicitações de médicos (104); fisioterapeutas (63); assistentes sociais (39); nutricionistas (26); fonoaudiólogos (17) e terapeuta ocupacional (05) no período considerado.

O critério adotado de 10 participantes considerou a natureza qualitativa do estudo e trabalhos similares como o de Tonetto e Gomes (2007b), que realizou estudo qualitativo pela perspectiva da análise de conteúdo com o número de 10 participantes, o qual, de acordo com Vieira (2008), considera este número de participantes suficiente para a obtenção do significado do que se está investigando, sem incorrer na repetição de respostas/conteúdos já evidenciados. Conforme Pires (2008); Mason (2010) em qualquer área de pesquisa, os entrevistados podem apresentar diferentes pontos de vista, porém em determinado momento as respostas começam a se repetir. A amostra teria então atingido o ponto de saturação, sendo indicativo de cessar a coleta de dados: o pesquisador percebe que os temas já se esgotaram porque as pessoas estão repetindo as respostas dadas anteriormente por outras pessoas. Para Vieira (2008) a ideia de saturação, fundamentada em teoria, não se refere ao ponto em que não surgem novos conteúdos, mas que significa que as categorias estão bem estabelecidas, que a diferença entre elas faz sentido e permitem uma conclusão do estudo. Nesse sentido, Mynaio (2017) a partir de um ensaio reflexivo sobre amostragem e saturação aponta que uma amostra qualitativa ideal é a que representa, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.

Todos os participantes foram identificados com nomes fictícios, a fim de garantir o anonimato e o sigilo das informações relatadas.

4.4. Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro um roteiro para obter dados sociodemográficos dos participantes (APENDICE A) e o segundo, um roteiro de entrevista elaborado para o estudo (APENDICE B). O roteiro de entrevista semiestruturada é composto por cinco perguntas abertas objetivando identificar o modo como os profissionais concebem a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, bem como, se a formação acadêmica proporcionou contato ou experiência com o trabalho em equipe interdisciplinar, incluindo o psicólogo. Segundo Manzini (2012) a entrevista semiestruturada tem como característica um roteiro com perguntas abertas e é indicada para estudar um fenômeno com uma população específica, devendo existir flexibilidade na ordem da apresentação das perguntas ao entrevistado, de modo que o entrevistador pode realizar perguntas complementares para entender melhor o fenômeno estudado.

O roteiro da entrevista foi estruturado pela pesquisadora, visando buscar as informações que respondessem aos objetivos do estudo. A seguir, o roteiro passou por uma avaliação da professora orientadora e de uma psicóloga do serviço de Psicologia do qual a pesquisadora faz parte, corrigindo-se a estruturação das perguntas para maior clareza das questões. Para a elaboração do roteiro, observou-se, também, o que Toloi e Manzini (2013) apontam, ressaltando que o roteiro de entrevista exige cuidados e pontos que necessitam de atenção do pesquisador, como a linguagem, a forma e sequência das perguntas realizadas, como perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa.

Justifica-se o uso da entrevista semiestruturada pela intenção de permitir a emergência de informações de forma mais livre, em que o entrevistado não precise responder diante de uma seleção de respostas já elaboradas. Considerando a dinâmica do trabalho no hospital, os cuidados e avaliações realizadas acerca do roteiro elaborado e a formulação de questões de forma objetiva nos dois instrumentos do estudo, não se considerou necessária a realização de um estudo piloto específico.

4.5.Procedimentos

4.5.1. Para a coleta de dados

Tendo em vista que a pesquisadora atua como psicóloga na instituição onde os dados foram coletados, contando com mais proximidade no ambiente de trabalho com alguns profissionais das equipes interdisciplinares, optou-se por realizar contato com o (a) responsável técnico (a) de cada especialidade, solicitando que estes convidassem os profissionais para a participação do estudo, sem a intervenção da pesquisadora. Os responsáveis técnicos das especialidades realizaram reunião com os profissionais da equipe, na qual explicaram os objetivos e procedimentos da pesquisa e os convidaram a participar voluntariamente. Obtidos os 10 participantes, a pesquisadora foi informada e os contatou, com a finalidade de fornecer e complementar esclarecimentos gerais sobre o estudo e realizar o agendamento das entrevistas individuais para a coleta de dados.

Após o agendamento das entrevistas com os profissionais, foi realizado o contato telefônico com a Associação Médica do Corpo Clínico da Associação Hospitalar de Bauru (AMAI), que viabilizou espaço adequado para a realização das entrevistas de coleta de dados, sem prejudicar a rotina do hospital ou os procedimentos de entrevista. A coleta de dados com cada participante iniciou-se após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (ANEXO C). Todos os dados coletados foram gravados em áudio e posteriormente, transcritos na íntegra pela pesquisadora, sendo que as entrevistas duraram, em média, 50 minutos. Todos os participantes mostraram-se motivados para as entrevistas, manifestando verbal e não verbalmente, seu interesse em colaborar e responder aos questionamentos.

4.5.2. Para a análise de dados

A análise qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), de acordo com as etapas ou fases descritas no método, a saber: (a) leitura flutuante de textos e transcrições de entrevistas para conhecimento do conteúdo; (b) delimitação de eixos temáticos de análise dos conteúdos apurados; (c) nomeação de categorias de análise conforme o objetivo da pesquisa e tratamento, (d) interpretação e inferência dos conteúdos, caracterizando-se o caráter qualitativo e descritivo do estudo.

Segundo Godoy (1995) os pesquisadores qualitativos buscam identificar e compreender **como** determinado fenômeno se manifesta nas atividades, procedimentos e interações diárias. Estes pesquisadores partem de questões ou focos de interesse amplos, que vão se moldando mais direta e especificamente no transcorrer da investigação. Quando um pesquisador de orientação qualitativa planeja desenvolver algum tipo de teoria sobre o que está estudando, constrói o quadro teórico aos poucos, à medida que coleta os dados e os examina.

Godoy (1995) acrescenta que a pesquisa qualitativa tenta compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir da perspectiva dos participantes e ressalta que a palavra escrita ocupa lugar de importância nessa abordagem, desempenhando um papel fundamental tanto no processo de obtenção dos dados quanto na disseminação dos resultados. Godoy afirma que a análise de conteúdo, segundo a perspectiva de Bardin, consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for a natureza do seu suporte, de modo que o pesquisador busca compreender as características, estruturas ou modelos que estão subjacentes aos fragmentos de mensagens.

Bardin (2011) indica que os critérios de organização da análise de conteúdo possuem três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados que engloba a inferência e a interpretação. Santos (2011) aponta que na pré-análise, escolhem-se

os documentos, formulam-se hipóteses e elaboram-se indicadores que norteiem a interpretação final, porém é fundamental observar algumas regras:

- Exaustividade: sugere-se esgotar todo o assunto sem omissão de nenhuma parte;
- Representatividade: procura buscar amostras que representem o universo;
- Homogeneidade: os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes;
- Pertinência: os documentos devem ser adaptados aos objetivos da pesquisa;
- Exclusividade: um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria.

Segundo Bardin (2011) a “leitura flutuante”, é a fase em que são elaboradas as hipóteses, as quais são explicações antecipadas do fenômeno observado. Santos (2011) refere que ao final, no momento da exploração do material, codificam-se os dados, em que se restringe a escolha de unidades de registro, ou seja, é o recorte que se dará na pesquisa. Para Bardin (2011), uma unidade de registro significa uma unidade a se codificar, podendo ser um tema, uma palavra ou uma frase, sendo que este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário (onde se isolam os elementos comuns) e classificação (onde se divide os elementos e impõem-se organização).

Na etapa seguinte da análise, é realizada a inferência, que é a identificação dos significados da mensagem. Para Bardin (2011) a inferência é uma técnica de tratamento de resultados orientada por diversos pólos de atenção, na qual se estuda o conteúdo, significado, significantes, código e significação.

Santos (2011) ressalta que na fase de interpretação dos dados, o pesquisador precisa retornar ao referencial teórico, procurando embasar as análises dando sentido à interpretação que são pautadas em inferências, ou seja, busca-se o que se encontra por trás dos significados das palavras para apresentarem, em profundidade, o discurso dos enunciados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se os dados sociodemográficos dos participantes, seguidos da categorização das respostas obtidas nas entrevistas individuais.

• Dados sociodemográficos e formação acadêmica

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos participantes

Participantes	Graduação	Sexo	Idade	Tempo de atuação total e em hospital	Local atual de atuação no hospital	Pós Graduação
Enfa.1	Enfermagem	F	48	03 anos	Ortopedia	Não
Enfa.2	Enfermagem	F	29	07 anos	Setor de Internação	Especialização em Urgência/Emergência e UTI
Med1	Medicina	F	40	18 anos	Clínicas Médicas e UTI	Especialização em Gestão de Saúde/ Cardiologia/ Medicina Intensivista Residência em Clínica Médica Mestrado em bases gerais da cirurgia.
Med2	Medicina	M	34	10 anos	Neurocirurgia e UTI	Residência em Cirurgia Geral/ Residência em Neurocirurgia.
Fisio1	Fisioterapia	F	37	10 anos	UTI	Aprimoramento em Fisioterapia não concluído/Especialização em Fisioterapia respiratória
Fisio2	Fisioterapia	F	32	05 anos	Enfermarias, exceto UTI	Especialização em Traumatologia
Nutri	Nutrição	F	35	06 anos	Enfermarias, exceto UTI	Aprimoramento Multiprofissional em Nutrição Clínica
Fono	Fonoaudiologia	F	34	10 total 05 anos em Hospital	Enfermarias e UTI	Mestrado e Doutorado em Fonoaudiologia
A.S.	Serviço Social	F	29	03 anos	Atendimento do Serviço Social/ Enfermarias e UTI.	Residência Multiprofissional em Síndromes e Anomalias Craniofaciais
T.O.	Terapeuta Ocupacional	F	53	30 total 08 anos em Hospital	Neurologia/Clínicas Médicas/ UTI	Especialização em Terapia de Mão/ Especialização em Arte terapia

A faixa etária dos participantes entrevistados variou de 29 a 48 anos e o tempo de prática profissional hospitalar foi de 3 a 10 anos. A amostra compôs-se de 01 participante do

sexo masculino e 09 participantes do sexo feminino. Com exceção da fonoaudióloga e da terapeuta ocupacional, os demais profissionais iniciaram sua prática profissional em hospitais.

Apenas uma participante não possui curso de pós graduação e dois participantes possuem cursos de pós graduação voltados à prática multiprofissional. Optou-se por uma amostra composta de dez participantes, pelos motivos apontados na parte de Método.

Quanto à percepção e compreensão dos entrevistados sobre a atuação do psicólogo hospitalar, foram obtidas dez categorias temáticas.

Quadro 2. Categorias identificadas nas entrevistas sobre a percepção e compreensão da atuação do psicólogo hospitalar

1-Apoio emocional aos pacientes/familiares no enfrentamento ao longo do processo de adoecimento
2- Promoção e cuidado em Saúde Mental
3-Suporte ao paciente e à família na Unidade de Terapia Intensiva, na condição de cuidados paliativos e em situações de óbito iminente
4-Hospitalização prolongada e adesão ao tratamento
5-Visão integral do doente e do adoecimento
6-Acolhimento ao paciente e família após o diagnóstico e/ou comunicação de más notícias
7-Atendimento ao paciente e à família no pré e pós cirúrgico e alta hospitalar
8-Identificação de demandas subjetivas dos pacientes, não evidenciadas ou relatadas aos demais profissionais
9-Auxílio e orientação à equipe quanto à compreensão psicológica do paciente e à comunicação equipe-paciente-família
10-Suporte à equipe e ao trabalho coletivo, tendo em vista a sobrecarga e especificidades da atuação no contexto hospitalar

Apresenta-se a descrição e a análise do conteúdo das respostas obtidas nas entrevistas individuais com os participantes, em cada categoria obtida.

Na categoria 1-Apoio emocional aos pacientes/familiares no enfrentamento ao longo do processo de adoecimento, de acordo com os relatos analisados, notou-se que, para os entrevistados, no contexto hospitalar, o psicólogo é o profissional que presta apoio

emocional aos pacientes e familiares e os auxilia no enfrentamento do processo de adoecimento, conforme se evidencia nos relatos.

[...] paciente com o emocional abalado, eu solicito mais [interconsulta psicológica] com o intuito do paciente receber um apoio, dele ter esse tempo...(Enfa. 1)

A Enfa.2 diz que solicita a interconsulta psicológica ao notar que o paciente está fragilizado, com medo:

[...] ele está mais fragilizado, ele está com medo, então às vezes cada paciente reage de uma forma[...]para tranquilizar o paciente, que traga o apoio psicológico para o paciente e o acompanhante, a gente percebe a ansiedade dele, então nesse momento é importante o psicólogo, porque o enfermeiro em si, ali, ele não consegue dar um suporte, nosso negócio é o cuidado, a gente não tem tempo para poder dar um apoio maior para esse paciente, então o psicólogo nessa hora é importante para a gente...(Enfa. 2)

A partir da análise das respostas das profissionais Enfa.1 e Enfa.2, identifica-se que elas percebem a necessidade do apoio do psicólogo nas diferentes manifestações psíquicas dos pacientes e familiares durante a internação, como o medo e a ansiedade. No contexto hospitalar sentimentos de ansiedade, depressão e medo, são especialmente comuns e são aspectos proeminentes de muitas condições médicas, visto que são respostas esperadas e podem ser um estímulo necessário ao enfrentamento de situações repentinas, de sofrimento e ajustamento, conforme apontam Yudofsky, Hales (2006); Botega (2012) e Nunes, Rios, Adsson, Costa (2013).

Evidencia-se também nos relatos das profissionais a percepção do psicólogo como um apoio à equipe de enfermagem, no sentido dar suporte emocional ao paciente, em que muitas vezes durante a rotina sobrecarregada de trabalho no hospital, a equipe não consegue estabelecer um vínculo maior com a pessoa que necessita dos seus cuidados. Estudo realizado por Nogueira, Souza, Guedes, Santos, Turrini e Cruz (2018), com enfermeiros de instituições públicas, reforça entre outros fatores, que a sobrecarga de atividades laborais direcionadas a equipe de enfermagem é comum no ambiente de internação hospitalar.

[...] dos perfis que a gente tem mais proeminência são os ansiosos... os depressivos, tem muito paciente com doença crônica aqui... histórico de vida muito ruim... não dá para imaginar

ele [o psicólogo] não estar mais aqui... a vida moderna traz uma necessidade cada vez maior de um acolhimento.(Med 1)

Ao se referir ao papel do psicólogo no hospital, a profissional percebe o psicólogo como parte instituída no cuidado ao paciente e familiar. Aponta a necessidade do suporte psicológico aos pacientes com doenças crônicas. Corroboram pesquisas de Brasil, (2014); Silva, Pinto e Alencar (2018); Melo-Silva, Mambrini, Junior, Andrade, Lima-Costa (2018), indicando que um dos fatores mais comuns para a ocorrência e frequência da internação de pacientes relaciona-se às doenças crônicas, que afetam parte da população de meia idade brasileira.

De acordo com Silva (2010); António (2010); Marçal, Rêgo, Paiano, Radovanovic (2019), a intervenção psicológica é necessária ao paciente em risco ou portador de doença crônica nos diferentes níveis de atenção à saúde, sendo que no nível terciário, o suporte psicológico deve ser direcionado para indivíduos acometidos por doenças e com complicações agudas e crônicas, como no caso da Doença Renal Crônica (DRC). No caso específico da Diabetes Mellitus (DM), Silva (2010) aponta que a abordagem psicológica torna-se necessária, uma vez que deve considerar a influência de fatores psicossociais na evolução da diabetes bem como, como condição decisiva para os cuidados com a doença. Pereira, Lanza e Viegas (2019) complementam que estratégias de suporte e reorganização da estrutura emocional para pacientes com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) devem ser estimuladas.

Complementado, este médico entrevistado diz:

[...]o papel do psicólogo acaba um pouco diluído... mas na verdade, quando a gente trata de situações, não estou falando da psicologia de saúde tá? Estou falando da hospitalar... então, dentro da hospitalar, quando a gente fala da secundária e terciária, a gente tem muito enfrentamento com óbito... tem muitas situações de caos entre familiares... intervenção do psicólogo para poder ajudar a gente com alguns conflitos.(Med 1)

Med 1 percebe o papel da Psicologia em diversas situações, nomeando-o como “diluído” e, ao falar sobre as especialidades de Psicologia da Saúde e Hospitalar, procura especificar e diferenciar a atenção psicológica nos diferentes níveis de atenção em saúde. Caracteriza, desta forma, a prática do psicólogo hospitalar, quando relata situações específicas neste contexto.

[...] vejo que o paciente precisa do psicólogo quando ele está muito abalado com o diagnóstico dele [...] eu espero assim, acho que o psicólogo tem o poder de... conseguir dar um conforto para o paciente com relação a entender o que está acontecendo com ele, dentro

da situação dele, o que ele pode melhorar, enxergar de como ele é, o que ele pode fazer de adaptação pra tentar se confortar e dar um apoio para a família... tranquilizar a família diante do quadro, do que pode ser oferecido...(Fisio 2)

Nota-se na fala da entrevistada, uma grande expectativa com relação ao trabalho do psicólogo, atribuindo a este profissional, a capacidade e a tarefa de compreender em profundidade as condições psicológicas ou emocionais do paciente e auxiliá-lo, assim como a sua família para a melhoria da situação vivida.

Dizem outros entrevistados:

Med2- Em todas as situações... ajuda nessa questão de enfrentamento da doença [...] uma coisa que é muito comum, é o envolvimento familiar também... os pais são um paciente a mais que você tem que cuidar... acho que nesses casos a Psicologia é extremamente importante [...] acho que na parte do paciente encarar a doença dele... como agir... eu acho muito importante... não sei... eu acho que é um... uma gama muito ampla[...]

O médico (Med2) identifica a necessidade do psicólogo no apoio ao paciente e familiares no processo de enfrentamento do adoecimento pelo paciente e familiares. Complementa, assinalando a importância que atribui ao trabalho do psicólogo durante o tratamento e hospitalização. Estudos de Santos (2013) Vitória e Assis (2015); Ribeiro, Luna e Medeiros (2018) ressaltam que a Psicologia Hospitalar atua na detecção e reforço de defesas adaptativas no momento de crise familiar, com intuito de auxiliar o enfrentamento dos familiares. Reiteram que, para lidar com o processo de hospitalização, tanto o paciente quanto o familiar acompanhante utilizam-se de estratégias de enfrentamento, que podem favorecer a permanência no ambiente hospitalar. Por meio dessas estratégias podem vivenciar com menos angústia esse processo.

Com base na prática profissional de atendimento de diferentes pacientes em diversos momentos ou fases do adoecimento e dos tratamentos hospitalares, bem como a literatura na área, pode-se considerar que o trabalho do psicólogo no hospital tem como foco essencial, auxiliar o paciente e familiares no enfrentamento da doença e suas consequências, conforme apontam Neme e Lipp (2010). Neste sentido, o modelo transacional de enfrentamento desenvolvido por Folkman e Lazarus (1984), pode ser citado como um dos modelos mais compreensivos acerca deste conceito, o qual envolve quatro assertivas principais: 1) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; 2) sua função é de

administração da situação estressora, em vez de controle ou domínio da mesma; 3) os processos de *coping* pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo e; 4) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Folkman e Lazarus (1984) conceituam o enfrentamento como um conjunto de esforços cognitivos, constantemente alteráveis, de controle de demandas internas e externas específicas, que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos do sujeito, de modo que passa a ter funções de modificar a relação deste com o ambiente e adequar a resposta emocional ao problema. Concordantemente, Antoniazzi, Dell’Aglío e Bandeira (1998), conceituam o *coping* como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas. Para Santos (2013), o tipo de estratégia a ser utilizado dependerá de como a família se estrutura diante do diagnóstico da doença, o tipo da enfermidade e dos percursos que irá confrontar perante a hospitalização de seu familiar.

Ao explicitar como percebe o papel do psicólogo, Med2 complementa:

[...]é que a gente talvez, não perceba tão grande que pode ser a importância do psicólogo, mas o psicólogo em si ele sabe melhor o quanto que ele pode ajudar, então de uma forma geral, eu gosto que acompanhe a maioria dos pacientes.(Med 2)

Embora não identifique objetivamente a forma de ajuda que o psicólogo pode oferecer aos pacientes, valoriza o acompanhamento psicológico e declara gostar que seus pacientes possam receber ajuda psicológica. Apesar do médico entrevistado reconhecer a necessidade do acompanhamento psicológico, é essencial clarificar aos profissionais de saúde, como as técnicas e intervenções psicológicas podem auxiliar os pacientes, de modo que consigam identificar com mais clareza as diferentes situações em que o psicólogo pode e deve intervir. Estudo de Wild, Bowden e Bell (2003) sobre o conhecimento e compreensão das atividades do psicólogo num hospital geral da Escócia, conclui que psicólogos hospitalares necessitam investir em canais educacionais de comunicação que permitam divulgar e esclarecer o trabalho que realizam ou podem realizar em hospitais gerais, pois os profissionais que não solicitam atendimento psicológico para o paciente, não o fazem, por desconfiança nos métodos psicológicos, mas parecem dispor de compreensão insuficiente acerca das questões psicológicas.

Quanto à percepção da necessidade da atuação do psicólogo, a Assistente Social diz:

[...] importância de ... uma escuta... do paciente...acho que mais isso...(A.S.)

A.S. ressalta a importância da escuta psicológica como um dos papéis do psicólogo junto ao paciente e no contexto do tratamento, porém, do mesmo modo que Med2, não apresenta outras tarefas ou formas de intervenção que fazem parte da atuação do psicólogo no hospital.

A fragilização do paciente e da família diante do adoecimento é apontada pela fonoaudióloga da equipe como foco importante da ajuda psicológica:

[...] eu percebo ... num momento em que eu vejo a família mais fragilizada, ou diante da doença ou do familiar... ou diante de alguma situação que às vezes a doença gerou... então ele ficou doente... com isso vai ficar dependente, eu não sei como eu vou cuidar...uma fragilização nesse sentido. (Fono)

Fono complementa:

Na hora de você dar uma conduta, então no meu caso, vou definir se um paciente vai com uma sonda ou não, onde eu sei que aquilo pode gerar um estresse na família, muitas vezes eu também acabo por tentar entender e ver se precisa da necessidade de um apoio pra essa situação, essa condição nova...como que essa família vai enfrentar essa condição... então as vezes eu acho legal receber um acolhimento especializado.

Para esta participante, o psicólogo auxilia na condição de dependência e insegurança do paciente e familiar, auxiliando-os no enfrentamento das mudanças repentinas e impactantes provocadas pelo adoecimento. Ela complementa, especificando situações de sua prática, sua compreensão da necessidade da atenção psicológica no hospital, mencionando o estresse adicional acarretado a pacientes e familiares por determinadas condutas invasivas de tratamento. Estudo de Vitória e Assis (2015) reitera que tanto os acompanhantes como os pacientes necessitam apoiar-se em estratégias para enfrentar o período de hospitalização, sendo que o acompanhante necessita permanecer por longo período no hospital junto do paciente, e encontra dificuldades pelo distanciamento do trabalho e de familiares para cuidar do outro. É comum os acompanhantes demonstrarem dificuldades em permanecer no ambiente hospitalar e em participarem dos cuidados. Por seu turno, o paciente se sente

dependente e percebe-se muitas vezes como um incômodo. Porém, ao mesmo tempo, está ciente de que necessita desses acompanhantes para passar por esse processo, situação em que expressa sofrimento psicológico.

Ressalta-se que o processo de enfrentamento dos familiares acontece de modo gradativo, podendo o psicólogo auxiliar os profissionais da equipe de saúde a compreenderem este processo ao longo da hospitalização. Estudos de Azevêdo, Crepaldi e More (2016); Ribeiro, Luna e Medeiros (2018) confirmam que, diante de uma situação crítica de saúde, as vivências dos familiares ocorrem de maneira processual e envolvem etapas por meio de um ciclo que possibilita o desenvolvimento de habilidades para enfrentar o período de hospitalização. Além disso, Eggenberger e Nelms (2007) ressaltam que o manejo desta experiência, marcada por medo e mudanças na rotina de vida, também pode possibilitar um diálogo mais fortalecido entre os familiares e provocar um efeito terapêutico, o que permite facilitar as relações estabelecidas no ambiente hospitalar.

Fisio2 diz que solicita a interconsulta quando percebe que o paciente necessita de apoio psicológico:

Tive vários pacientes aqui que eu vi que precisavam de apoio psicológico e pedi interconsultas. (Fisio 2)

Refere perceber os resultados positivos da intervenção psicológica, especialmente em sua força de luta e motivação para o tratamento. Não clarifica de que forma identifica a necessidade do apoio psicológico e da interconsulta, porém revela perceber melhoras nos pacientes atendidos pelo serviço de psicologia:

[...] dá para perceber a diferença do paciente, de às vezes não se entregar para a doença e lutar contra ela e ter força de vontade... já tive vários casos que eu atendi que eu percebi que melhorou bastante. (Fisio 2)

Para a participante Nutri, a prática do psicólogo hospitalar é necessária para o enfrentamento da internação dos pacientes com dificuldades associadas ao diagnóstico de desnutrição, bem como para aqueles pacientes com dificuldades em aderir às restrições alimentares. Percebe também a necessidade do apoio do psicólogo para aqueles pacientes que necessitam de dieta por via alternativa de modo prolongado, com privação hídrica e de alimentos - fatores estes que a profissional aponta como pertencentes ao processo de hospitalização e que geram angústia nos pacientes.

Diz: [...] paciente desnutrido, que tem dificuldade em recuperação de peso, enfrentamento da internação... paciente muito obeso em relação as restrições que tem durante a hospitalização... pacientes que estão em jejum prolongado em uso de parenteral ou uso de enteral, que não possa liberar dieta via oral, que eles também ficam bastante angustiados por conta disso...(Nutri)

A partir de sua prática e de necessidades específicas dos pacientes que atende, Nutri consegue objetivar as situações nas quais solicita a ajuda psicológica.

Na categoria 2- Promoção e cuidado em Saúde Mental, aparece o entendimento dos entrevistados de que o psicólogo é necessário para avaliar e acompanhar os pacientes que possuem dificuldades relacionadas ao campo da saúde mental, bem como, para a prevenção do surgimento de psicopatologias.

Paciente depressivo [...] necessidade de fazer encaminhamentos para o psiquiatra ... e o paciente ser atendido no emocional também.(Enfa. 1)

A percepção de Enfa.1 acerca do psicólogo no hospital, é a de que ele é um profissional que possui o papel e a habilidade em avaliar o estado mental do paciente, atendendo-o e encaminhando-o a outros profissionais quando necessário, num trabalho complementar junto à equipe. Entretanto, não especifica de forma clara os estados mentais ou afetivos que, segundo sua percepção, demandariam a atenção psicológica.

Observa-se, no hospital, que a escassez de informações a respeito de sinais e sintomas que indicariam a necessidade de uma avaliação ou intervenção psicológica pode levar ao obscurecimento das reais condições psicofisiológicas do paciente, prejudicando seu tratamento.

Revisão de literatura de Prado, Sá e Miranda (2015) aponta que atenção em saúde mental é um desafio para os serviços de saúde, sobretudo no acompanhamento não psiquiátrico, sendo que há poucas publicações científicas sobre o cuidado prestado ao paciente com transtorno mental internado em hospital geral devido a uma complicação clínica ou cirúrgica.

Enfa.2 ainda refere que solicita interconsulta quando percebe que o paciente faz uso de substâncias psicoativas. O contato com a especialidade médica de Psiquiatria é percebido

como mais específico da Psicologia, para a profissional o psicólogo hospitalar é mais apto para avaliar as questões vinculadas à saúde mental e levantar demandas psiquiátricas. Diz:

Na ortopedia é principalmente com paciente usuário de drogas ... nos outros setores, acho que nem tem tanto, mas na ortopedia, por ser fratura... eles acabam... tendo mais esse tipo de paciente lá... e é muito complicado lidar com eles [...] a psicóloga vem, conversa com eles, às vezes dá um encaminhamento, e ela pede também, às vezes, atendimento para o psiquiatra, então [é importante] essa intermediação que ela faz.(Enfa.2)

Para Med1, a interconsulta é necessária para pacientes que possuem alteração de humor e estados de ansiedade acentuada, ou seja, que mostram a possibilidade de apresentarem algum tipo de transtorno ou psicopatologia.

Tem pacientes com perfil de alteração de humor... desde os mais depressivos com doenças mais crônicas... até aqueles bem ansiosos.(Med 1)

Estudos apontam que pacientes com transtorno mental possuem maior risco de desenvolver algumas comorbidades somáticas, por exemplo, diabetes, cardiopatias, doenças pulmonares, alterações da tireoide e doenças infecciosas em decorrência do uso prolongado de psicofármacos (hepatites, tuberculose), bem como hábito de vida não saudável e uso de drogas (ZOLNIEREK, CLINGERMAN, 2012; DE HERT, WINKEL, SILIC, EYCK, PEUSKENS, 2010). Prado, Sá e Miranda (2015) ressaltam que pacientes com diagnóstico de transtorno mental, chegam com maior frequência nos serviços de saúde de emergência necessitando de intervenções mais invasivas. Estudo de Bouza, López-Cuadrado e Amate (2009) concluiu que a hospitalização de pessoas com esquizofrenia, em decorrência de doenças clínicas, é mais frequente do que entre aquelas sem esquizofrenia.

Med2 também acentua a necessidade de ajuda psicológica nos casos de doenças ou transtornos que possam interferir negativamente no tratamento médico:

[...]tem alguns pacientes que tem um pouco de transtorno comportamental também... alguns usam substâncias [...] então eu acho que nisso ajuda demais... pois atrapalha o nosso tratamento.(Med 2)

Buriola et al. (2011); Prado, Sá e Miranda (2015) referem que o cuidado assistencial a crises somáticas prestado ao sujeito com transtorno mental no hospital geral parece ser uma questão de difícil manejo para os profissionais de saúde, sendo que os achados encontrados na

literatura apontam para o afastamento do profissional de saúde desses pacientes, o que compromete a integralidade do cuidado. Estudo de Wang et al. (2019) reitera que a frequência de sintomas elevados de depressão, ansiedade, somatização e hipocondria em pacientes internados no hospital geral foi alta, porém grande porcentagem de médicos não identificaram com precisão os problemas de saúde mental nos pacientes. Wang et al. indicam que os médicos devem ser incentivados a participarem de treinamentos em saúde mental no hospital geral e que os pacientes devem ser informados para buscar apoio psicológico, sem serem desencorajado pelo estigma.

A dependência química parece ser uma condição mais preocupante e mais claramente percebida pelos profissionais da equipe, levando-os a solicitarem a interconsulta.

A.S. ressalta a necessidade da interconsulta psicológica nos casos de dependência química, mostrando que esta intervenção é reconhecida como importante, não apenas pelos médicos (como Med2) mas também pelo Serviço Social e pela equipe de Enfermagem.

Diz A.S.:

Eu vejo que é bastante solicitado ... quando entra paciente relacionado à saúde mental, até mesmo usuário de drogas... eu vejo que tem essa demanda [da interconsulta] não só do serviço social, mas da parte de enfermagem.(A.S.)

A.S. reforça sua visão acerca da necessidade de ajuda psicológica no caso de pacientes usuários de substâncias psicoativas, apontando esta situação como complicadora para o manejo do paciente pela equipe, o que leva a dificuldades de adaptação do paciente ao ambiente hospitalar e a aceitação dos cuidados da equipe de saúde. Estudo de Zolnieriek e Clingerman (2012) indica que as regras rígidas do hospital, a rotina rigorosa e o foco da atenção voltada às necessidades físicas, dificultam ao profissional, prestar adequadamente o cuidado para estes pacientes.

Dada a complexidade das questões envolvidas nos diagnósticos, formas de tratamento e condutas no campo da saúde mental, especialmente em se tratando de situações que se manifestam no contexto de hospitais gerais, a literatura recomenda a realização de trabalhos em equipe interdisciplinar, a realização de interconsultas e processos de capacitação ou sensibilização, acreditando que estes podem impactar positivamente sobre a falta de informações ou conhecimento dos profissionais e minimizar o estigma da loucura (BRASIL, 2005; PRADO, SÁ, MIRANDA, 2015). Scafuto, Saracena e Delgado (2017) reforçam que

um dos principais desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira é a formação e educação permanente de profissionais direcionadas ao trabalho intersetorial e interdisciplinar, que seja capaz de gerar a superação do paradigma da tutela e romper com as barreiras do estigma e preconceito das pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Ressalta-se que a saúde mental é um tema transversal na formação e prática dos profissionais da equipe de saúde. O interconsultor deve estar atento para não contribuir para a cisão mente e corpo, atuando de forma a ratificar tal cisão, aceitando que a equipe relegue os cuidados nesta área, apenas ao profissional de saúde mental, estimulando a dissociação e comprometendo a visão integral sobre o paciente, assim como apontado por estudo de Cerqueira (1994).

Na categoria 3- Suporte ao paciente e à família na Unidade de Terapia Intensiva, na condição de cuidados paliativos e em situações de óbito iminente inserem-se as respostas dos entrevistados que enfatizam a importância do trabalho do psicólogo no ambiente de UTI, nos cuidados paliativos e em situações de óbito iminente.

O paciente recluso lá na UTI... restrito no leito... eu acho que o acompanhamento é muito importante... e outra questão os familiares também... acho que o familiar está mais tenso... não está em contato tão próximo... sabe... o paciente está mais grave na UTI... eu acho que é fundamental o trabalho com a família. (Med 2)

O relato deste médico entrevistado permite identificar sua visão da necessidade do psicólogo no oferecimento de suporte ao familiar do paciente na UTI, principalmente porque este não interage como anteriormente. A gravidade do estado de saúde do paciente, exige que ele permaneça sob cuidados intensivos, restrito ao leito, sob o uso de drogas e dispositivos invasivos, em que muitas vezes o paciente interage minimamente com o meio externo, causando nos familiares uma gama de sentimentos e sensações negativas como medo, insegurança, ansiedade, inconformismo, culpa e angústia. Os cuidados dos pacientes em UTI são altamente invasivos, e ocorrem por meio de procedimentos e dispositivos, que acarretam na perda da autonomia e privacidade. Em relação aos familiares, os estressores se caracterizam pela percepção do ambiente, carregada de estranhamento e agressividade, e pela gravidade do quadro do paciente, muitas vezes em estado alterado de consciência e com a aparência modificada pelo trauma e/ou dispositivos. A família tem papel fundamental no

ambiente do paciente e a UTI instala no núcleo familiar uma crise emocional geradora de angústia e alto grau de estresse, aumentando a necessidade de auxílio emocional (BARTH; WEIGEL; DUMMER; MACHADO e TISOTT 2016; BAUTISTA, ARIAS e CARRENO 2016).

A fala de Fisio1 mostra sua percepção da condição e necessidades de pacientes em UTI e seus familiares:

[...] pensando no familiar, na UTI mesmo, porque o pessoal nunca entrou dentro de um hospital e de repente vê o seu parente na situação que se encontra, né, então... e o familiar muitas vezes não entende nada do que está acontecendo... que ele se sinta um pouco mais amparado e seguro estando aqui dentro, que não se sinta tão perdido, porque eu acho que o psicólogo acaba ficando mais perto até do que o enfermeiro... do familiar [...] acredito que mais seguro dentro da vivência que ele está tendo. (Fisio 1)

A profissional Fisio1, exclusiva de UTI, compreende a atuação do psicólogo hospitalar como importante no suporte aos familiares diante da insegurança gerada pelo ambiente intensivo e aponta perceber o psicólogo como mais próximo do familiar [quanto a questões subjetivas] do que o profissional de enfermagem. Estudo realizado por Silva, Ferreira e Apostolidis (2014), sobre a prática de cuidados de enfermagem no ambiente intensivo, aponta que o recurso tecnológico na UTI torna-se um recurso natural, de maneira que a dependência dos profissionais diante das tecnologias benéficas pode distanciá-los de uma relação interpessoal mais próxima com o paciente. Na UTI há um tipo de cuidado que, intermediado pelo saber clínico, valoriza as evidências e os dados objetivos, assim como todas as atividades destinadas diretamente à recuperação do paciente, sendo que, a interação com o paciente é estritamente clínica. Os pacientes que estão acordados e demandam interação mais aprofundada não se alinham com essa lógica, sendo, por vezes classificados como “queixosos”, já que não há espaço para uma escuta. O estudo de Silva, Ferreira e Apostolidis ainda aponta que existem profissionais que preferem cuidar de pacientes sedados.

Em meio a tantos cuidados, num ambiente mecanizado e “asséptico” da UTI, o paciente tende a ficar mais vulnerável, submisso, dependente e confuso. Segundo Oliveira (2012), cabe ao psicólogo proporcionar ao paciente a expressão de sua subjetividade, o acolhimento de seus medos, angústias e inseguranças.

[...] [sobre a] atuação com o paciente em si, às vezes, os pacientes ... acho ... acredito, que trabalhar com os pacientes conscientes.(Fisio 1)

Ao falar sobre a necessidade do psicólogo no suporte a pacientes na UTI, nota-se dúvida da profissional sobre a intervenção do psicólogo junto a pacientes inconscientes, considerando pertinente, apenas a ajuda psicológica ao paciente que está consciente. Os profissionais de saúde compreendem e apontam como necessária a atuação do psicólogo na UTI para os pacientes conscientes e possuem dúvidas quanto a atuação do profissional direcionada ao paciente sedado, também chamado de coma induzido, em que os pacientes não conseguem se comunicar, porém, em alguns casos, podem e devem ser estimulados a se recuperarem e se comunicarem.

Haberkorn (2004) ao referir ao serviço de terapia intensiva da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, aponta que os atendimentos psicológicos realizados aos pacientes não contactuantes devido à sedação são voltados para aqueles com grau leve de sedativos, constando de orientação de tempo e espaço e informações do ambiente externo, com a finalidade de que, se em algum momento o paciente estiver ouvindo as verbalizações, tenha ciência e segurança do que está acontecendo com ele. O paciente é também estimulado à participação com os familiares nesta interação. Em relação aos pacientes não contactuantes devido ao estado comatoso, Haberkon afirma que os atendimentos psicológicos objetivam estimular o contato com a realidade, propiciar sensação de existência, conscientizar sobre o esquema corporal, tentar uma forma de comunicação para que o paciente não se sinta só neste momento crítico de vida e colaborar na reversão do estado atual. Borges (2009) reitera que muitas vezes o psicólogo lida mais com os familiares e a equipe, do que com o próprio paciente, nos casos em que este estejam inconscientes e em respiração mecânica.

Puggina e Silva (2014) referem que a percepção auditiva e compreensão dos pacientes com desordem de consciência sempre foi muito questionado. Mesmo com os avanços da neurociência, ainda não temos uma resposta precisa do que acontece na cognição dos pacientes durante a experiência de estar na situação de alteração de consciência no ambiente da UTI.

Estudo realizado por Schneider e Moreira (2017) com psicólogos intensivistas teve como dois dos objetivos conhecer as principais intervenções psicológicas utilizadas no atendimento ao paciente e seus familiares e identificar possíveis carências na formação do psicólogo que sejam consideradas essenciais para a atuação em UTI. Nas respostas das entrevistas não foram relatadas experiências de atendimentos de pacientes sedados, intubados

ou em coma. No entanto, os pesquisadores apontam que pode ser que as participantes tenham compreendido que os relatos eram com pacientes verbais. Schneider e Moreira concluem que o ambiente intensivo requer adaptações de técnicas psicológicas para atuação do profissional psicólogo e evidenciam que há uma carência de estudos sobre a Psicologia direcionada à UTI, demonstrando necessidade de maior número de pesquisas nesta área, inclusive publicações que relatem atendimentos de casos e outras experiências na área, mostrando a realidade de sua prática e as adaptações técnicas necessárias.

Na UTI também, acredito ... a questão dos familiares que precisam de suporte, que tem dificuldade de lidar com aquela situação repentina ... já o ambiente hospitalar para eles já é difícil... e lidar com a situação... também... muito... insegurança com a situação... vai melhorar?... vai sair daqui... não vai... vai morrer... não vai... né? (T.O.)

A profissional T.O. ressalta sua visão de que o psicólogo pode atuar mais junto aos familiares do que junto ao paciente internado na UTI. O impacto provocado pelas situações de hospitalização repentina em UTI e a insegurança dos familiares pela incerteza quanto ao prognóstico do paciente, leva à percepção do psicólogo hospitalar como o profissional que está ali para acolher a família diante da ansiedade e angústia provocadas pelo medo de piora clínica e óbito, ao lado da esperança de melhora do estado de saúde do familiar.

Quanto à atuação do psicólogo nos cuidados paliativos, alguns entrevistados mencionaram a importância desta participação.

[...] e hoje em dia também com os cuidados paliativos... então a gente tem o psicólogo atuando de forma bem pesada em relação aos cuidados paliativos...na verdade quer dizer acolher... palio é manto [...] então o psicólogo tem esse papel de... de na verdade é uma interface em todas as situações[...] ou é uma família um pouco mais complicada... com dificuldade de gerenciar... os conflitos internos...também tem a questão do luto aqui no hospital... com a negação da família do paciente que está ruim... começa a briga...a raiva... e a gente precisa da intervenção do profissional. (Med 1)

A profissional entende a ação do psicólogo hospitalar como importante nos cuidados paliativos, mas complementa a necessidade de sua atuação nas diversas situações do cotidiano hospitalar. Ressalta a necessidade da interconsulta como suporte nas manifestações psíquicas

dos familiares em situações delicadas, como o agravamento do estado de um paciente, frente a sequelas instaladas e na possibilidade de óbito. Também percebe a necessidade da ajuda psicológica no manejo e suporte daquelas famílias que, por diversos motivos, possuem relações conflituosas que são potencializadas devido ao momento de fragilidade em que se encontram.

Borges (2009) aponta que a possibilidade de morte é uma variável que interfere na relação com o grupo familiar. Portanto, a comunicação do estado do paciente pelo médico com o acompanhamento do psicólogo é um momento sempre importante para avaliar a capacidade do grupo diante das diferentes possibilidades de evolução, incluindo o óbito, em que é muito comum e esperado encontrar um nível de negação dos familiares, que pode se manifestar minimizando a gravidade do estado do paciente ou a possibilidade de sua morte.

Estudo de Reigada, Pais-Ribeiro, Novellas e Pereira (2014) reitera que os familiares do paciente em cuidados paliativos podem apresentar reações emocionais derivadas de mecanismos psíquicos de defesa, por não terem conseguido realizar um amadurecimento adequado e uma análise da realidade antes da iminência da morte. Quando isso acontece e perdura até o falecimento da pessoa doente, é muito provável que o apoio dos familiares para o paciente, tanto emocional como prático, não seja de todo favorável. Além disso, Reigada et al., pontuam que podem surgir sentimentos como a culpa e preocupações diante de situações que não foram resolvidas, como cuidado com os filhos, propriedades e outros.

Em relação ao paciente, estudo de Porto e Lustosa (2010) reforça que a medicina paliativa apenas por si, não pode dar uma melhor qualidade de vida ao doente fora de possibilidades terapêuticas se não for combinada com o tão importante apoio psicológico especializado. Este apoio é importante, pois o doente vivencia para além dos sintomas físicos, sintomas psicológicos que vão se manifestando ao longo da terminalidade.

Num contexto... lógico, de um óbito iminente, um paciente mais paliativo... daí eu já acho que são situações mais fáceis de você ver... entender a participação [do psicólogo] ... eu acho que pra mim é isso. (Fono)

Fono mostra que entende as situações de morte repentina e de cuidados paliativos como indicadores mais claros da necessidade da atuação do psicólogo, não se referindo, aqui, às situações menos objetivas que poderiam requerer ou obter benefícios com o acompanhamento psicológico.

As profissionais Nutri e TO também entendem a atuação do psicólogo como necessária no suporte à família, ressaltando a espera de sobrevivência, morte ou sequelas graves, nas quais percebem a família expressando sentimentos ambíguos e conflituosos.

Paciente em cuidados paliativos ... os familiares ficam muito confusos... no período do pré morte ali ... sabem que o paciente não vai passar daquilo...(Nutri)

Principalmente paciente paliativo, que tem dois sentimentos... um que descanse e o outro que consiga viver...sobreviver... então a gente percebe que isso aí é bastante importante ter o profissional dando suporte para a família, fica mais tranquilo. (T.O.)

Pedro e Lustosa (2010) refletem sobre o papel dos profissionais de saúde na condição de facilitadores do processo de elaboração de lutos vivenciados pela família. Neste manejo da crise, a família pode sentir culpa e desamparo.

Kübler-Ross (1969) ao observar e analisar situações de pré-morte e pré-luto, tanto na pessoa doente como na família, refere que é, em si mesmo, um elemento preventivo de grande riqueza para a equipe interdisciplinar. O aparecimento dessas manifestações constitui o ponto de partida para trabalhar num processo de consciência por etapas, sobretudo se previamente se detectaram dificuldades na família. Talvez a família, mesmo ainda com expectativas de melhoras ou cura do paciente, não consiga lidar com a situação ou, mesmo estando consciente do óbito, mostre sentimentos de fúria e raiva contra a sua própria família, contra a equipe, contra o sistema de saúde, entre outros. Nos pacientes terminais, assim como em seus familiares as raízes dessas indignações estão, com frequência, na frustração e nos comportamentos aparentemente estranhos ou contraditórios que devem ser compreendidos e acolhidos pelos profissionais.

Para Reigada et al. (2014) os profissionais devem proporcionar o apoio à família em nível organizativo e educativo, considerando as variáveis que afetam os membros do grupo e o grupo na sua totalidade. Deve-se ter em conta, ao planejar uma intervenção profissional, a idade da pessoa doente, o papel que ocupa na família, a rede de apoio familiar, a fase do ciclo de vida em que se encontra os familiares, entre outros fatores.

Reigada et al. (2014) reiteram que quando observamos a família com capacidades e recursos próprios suficientes para lidar com a morte, constatamos que poderão levar o processo de doença de uma forma mais tranquila, aliviando possíveis problemas de adaptação

à perda. No entanto, caso contrário, a situação pode complicar-se de maneira que gere um grande sofrimento emocional, fator que também pode interferir na equipe, levando ao surgimento de frustração e sensação de impotência.

Porto e Lustosa (2010) reforçam que fica evidente a necessidade de atuação de psicólogos nas equipes em cuidados paliativos nos hospitais. Fica claro que sua atuação consiste em facilitar o processo de cuidar paliativamente, cuja preocupação central é dar qualidade de vida na morte, além de propiciar ao paciente e seus familiares uma possibilidade de escuta de suas necessidades. Ao invés de fazer restar mais vida sem qualidade, que se auxilie a dar mais vida aos dias que ainda restam. Estudo de Alves, Andrade, Melo, Cavalcante e Angelim (2015) mostra que as equipes multiprofissionais de dois hospitais de Campina Grande- Paraíba reconheceram como necessária a contribuição direta do psicólogo junto aos pacientes que necessitam de cuidados paliativos e seus familiares para prestar suporte emocional. Porém, apesar do reconhecimento da importância do psicólogo nos cuidados paliativos, foram identificadas dúvidas quanto a este papel nos discursos dos profissionais.

Na categoria 4- Hospitalização prolongada e adesão ao tratamento identifica-se, nas respostas, que os profissionais percebem a necessidade do psicólogo hospitalar para estimular a adesão e colaboração do paciente e família no tratamento, especialmente nos casos de hospitalização prolongada.

[...] se esse paciente vai ficar internado muito tempo com a gente, [...] para ele ficar mais tranquilo ali, enfrentar aquele momento. (Enfa. 2)

A profissional Enfa.2 solicita a interconsulta quando o paciente vai necessitar de tempo maior de internação, entendendo que, nestes casos, maior serão as dificuldades de enfrentamento dele e dos familiares. Silva, Pinto e Alencar (2018) caracterizam como internação prolongada quando a permanência hospitalar corresponde a mais de 24 horas. No Brasil, a média de tempo de internação é de mais de 6,6 dias, sendo este, um dos complicadores para o sistema de saúde e paciente.

[...] os pacientes, acho, acredito, que trabalhar com os pacientes conscientes... é... seria dar um suporte tendo em vista uma hospitalização longa... mais nessa parte de um suporte... trabalho de um suporte com o familiar e com o paciente. (Fisio1)

Fisio1 revela a necessidade da interconsulta ou ajuda psicológica com o objetivo de dar suporte ao paciente que está consciente e aos seus familiares, principalmente nos casos de hospitalização prolongada. Em sua fala, sugere a existência de possíveis dúvidas quanto à possibilidade do suporte psicológico em outros casos, nos quais o paciente está inconsciente.

Fisio2 mostra entender as consequências emocionais provocadas pela limitação física, como espaço de intervenção do psicólogo. Aponta a dificuldade dos familiares em lidar com a situação, suscitando sentimentos no paciente que prejudicam o tratamento. Também percebe que a internação prolongada pode gerar uma incerteza no paciente quanto ao seu tratamento, sendo necessária a escuta psicológica.

[...] Quando a família não esta colaborando da maneira correta com o paciente...em questão de apoio, tentar dar um conforto ao paciente, a gente vê que a família atrapalha um pouco no comportamento e acaba atrapalhando a recuperação do paciente [...] às vezes a família não tem muita paciência com o paciente [...] e acaba deixando o paciente mais frustrado com o quadro atual dele ...

Exemplifica, citando o caso de pacientes que sofreram AVC e que tiveram mudanças bruscas em sua autonomia e independência:

[...] principalmente quando é um paciente que sofreu um AVC, que antes era independente e depois ele tem as limitações e ele vai precisar de um apoio da família para ajudar e muitas vezes a família não sabe lidar [...] quando ele está muito tempo dentro do hospital e sem ter certeza do que está acontecendo. (Fisio 2)

No relato de Fisio 2, revela-se que a família pode interferir de modo negativo na recuperação do paciente, nos casos em que possuem dificuldades para lidar com as limitações geradas pela doença. Szareski et al., (2010), reforçam que a equipe de saúde considera um aspecto positivo os casos em que o familiar participa dos cuidados do paciente. Porém, quando o familiar não é receptivo, a sua presença pode gerar incômodo ao paciente e conflitos na relação com a equipe.

Estudo de Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) conclui que cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência, atendidos por um programa de saúde domiciliar, sofrem severa sobrecarga. Silva, Pinto e Alencar (2018) reforçam que os cuidadores de pacientes hospitalizados há mais de 10 dias, apresentam uma qualidade de vida deficiente, com sobrecarga moderada e acometimento por doenças crônicas. Esses resultados confirmam

a preocupação e o entendimento de Fisio2 acerca da necessidade da ajuda psicológica nesses casos.

A nutricionista entrevistada aponta outros fatores como indicadores da necessidade da ajuda psicológica:

[...] acho que melhora muito a adesão dele ao tratamento, porque uma vez ele compreendendo porque que ele está ali... qual o intuito de tudo aquilo... eu acho que a adesão dele vai ser maior... e ele vai acabar se autoconhecendo, embora talvez num período curto, não dê para trabalhar tão profundamente como se faria num ambulatorial... mas já é um bom caminho[...]o familiar também fica angustiado por não saber se vai ter um prognóstico bom, se vai sair, se vai desmamar dessa sonda, da parenteral... adesão ao tratamento, de uma forma geral. (Nutri)

Nutri percebe o psicólogo hospitalar como profissional que auxilia o paciente e seus familiares a compreenderem melhor a situação que vivenciam e a favorecer a adesão aos tratamentos e procedimentos necessários. Para esta entrevistada, a intervenção psicológica pode levar o paciente a um maior conhecimento de si naquele momento. Assinala, no entanto, que reconhece as limitações do trabalho do psicólogo hospitalar na internação, por ter um foco mais específico no processo e período de hospitalização, o que poderia ser diferente em esquema ambulatorial. Ainda, a participante percebe o sofrimento da família devido às incertezas e ao receio diante dos procedimentos invasivos durante a internação prolongada, apontando a necessidade da intervenção do psicólogo neste contexto.

[...] eu percebo que eles ficam mais... eu não sei se o termo seria depressivos... não colaboram tanto com o tratamento, acaba dispersando mais... não tem tanto entusiasmo para dar continuidade, principalmente nos que ficam um período mais longo...um período de internação mais prolongado [...] o paciente que fica longo período [...] com aqueles fixadores, com muito tempo em uso de antibióticos ... Nossa! Eles não aguentam mais, querem sair correndo do hospital, e você tem que fazer de alguma forma. (Nutri)

Ao tentar explicar a necessidade da ação do psicólogo, Nutri mostra sua compreensão de uma especificidade da ação do psicólogo no hospital, reconhecendo benefícios da intervenção do psicólogo direcionada às dificuldades dos pacientes em colaborar com o tratamento, adaptando-se à rotina e às intervenções hospitalares.

Massimo, Rossoni, Mattei, Bonassi, Caprino (2015) indicam que jovens que passam por um tratamento de alto risco podem experimentar estresse, dor, extrema frustração, depressão e raiva, sendo que a ociosidade e a privação de maior contato social presentes no ambiente hospitalar interferem de modo negativo no funcionamento psicológico de pacientes. Silva, Valácio e Botelhol (2014) apontam que quando os traumas (quedas, acidente de transporte, agressões) é que motivam a hospitalização, é comum que a internação seja prolongada, em decorrência de fatores como infecção hospitalar, depressão, perda de condicionamento físico, trombose venosa profunda e quedas.

A profissional Nutri percebe esta vulnerabilidade dos pacientes que se deprimem e busca a ajuda psicológica. Expressa, também, um sentimento de impotência nas situações relatadas.

Às vezes você fala... vou chamar a psicóloga... ela vai conseguir alguma coisa ali que eu não consigo... a gente fica de mãos atadas, e a gente sabe que vai muito mais além do nosso "achismo" que não é profissional dessa forma... (Nutri)

Com base na experiência de trabalho no Serviço de Psicologia do Hospital de Base de Bauru, é possível notar que o pedido de interconsulta psicológica às vezes está relacionado à angústia e à ansiedade dos profissionais quanto à recuperação e estado emocional do paciente. Ferrari, Luchina e Luchina (1977); Cerqueira (1994); Amorim, Lopes e Bruscatto (2004) ressaltam a existência de uma razão “latente” em muitos pedidos de interconsulta, motivo implícito, que está vinculado às dificuldades do profissional solicitante, mais do que ao paciente. Diagnosticar o motivo latente da interconsulta também é função do interconsultor, pois nem sempre os reais determinantes do pedido de interconsulta estão explicitados, devendo o profissional interconsultor realizar um diagnóstico situacional.

Assim como a profissional Nutri, as falas dos entrevistados Med 2 e T.O. também mostram o entendimento da necessidade do psicólogo no ambiente hospitalar com a finalidade de auxiliar o paciente na colaboração com o tratamento:

Essa parte do apoio, de enfrentar a doença, assim, eu acho muito importante, tem muitos pacientes que são rebeldes ao tratamento né... que eu acho que a conversa com o psicólogo ajuda muito...(Med 2)

[...] na atividade ele não aceita, não quer fazer... fica muito rebelde, não colaborando com a equipe, então o fato dele ter alguém pra ajudá-lo nessa insegurança... nessa ansiedade

que ele tem vai amenizar, melhorar o comportamento dele em relação à isso... aceitação... tudo vai fluir melhor né... tem muitos pacientes que ficam muito agitados...ansiosos... não conseguem ficar no ambiente hospitalar, querem ir para casa...(T.O.)

Identifica-se que a equipe de saúde busca auxílio psicológico com maior frequência aos pacientes que demonstram insegurança, ansiedade e baixa adesão ao tratamento. A hospitalização pode suscitar sentimento de inconformismo e reações como revolta ou negação de sua condição de saúde, levando o paciente a não colaborar com as etapas propostas para sua recuperação.

Na categoria5- Visão integral do doente e do adoecimento, foram alocadas as respostas indicadoras da compreensão dos entrevistados acerca das possibilidades de auxílio do psicólogo para a configuração de uma concepção global, de uma visão integral do doente e do adoecimento. É evidente, na análise das falas dos profissionais médicos, sua compreensão do papel do psicólogo hospitalar, contribuindo para uma visão ampliada do adoecimento, do diagnóstico e do tratamento, buscando ir além de uma concepção biomédica:

[...] porque a terapêutica, ela não é vista do ponto de vista fisiológico, terapêutica deve ser uma coisa mais holística... ela deve englobar a saúde mental do doente, o emocional do paciente, a gente percebe que com a modernidade a saúde emocional e mental ficaram muito prejudicadas, então se a gente não tiver essa abordagem multi para tratar os pacientes, a gente não consegue bons resultados. (Med 1)

[...] tanto com acompanhamento [psicológico e da equipe multi] assim, como para ajudar até no diagnóstico, nossas doenças, tem muitas doenças nossas que tem uma série de coisas envolvidas, por exemplo... você vai operar, cirurgia de coluna, que tem dor envolvida, então tem muita coisa além disso associado... então eu acho que a gente consegue uma abordagem mais global assim... (Med 2)

Os profissionais médicos mostram, de modo mais claro que os demais entrevistados, valorizar a necessidade de uma visão integral do doente em tratamento, enfatizando o papel do acompanhamento psicológico, colaborando para uma concepção biopsicossocial e holística do paciente e sua doença. Estudo de Soons e Denollet (2009) refere que o psicólogo no hospital geral pode auxiliar o especialista médico a realizar diagnósticos diferenciais, investigando aspectos cognitivos e planejando estratégias para melhorar o funcionamento e o

bem-estar do paciente. Além disso, o psicólogo também pode orientar no manejo com pacientes que apresentam queixas somáticas, especialmente na ausência de uma causa médica clara para a doença. Cerqueira (1994) complementa que é no contexto clínico que se poderá evidenciar a doença ampliada do plano biológico para o da integração psicossocial, na medida em que a relação médico-paciente se constitui num campo dinâmico.

Brasil (2009); Scafuto, Saraceno, Delgado (2017); Desviat, M. (2018) ressaltam que não podemos interpretar a saúde como uma situação universalmente definida e estável. A práxis médica terá que voltar a estudar cada caso individualmente, a história clínica no sentido mais estrito, aceitando que cada paciente é em si mesmo um universo, em que ele desempenha um papel ativo. A clínica deve se basear na mudança de ênfase sobre a doença em relação a determinado sujeito que sofre, levando em conta sua existência e seu ambiente social. Não significa uma desqualificação do modelo biomédico, mas uma superação de concepções tradicionais, visando promover sua redefinição em um contexto mais amplo.

Na categoria 6- Acolhimento ao paciente e família após o diagnóstico e comunicação de más notícias, alocam-se as respostas dos profissionais que pontuam a relevância do trabalho do psicólogo no acolhimento do paciente e familiares após as informações médicas e auxiliando-os na sua compreensão.

Em várias situações na verdade... acho que a situação que mais auxilia mesmo é na questão da fragilidade do paciente em relação ao diagnóstico que ele recebe, do familiar também... para ajudar a passar algumas notícias... acho que nesse sentido..."(Enfa.1)

A profissional Enfa.1 enfatiza a necessidade da intervenção do psicólogo junto ao paciente e familiares após o recebimento do diagnóstico médico. Embora não esteja claro, seu relato parece indicar que vê a necessidade de ajuda do psicólogo para dar informações negativas ou mais graves ao paciente e família.

[...] até mesmo para o acolhimento dessas pessoas na hora que a gente vai dar uma notícia ruim... não que eles dêem as notícias, mas que eles ajudem a gente a acolher a família... às vezes a gente não consegue, muita gente... ou é uma família um pouco mais complicada... (Med 1)

O conteúdo do relato da profissional, mostra com mais clareza o entendimento do papel do psicólogo para auxiliar no fornecimento de informações sobre o estado de saúde do paciente, oferecendo o acolhimento psicológico nos casos de "notícias ruins".

[...] mesmo que o médico vá e explique ... não que o psicólogo vai explicar o diagnóstico clínico, mas às vezes tentar situar o familiar dentro desse ambiente e dentro desse momento de fragilidade em que se encontra... (Fisio 1)

Fisio1, que atua exclusivamente na UTI, enfatiza a necessidade da ajuda do psicólogo para acolher a família, auxiliando-a em sua reorganização psíquica no contexto da internação no ambiente intensivo, num trabalho de parceria com as informações médicas.

[...] de conseguir esclarecer o momento dele durante a hospitalização, que às vezes eles ficam meio perdidos... os familiares...os acompanhantes... mais apreensivos... mais desesperados que os próprios pacientes. (Nutri)

O papel do psicólogo junto à família do paciente, esclarecendo-a e acalmando-a é ressaltado pela profissional, ao observar que os familiares acabam expressando mais apreensão e sofrimento no processo de hospitalização do que, muitas vezes, o próprio paciente. É necessário o acolhimento do paciente e familiar após a comunicação de más notícias, diagnósticos e tratamentos propostos. Porém, é pertinente ressaltar que o acolhimento, apesar de ser prática fundamental do trabalho do psicólogo, também deve ser realizado por toda a equipe de saúde.

Nas entrevistas deste estudo, os profissionais de saúde mostraram considerar como necessário o trabalho do psicólogo para acolher o paciente e a família após a comunicação de más notícias, bem como, para auxiliar na compreensão e clareza das informações médicas. Hemesath, Albornoz, Damasceno e Falkenbach (2017) afirmam que faz parte do conjunto de práticas do psicólogo no contexto hospitalar auxiliar na comunicação entre equipe-família-paciente e verificar se as informações fornecidas pelos profissionais foram devidamente compreendidas pelo paciente e familiar.

Estudo de Fontes, Menezes, Borgato e Luiz (2017) apontam que o enfermeiro é agente ativo na comunicação de informações ao paciente e sua família, sendo a habilidade de comunicação, competência indispensável e essencial a ser adquirida na formação desse

profissional. Fontes, Menezes, Borgato e Luiz ressaltam que há forte influência cultural sobre o processo de trabalho do enfermeiro em países considerados desenvolvidos, nos quais possuem maior autonomia para transmitir notícias aos pacientes. No entanto, pesquisas na Grécia e China mostram que os enfermeiros não se sentem preparados para esse trabalho, preferindo que o médico o faça ou até mesmo opinando que deva ser exclusividade dele.

Monteiro (2013) aponta que comunicar uma má notícia é uma situação intrínseca à rotina do médico e representa uma das tarefas mais desafiadoras da prática clínica. Araújo e Leitão (2012) e Monteiro (2013), verificaram que as más notícias em saúde, incluem situações que constituem uma ameaça à vida, ao bem estar pessoal, familiar e social, pelas repercussões físicas, sociais e emocionais que acarretam. Relatam que a transmissão de más notícias é percebida em geral como uma dificuldade pelos profissionais de saúde, dados os aspectos emocionais associados, sendo considerada uma tarefa complexa e complicada e, portanto, requer que o profissional adquira certas habilidades específicas.

Araújo e Leitão (2012) pontuam que o sofrimento provocado por uma má notícia pode ser amenizado se o médico/profissional de saúde manifestar consideração pelos sentimentos do paciente, garantindo um apoio contínuo, mesmo quando a cura não for mais possível. Baile et al. (1999) apontam que oficinas de habilidades de comunicação podem ser uma modalidade efetiva para fornecer treinamento para médicos e diminuir o estresse gerado por uma comunicação ruim com o paciente.

Com base na experiência profissional da pesquisadora, nota-se a dificuldade dos profissionais de saúde em comunicar a prescrição de tratamentos prolongados, diagnósticos de patologias mais graves e situações de óbito, em especial situações de Morte Encefálica (ME). Principalmente em momentos mais críticos como de óbito, alguns membros da equipe de saúde demonstram a expectativa de que o psicólogo realize a informações das más notícias, no sentido também de um suporte psicológico direcionado aos próprios profissionais, que permanecem sensibilizados e apreensivos com o sofrimento dos familiares.

Estudo realizado por Neme et al. (2010) identificou a vivência dos profissionais de saúde acerca da morte de pacientes oncológicos, apontando que o sofrimento da família do paciente significa sofrimento e dor também para o profissional. A morte do paciente é vivida como perda, suscitando indignação, sofrimento pessoal, angústia e, muitas vezes, frustração, especialmente ao profissional médico. Sensibilizando-se com a dor e a perda do paciente, os profissionais de saúde mostram uma compreensão empática, por vezes mal revelada, pela condição de sofrimento de pacientes e familiares.

Baile, Kudelka, Beale, Glober, Myers, Greisinger, Bast, Goldstein, Novack, Lenzi (1999) consideram que a informação negativa referente ao diagnóstico, prognóstico e progressão da doença é difícil para os médicos. Além de muitas vezes faltar um método, a informação pode suscitar reações emocionais no paciente que são incômodas para o médico e o paciente.

O protocolo SPIKES, criado por Buckman (1992), configura-se uma estratégia para auxiliar os profissionais de saúde no difícil momento de más notícias. É composto por passos para uma comunicação efetiva, incluindo o acolhimento do paciente e/ou familiares diante das más notícias. Cruz e Rieira (2016) esclarecem que o protocolo SPIKES tem como objetivo organizar a difícil tarefa da comunicação de más notícias, ajudando profissionais e pacientes a manter uma comunicação clara e aberta. No entanto, estudo de Monteiro (2013) aponta limitações no uso de protocolos, pois é difícil planejar os comportamentos que podem emergir neste tipo de comunicação. Considera que o médico precisa acolher as emoções nas situações das informações ruins, contudo, não possuem aparato teórico ou emocional para seu suporte.

Monteiro (2013) ressalta que não há protocolo que de suporte às manifestações afetivas que surgem nos momentos de más notícias e que, muitas vezes, somente resta ao médico, sair dessa situação o mais rápido possível. Monteiro ressalta que é necessário resgatar a reflexão da importância da relação médico-familiar nos ensinamentos da Medicina, prática que necessita de um aparato teórico que lide com sentimentos e emoções de futuros médicos.

Estudos de Peroza e Ranzani (2008) e de Neto, Lima, Silva, Moura, Gonçalves, Pires e Fernandes (2017) enfatizam a importância de se preparar o acadêmico de Medicina para ser o comunicador de más notícias desde o início de sua formação, sendo fundamental que as universidades invistam em métodos para capacitar os estudantes nesta habilidade. Quintana, Cecim e Henn (2002) complementam que a morte é pouco explorada nos cursos de Enfermagem e Medicina, ocasionando um manejo inadequado e aumentando desnecessariamente o sofrimento de médicos e pacientes, em especial daqueles sem expectativa de cura.

A despeito de que todos os profissionais da equipe estejam direta ou indiretamente envolvidos com a dor, a morte e a comunicação de más notícias no ambiente hospitalar, o psicólogo é frequentemente chamado nesses momentos e é apontado, pelos profissionais participantes do presente estudo, como o profissional que estaria mais habilitado a agir nessas circunstâncias. Ressalta-se, no entanto, que além de contribuir no manejo desta situação em sua prática, o psicólogo também pode contribuir para o desenvolvimento desta habilidade de

comunicação pelos demais profissionais, assim como aponta estudo de Peroza e Ranzini (2008).

Na categoria 7- Atendimento ao paciente e à família no pré e pós cirúrgico e alta hospitalar, inserem-se as respostas que indicam a percepção da necessidade do trabalho do psicólogo na equipe, realizando o atendimento do paciente e familiares no período pré e pós cirúrgico e da alta hospitalar.

[...] mais o acompanhante ... eles ficam bastante ansiosos em relação à cirurgia, o tratamento, quanto tempo vai levar esse tratamento...(Enfa. 2)

[...] cirurgia de amputação por exemplo... (Nutri)

Nutri, entende que o auxílio do psicólogo é especialmente necessário para aqueles pacientes mais graves, que sofreram cirurgia de amputação de algum membro.

Às vezes que eu solicitei, vamos pensar nesse sentido, foi quando eu verifiquei alguma insegurança, algo nervoso em relação à cirurgia, relacionado à internação mesmo do paciente... (A.S.)

A profissional A.S. considera importante a interconsulta psicológica quando há sinal de preocupação ou insegurança diante da cirurgia. Na rotina hospitalar, observa-se ser comum que os pacientes e familiares que esperam a cirurgia apresentem alguma insegurança. A intervenção cirúrgica constitui-se uma fonte de ansiedade e estresse psicológico, uma vez que o paciente precisa enfrentar situações desconhecidas, nas quais existem riscos.

Estudo realizado por Quintero, Yasnó, Riveros, Castillo, Borráz (2017) e Silva, Santos, Barroso, Rosado, Teles, Sonobe (2019) comprovam que a intervenção psicológica pré cirúrgica e pós cirúrgica, pode identificar fatores que geram ansiedade, melhorar a adaptação no ambiente hospitalar antes e depois do procedimento, complementar informações, desmistificar medos e esclarecer dúvidas. Hemesath, Albornoz, Damasceno e Falkenbach (2017) colocam que a ansiedade dos pacientes diante da cirurgia, geralmente é provocada pelo medo da anestesia e por desconhecimento do processo cirúrgico, com reações que variam desde agitação psicomotora até apatia. Nos familiares, a ansiedade geralmente está relacionada a receios sobre a anestesia ou ao medo do desconhecido e da morte. A

intervenção psicológica antes da cirurgia também beneficia a equipe cirúrgica, pois recebem o paciente mais tranquilo e com maior compreensão acerca do procedimento.

Iñón, Acha e Komar (1999) e Miranda (2017), caracterizam a psicoprofilaxia cirúrgica como uma técnica psicoterapêutica que tem como objetivo preparar emocionalmente o paciente e a família para enfrentar a cirurgia com o menor número de sequelas psicológicas possíveis, sendo então, uma abordagem preventiva e caracterizada por ser breve e focada na situação cirúrgica. Ressaltam que é adequada antes do procedimento cirúrgico, pois permite trabalhar não apenas medos e inseguranças inerentes a qualquer tipo de cirurgia (anestesia, hospitalização, dor), mas também sentimentos de aflição.

Com base na experiência profissional da pesquisadora, nota-se frequente casos de cirurgia de amputação devido à ocorrência de traumas, infecções, trombose e complicações vasculares em consequência de doenças crônicas, como por exemplo, a Diabetes Mellitus (DM). As interconsultas solicitadas à equipe de Psicologia Hospitalar nos casos da indicação de amputação são mais direcionadas aos pacientes e/ou familiares que a equipe percebe com dificuldades de aceitação quanto à realização do procedimento. No entanto, a equipe solicita com maior frequência a interconsulta, após a realização da cirurgia, quando surgem as reações psíquicas mais significativas, especialmente quando não houve um preparo psicológico prévio ao procedimento de amputação. A cirurgia de retirada de um membro engloba aspectos psicológicos complexos envolvendo paciente-família-equipe, e suscita manifestações psíquicas mais específicas tanto antes como depois da cirurgia.

O medo de perder uma parte visível do corpo torna real a sensação de desintegração corporal e a decisão de amputar é difícil tanto para a equipe de saúde como para o paciente e seus familiares (DE LUCCIA, 2004). Bergo e Prebianchi (2018) ressaltam que os aspectos emocionais de ansiedade, desespero, negação, ideação suicida, sintomas depressivos e sentimento de culpa aparecem após o diagnóstico da necessidade de amputação.

Apesar da extrema importância do acompanhamento psicológico nos casos de cirurgia de amputação, a revisão de literatura de Bergo e Prebianchi (2018) constatou que há poucas publicações sobre o tema e em geral são publicados em periódicos de Enfermagem, enfocando os aspectos emocionais do paciente no período pós-operatório. Bergo e Prebianchi apontam que os estudos analisados não incluem dados sobre as relações familiares ou a relação médico-paciente neste contexto.

Com base na experiência profissional da pesquisadora nota-se também que nos casos de complicações intestinais em que é necessária a cirurgia de ostomia, a equipe de saúde solicita a interconsulta psicológica geralmente no período pós operatório. Silva, Santos, Barroso, Rosado, Teles e Sonobe (2019), ressaltam a importância do acompanhamento psicológico pré e pós cirúrgico em relação à cirurgia de ostomia. O psicólogo pode intervir no pré operatório visando avaliar o conhecimento e compreensão do paciente e familiares acerca do adoecimento e da terapêutica preconizada, a fim de auxiliar o paciente a elaborar a condição de estomizado intestinal e reduzir os níveis de estresse e ansiedade, que, se não controlados, podem complicar o pós operatório.

Silva, Santos, Barros, Rosado, Teles e Sonobe (2019) apontam uma escassez de estudos sobre os aspectos psicológicos relacionados ao contexto da hospitalização e tratamento cirúrgico em pacientes ostomizados. Ressaltam que a importância do preparo psicológico na fase pré operatória das cirurgias em geral, ainda tem pouco reconhecimento por parte dos profissionais de saúde.

É importante ressaltar que no hospital geral, principalmente nas situações de politrauma, nem sempre a psicoprofilaxia cirúrgica é possível devido à gravidade do estado de saúde do paciente e à urgência da cirurgia. Nestes casos, o paciente pode despertar e se deparar com o esquema corporal modificado, sendo fundamental e urgente a intervenção psicológica.

Em relação à alta hospitalar:

Depois daqui eles acabam indo embora e a gente tem que prepará-los... tem muito preparo de alta... como que esse paciente vai embora para casa... porque eu sei que a hora que chegar lá [...] eles vão se deparar com inúmeras dificuldades e às vezes existe um contexto por traz, que atrapalha mais ainda essa dinâmica...então quanto mais gente envolvida no processo, melhor o jeito deles lidarem com a alta e esse suporte que vem depois da alta.(Fono)

A profissional Fono entende que a situação de alta hospitalar gera insegurança à família. O psicólogo presente neste momento, auxilia no preparo do paciente e familiares para deixarem o hospital. Fono percebe também que a dinâmica familiar interfere neste processo de alta, apontando que o psicólogo é necessário no sentido de entender como a família lida com a situação do adoecimento e sua evolução, no cuidado do paciente e em procedimentos

invasivos. Nessa perspectiva compreende-se que Fono percebe o psicólogo como profissional de suporte para a família e equipe, auxiliando a compreender o contexto e as características singulares de cada família.

Ficava sob minha responsabilidade e da nutrição as indicações de gastrostomia, de via definitiva e a gente via a dificuldade das famílias aceitarem algumas condições, de aceitar as doenças, em lidar com o quadro, com a evolução das patologias, então é onde eu tenho bastante experiência com o trabalho de psicologia, onde a gente tentava fazer isso juntos para facilitar... ter um ganho, ver o que era melhor para o paciente... para o familiar. (Fono)

Complementando, Fono refere-se à sua experiência profissional, ressaltando a necessidade do psicólogo para auxiliar na compreensão do que pode ser mais adequado para o paciente e familiar, haja vista a indicação de procedimentos invasivos. Borges (2009) refere que o psicólogo deve sempre resgatar os aspectos saudáveis dos vínculos familiares, pois, após a alta, em geral, é para a família que o paciente retorna e dela dependerá, na maioria das vezes. Silva, Santos, Barroso, Rosado, Teles, Sonobe (2019) reforçam que os atendimentos psicológicos nas ocasiões de alta hospitalar após procedimentos invasivos, vão além de acolhimento e orientações, devendo promover o protagonismo aos pacientes e familiares.

Cuidar às vezes no hospital é fácil, mas depois que o paciente vai para a casa, né... que tem uma série de necessidades assim, eu acho que aí o psicólogo também tem uma importância muito grande na orientação, nesse sentido...(Med 2)

O profissional Med 2 aponta a importância da orientação psicológica também para a fase de recuperação e adaptação do paciente e família em alta hospitalar.

TO também percebe a necessidade do psicólogo para a troca de informações num momento próximo da alta hospitalar, auxiliando a preparar o paciente para deixar o hospital:

Ele [o paciente] se preparando para sair daqui, então essa troca de informações que eu acho interessante. (T.O.)

Diante dos relatos, nota-se que a atuação do psicólogo é vista como necessária durante a programação de alta hospitalar, devido às dúvidas e inseguranças apresentadas pelos familiares. Estudo de Oppen, Beiler, Yakusheva, Weiss (2019) concluem que o diálogo interdisciplinar é necessário, e afirmam que a má comunicação entre os membros da equipe de

saúde pode interferir na preparação adequada e coordenada para a alta hospitalar. A preparação inadequada incrementa a dificuldade de enfrentamento do paciente e dos familiares pós alta e aumenta o retorno dos pacientes ao serviço de emergência. Tonetto e Gomes (2007a) afirmam que na alta hospitalar de pacientes em acompanhamento psicológico, o psicólogo é responsável por avaliar se há necessidade de continuar o tratamento psicológico e tomar as providências pertinentes.

No relato dos profissionais evidencia-se que consideram a necessidade do psicólogo no preparo para a alta hospitalar. Porém, revelam também, que o psicólogo, por compreender a dinâmica familiar do paciente, pode atuar preventivamente, facilitando a adaptação pós alta hospitalar, numa etapa de transição dos cuidados e auxiliando o paciente e a família sentirem-se mais seguros em deixar o hospital. Os entrevistados revelam a existência de sua preocupação relacionada ao período pós alta hospitalar, atribuindo ao psicólogo o papel de minimizar também tal preocupação.

Na categoria 8- Identificação de demandas subjetivas dos pacientes, não evidenciadas ou relatadas aos demais profissionais, inserem-se as respostas cujos conteúdos indicam que os profissionais percebem que o psicólogo é necessário para compreender questões e demandas subjetivas trazidas pelos pacientes, como também para ter acesso a situações não relatadas à equipe pelo paciente, mas que aparecem no que alguns dos entrevistados nomeiam de “conversa com o psicólogo”.

Para a participante T.O. o psicólogo tem acesso a conteúdos que o paciente não relata aos demais profissionais:

Eu acho que a questão da equipe, é essa troca mesmo, de repente o psicólogo conversa, o paciente traz coisas para o psicólogo que não traz pra gente.(T.O.)

Ao abordar a ação específica do psicólogo junto às demandas do paciente, a entrevistada Med 1 refere:

Eu vejo que existe um benefício muito maior ao doente, para a família e para a equipe... individualmente eu acredito que eu tenho um benefício... mas ele não é tão grande que quanto para o paciente... para o paciente é muito mais impactante... (Med 1)

Med1 identifica a necessidade do psicólogo para ouvir os pacientes, e entende que essa escuta qualificada do profissional apreende a singularidade de cada pessoa, evidenciando os

benefícios trazidos ao paciente pelo serviço de Psicologia. Também revela a ocorrência de benefícios a si própria, como profissional da equipe, embora indiretamente.

Med 1 reforça sua percepção dos benefícios da escuta psicológica ao relatar:

É muito bacana eu chegar no leito do meu paciente, que eu pedi interconsulta com a psicologia... Outro dia... ele falou assim: ‘Nossa!’ foi muito importante conversar com psicólogo... eu precisava conversar com alguém... então a gente está lidando com pessoas que precisam de ser ouvidas... isso é uma coisa que poucas pessoas vão fazer no hospital e dentro das ... das necessidades de cada um deles...” (Med 1)

Nutri, solicita a interconsulta quando o paciente está em uso de dieta parenteral e, por motivos diversos não conseguem boa evolução. Entende a importância do psicólogo nas situações de restrição da alimentação via oral, auxiliando nas questões ligadas a estas restrições:

Eu percebo que quando você fala a palavra psicólogo... ‘você quer que eu solicito psicólogo para vir conversar com você?’ o olhinho chega até a brilhar... é esse período de jejum também que a gente fala em relação à parenteral... paciente com progressão de dieta que não consegue evoluir dieta e também precisa de um aporte, de alguém para conversar...” (Nutri)

Para a T.O. a psicologia hospitalar é necessária em situações em que o paciente adquiriu uma deficiência física e manifesta insegurança, humor deprimido e dificuldade de aceitação. T.O. aponta que fala sobre a deficiência com o paciente, no entanto percebe que o modo do psicólogo “conversar” é diferenciado.

Quando o paciente, você percebe que ele está deprimido... ou não está aceitando a questão daquele momento de hospitalização... é a dificuldade de lidar com a deficiência que está instalada... ele tem muita dúvida... muito medo em relação ao futuro... e de uma maneira geral a gente conversa sobre isso, mas de uma maneira mais simples, mais rápida e... o profissional ele tem uma outra maneira de abordar o paciente... então, eu sempre, às vezes, peço para um psicólogo, quem está em plantão, para subir... (T.O.)

A profissional Enf.1, refere-se ao papel do psicólogo para tratar de questões que vão além do motivo específico da internação:

Uma paciente foi violentada sexualmente e ela só contou para a psicóloga, até então ela tinha entrado como trauma... foi da psicologia, a psicologia que tirou isso dela... e tem outras situações também [...] “e não só a questão do porquê entrou”, ai entrou por causa da fratura, mas às vezes tem outras situações que entra e sai dos hospitais e não são tratadas, ninguém diagnostica [...] às vezes eu poderia até ouvir um pouco...e a gente não tem esse tempo, mas ele sai com este, ele ter essa oportunidade de falar e as técnicas fazer os pacientes abrir, que requer uma calma, um tempo, que a gente como enfermagem não consegue, eu espero isso mesmo, que o paciente possa se abrir...”(Enfa. 1)

Na fala da profissional Enfa.1 identifica-se sua visão de que a intervenção psicológica tem o sentido de contribuir com demais informações importantes que não são relatadas à equipe pelo paciente, sendo o psicólogo, o profissional com quem o paciente vai confidenciar certas situações. Enf.1 relata que os profissionais da equipe de enfermagem possuem pouco tempo para manter diálogo com o paciente devido à realização dos cuidados/procedimentos técnicos, e mostra sua expectativa de que o psicólogo estimule o diálogo com o paciente a fim de “descobrir” situações importantes não reveladas.

Nas falas de Med2, Nutri e Fono identifica-se que percebem o psicólogo como o profissional mais habilitado para lidar com questões subjetivas, implícitas, ou não reveladas, durante os atendimentos dos outros profissionais:

Eu acho que ver coisas a mais que podem estar envolvidas, né? Alguma coisa que o psicólogo tem facilidade para... tentar ver um pouco além das entrelinhas... das queixas dos pacientes... o que que ele pode ter de real necessidade por trás...(Med 2)

[...] não sei se necessariamente é esse o papel do psicólogo... eu sei que é muito mais além do que isso [...] eu acho que vocês vão conseguir interpretar coisas que o profissional não vai conseguir enxergar no paciente, a demanda dele. (Nutri)

[...] Existem muitas coisas por trás que às vezes, nós, na nossa atuação, não conseguimos perceber, então eu acho que isso é um ponto [...] eu vejo uma importância grande... quanto mais gente tiver olhando para o paciente, conseguimos ampliar essa visão

dele... que às vezes não é só dele... é de um contexto todo... é da família... é da estrutura... é da dinâmica dele com a família. (Fono)

As falas dos profissionais mostram a percepção do psicólogo como o profissional habilitado para lidar com questões subjetivas, não evidentes aos demais profissionais. Consideram a necessidade da atuação do psicólogo para alcançar uma visão ampliada do paciente e de seu contexto familiar, revelando outras necessidades e situações que estão implícitas nos atendimentos dos profissionais da equipe de saúde. Ressalta-se que o profissional psicólogo pode e deve auxiliar com informações e orientações à equipe a fim de contribuir no manejo, conduta e tratamento proposto ao paciente.

A experiência hospitalar da pesquisadora mostra que, devido à complexidade de alguns casos atendidos, é comum alguns profissionais de saúde buscarem o Serviço de Psicologia, visando obter informações que lhes permitam melhor compreender as condições e necessidades dos pacientes. Nesses casos, cabe ao psicólogo avaliar a pertinência e os limites de cada solicitação, clarificando ao profissional solicitante os objetivos do trabalho do psicólogo hospitalar.

Gondim e Tatagiba (2016) referem que muitos teóricos da área da Psicologia revelam que é preciso delimitar a especificidade do trabalho do psicólogo à equipe de saúde, uma vez que o mesmo trabalha com subjetividade, um termo que carrega em si um caráter de imprecisão. É importante pontuar que, como o trabalho multiprofissional supõe a ação do psicólogo vinculada à dos outros profissionais das equipes, de acordo o Artigo 12 do Código de Ética Profissional do Psicólogo, este deve disponibilizar apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho. Bruscato, Amorim, Haberkorn, Santos (2004) complementam que somente aquilo que pode auxiliar o paciente em seu tratamento deve ser considerado no trabalho em equipe, incluindo também o paciente nesta dinâmica.

Na categoria 9-Auxílio e orientação à equipe quanto à compreensão psicológica do paciente e à comunicação equipe-paciente-família, alocam-se as respostas referentes à percepção dos profissionais entrevistados acerca do papel do psicólogo com relação à equipe hospitalar. O psicólogo é visto como um profissional que pode colaborar com o trabalho da equipe interdisciplinar, auxiliando-a e orientando-a a compreender, a se comunicar e se

relacionar com o paciente e familiares, facilitando as relações equipe-paciente-família e o tratamento.

Eu sempre busco quando é uma solicitação minha, entender o que está acontecendo, por que às vezes isso vai interferir no meu trabalho, na minha conduta, no jeito de lidar, de falar com eles, cada um enxerga um momento de uma forma, então quando isso interfere pra mim, eu busco também entender do profissional o que pode estar gerando aquilo, para até eu conseguir direcionar o meu trabalho para lidar de um jeito mais adequado com aquilo [...] também orientar a equipe como lidar com algumas situações. (Fono)

Fono vê o psicólogo como esclarecedor de algumas situações que podem dificultar ou auxiliar a conduta a ser tomada pela profissional, como por exemplo, o que está gerando medo ou ansiedade e como o paciente está lidando com aquele momento.

A entrevistada T.O. diz:

[...] nas visitas multi, vai a equipe toda e cada um contribui com a sua área, de dar informação desse paciente, na hora da visita cada um passa o seu ... de repente você tem alguma coisa... “Fulana” (referindo-se à T.O.), esse paciente está muito ansioso”, vamos tentar ver alguma atividade que ele possa se envolver e diminuir essa ansiedade, então eu acho que funciona dessa maneira [...] e o psicólogo pode... se você agir dessa maneira...ou se tentar dessa outra forma... ele pode se sentir mais seguro... ele vai ficar menos agitado.

Na análise da fala desta participante, nota-se que ela percebe que o psicólogo pode contribuir com o trabalho da equipe, clarificando de forma diferenciada, o estado psicológico do paciente. Dessa forma, pode ajudar os demais profissionais da equipe a direcionarem suas intervenções para mais bem auxiliar o paciente e os familiares. Também se evidencia, assim, sua expectativa de que o psicólogo realize orientações para um melhor manejo de cada paciente, amenizando seu sofrimento psíquico no ambiente hospitalar.

[...] onde o psicólogo colocava a situação da família... do paciente perante a equipe... como estava sendo a relação da família com o paciente... porque isso acaba interferindo, a equipe médica sempre acaba tendo algumas questões... algumas dificuldades.(Fisio 1)

O papel do psicólogo como intermediador, clarificando as relações paciente-família-equipe, é ressaltado pela profissionais da Fisioterapia.

A profissional Fisio1 aponta como papel do psicólogo, clarificar para a equipe médica, aspectos relevantes da relação paciente-familiar e paciente-equipe, auxiliando a superar dificuldades comunicacionais que a equipe pode ter.

Como o paciente consegue se abrir melhor com o psicólogo, ele vai deixar mais claro a frustração dele... acho que o psicólogo pode estar passando essas informações para o profissional para tentar de uma maneira geral fazer o melhor para o paciente... tanto a enfermagem... tanto o técnico de enfermagem... acho que o psicólogo pode intermediar essa relação e tentar fazer um trabalho realmente em equipe, um colaborando para melhorar o outro... (Fisio 2)

Na fala da profissional Fisio2, nota-se a expectativa de que o psicólogo seja intermediador na dinâmica de funcionamento da equipe, a fim de clarificar e incluir neste contexto, como o paciente se sente em relação ao momento vivenciado, colaborando, assim, para a melhoria da relação equipe-paciente.

Borges (2009) aponta que o psicólogo ao construir um vínculo de confiança com a equipe e um vínculo afetivo com a família e o paciente, pode intermediar aos poucos a estruturação de um vínculo adequado entre ambas as partes. Dessa forma, ajuda a viabilizar o tratamento e a tornar o período de internação o mais saudável possível.

Azevêdo, Crepaldi e More (2016) ressaltam que os familiares de pacientes hospitalizados percebem como de extrema importância a comunicação estabelecida com a equipe de saúde. Neste sentido, o psicólogo pode auxiliar no desenvolvimento da relação comunicacional equipe-família, que é um ponto fundamental para o trabalho dos profissionais de saúde do hospital.

Na categoria 10- Suporte à equipe e ao trabalho coletivo, tendo em vista a sobrecarga e especificidades da atuação no contexto hospitalar, inserem-se respostas que mostram a percepção de que o psicólogo tem também um papel de suporte direto às necessidades da equipe, tendo em vista a natureza e especificidades do trabalho dos profissionais no contexto hospitalar.

T.O. refere-se às demandas da equipe, vista também como necessitando de apoio do psicólogo:

Eu vejo assim em relação até à equipe, às vezes os próprios profissionais, acabam que... “ah!” Tem um psicólogo na equipe... eles sentem a necessidade de conversar com esse psicólogo, enquanto profissional, das dificuldades que passam ali... de alguma situação, então eu acho que é um profissional que todas as áreas do hospital, todas as áreas de atendimento ...

Enfatiza a importância deste tipo de ação psicológica no hospital, dizendo:

“é bem importante é... estar vinculado ali na equipe para ajudar de uma maneira geral... a equipe ... os pacientes... cada um tem o seu momento.” (T.O.)

A entrevistada complementa, ressaltando que a equipe de saúde expressa angústia e muitas vezes impotência em relação ao sofrimento de pacientes e familiares no contexto hospitalar.

[...]porque os profissionais que atendem assim, área de enfermagem, também trabalham com os problemas pessoais e os problemas do hospital, e a questão de saúde...né...de vínculo [...] às vezes sente também pressionado... tendo que atender... ou não está muito bem. (T.O.)

Gondim e Tatagiba (2016) esclarecem que a prática do psicólogo no hospital se baseia na atenção ao paciente, à família e também à equipe de saúde. A angústia, que emerge no trabalho de equipe, ressoa na atenção e no cuidado com o paciente e os familiares. Lima Júnior e Esthér (2011) assinalam que o hospital, apesar de ter o objetivo de salvar vidas e recuperar a saúde dos pacientes, pode proporcionar o desequilíbrio no estado de saúde dos funcionários, devido à insalubridade deste ambiente.

Gutierrez (2014) aponta o fato de que, muitas vezes, o profissional está despreparado para aproximar-se dos familiares de pacientes que passam por situações delicadas, como por exemplo, na tentativa de suicídio, em que apesar de todo o discurso do assistir o paciente/familiar integralmente, de modo humanizado, esse enfrentamento causa ao profissional angústia e sofrimento. Neme et al. (2010) apontam que, a experiência da morte de pacientes extrapola o contexto hospitalar, pode interferir na vida pessoal e familiar dos profissionais que os assistem. As experiências dos profissionais com o sofrimento de

familiares e pacientes levam a mudanças em seus valores e crenças e podem estimular temores quanto ao fato de que seus próprios familiares também possam adoecer e sofrer.

De acordo com Neme et al. (2010), alguns profissionais da equipe de saúde referem envolvimento afetivo, considerado inevitável, com os pacientes e familiares que permanecem hospitalizados por tempo mais prolongado. Os profissionais mencionam a necessidade de ajuda psicológica para evitarem o envolvimento emocional e aprenderem a lidar com resultados negativos dos tratamentos dos pacientes, ressaltando que muitas vezes, tornam-se “frios” para evitar o sofrimento. Enfatizam, assim, a relevância do papel do psicólogo que, a despeito de fazer parte da equipe de saúde, é chamado a contribuir, também para o bem estar e a saúde do profissional de saúde na realidade hospitalar, na qual as demandas são sempre urgentes e desgastantes.

A experiência desta pesquisadora no dia a dia da prática hospitalar mostra que a possibilidade dos profissionais de saúde manifestarem, para o psicólogo, sua preocupação com condições mais graves de pacientes e familiares, permite a eles também uma forma de alívio às suas próprias angústias e ansiedades, decorrentes de seu trabalho. Não raro, os profissionais manifestam claramente sua necessidade de um espaço de continência para suas próprias vivências geradoras de tensão e sofrimento.

Quanto à formação acadêmica dos entrevistados e sua percepção no que se refere à preparação e/ou experiência para um trabalho interdisciplinar, incluindo a Psicologia. As respostas foram alocadas em duas categorias.

Quadro3. Categorias identificadas nas entrevistas sobre o conhecimento do trabalho em equipe durante a formação acadêmica e a experiência com a prática do psicólogo.

1. Conhecimento adquirido sobre o de trabalho em equipe e a prática do psicólogo
2. Conhecimento adquirido sobre Psicologia

Na categoria 1- Conhecimento adquirido sobre o de trabalho em equipe inserem-se respostas que indicam **se e como** os profissionais obtiveram conhecimento acerca da interdisciplinaridade durante sua formação acadêmica.

Evidencia-se que os entrevistados que referiram ter obtido conhecimento sobre a atuação em equipe, o obtiveram durante as atividades práticas de formação (residência, aprimoramento ou estágios).

Na verdade existe um pincelamento da enfermagem em relação a esse trabalho em equipe...mas a gente foi (aprendendo) na prática...depois de estar trabalhando... a gente foi vendo a necessidade de tudo isso [...]

Relata, assim como a maior parte dos entrevistados, que sua experiência de trabalho junto do psicólogo só ocorreu em sua prática profissional:

Experiência com a prática do psicólogo: depois que entrei para trabalhar... (Enf. 1)

Ao lembrar sua experiência de trabalho no hospital, Enf. 1 refere as dificuldades enfrentadas com a falta de equipes mais completas:

Quando eu entrei no hospital, é isso que eu falei... a gente não tinha muitas coisas... era um fisioterapeuta... a gente não tinha T.O., serviço social só tinha um... depois de um tempo que a gente foi tendo uma equipe... antes era só para apagar fogo né... eles iam resolviam e também não conseguiam dar conta do hospital... hoje eu acredito que a equipe está bem maior...tem várias especialidades e isso ajuda... e muito né [...]

A profissional percebe como superficial o conhecimento sobre o trabalho em equipe obtido na graduação e na pós graduação e que foi durante a atividade laboral que compreendeu a necessidade da prática interdisciplinar. Evidencia que antes da formação mais consolidada das equipes interdisciplinares atuando no hospital, quando se dispunha de menor número de profissionais, a possibilidade de atendimento por especialidades como a psicologia e outras, ocorria apenas em situações mais emergentes ou atribuladas.

Outros entrevistados referendam a experiência da Enfa.1, mostrando a falta de formação específica, durante a graduação, para o trabalho em equipe e o conhecimento da prática dos demais profissionais dela participantes.

[...] não é um conhecimento que é dado para você na graduação... na minha graduação, por exemplo, não... tem o ensino que a gente chama de conservador na

graduação... ainda não tinha a história de PBL (Problem Based Learning = Ensino ou Aprendizagem baseada em Problemas) nada disso... bem conservador... (Med 1)

Med 1 complementa:

[...] foi fora ... na residência não, mas eu fiz outros cursos fora da medicina, por convicção própria... eu sempre busquei coisas voltadas para a minha espiritualidade... então essas coisas abriram a porta para mim... para entender o indivíduo como um ser composto de vários campos... e aí dentro disso fica inadmissível um ser tão plural ... ser visto por uma única pessoa...eu posso ir lá e fazer uma prescrição, mas eu preciso de uma série de pessoas que vejam essa pessoa nas suas múltiplas facetas e necessidades...”

A profissional revela perceber que o ensino na graduação e na pós graduação não foi voltado à prática em equipe e a um olhar integral do paciente. Refere ter buscado mais conhecimentos, a fim de complementar sua formação e ampliar o modo de perceber o paciente.

[...] eu acho que você pega isso mais na vivência hospitalar mesmo ... a residência como você fica no hospital, aí acaba que realmente a vivência mesmo, tanto uma quanto outra residência minha, a parte acadêmica era pouca, então é mais a prática, vivência do dia a dia...” (Med 2)

Na fala de Med2 nota-se que o contato com o trabalho em equipe multiprofissional foi possibilitado na prática, no cotidiano hospitalar, durante o curso de residência, a partir das atividades práticas.

Durante a faculdade, apesar de ter tido aula com o psicólogo a gente não tinha o contato com a psicóloga... isso não tivemos durante os estágios...durante as visitas médicas...isso o psicólogo não participava [...].... tive aula de enfermagem aplicada [...] ninguém sabia a diferença entre técnico, auxiliar e enfermeiro, então a pessoa ia e explicava o trabalho de cada um e mostrava a importância... a visão da enfermagem em várias situações, em relação à equipe multi [...] a pós foi mais específica mesmo.” (Fisio 1)

Nota-se na fala de Fisio1 que no curso de graduação foram oferecidas disciplinas voltadas ao conhecimento sobre o papel dos profissionais na área da saúde, mas que, na prática de estágio não havia contato com o psicólogo.

Na prática quando eu estava na graduação, a gente não tinha muito isso de... era muito fechado... isso de fisioterapia... um pouco de terapia ocupacional e as vezes enfermagem e médico, a gente não tinha a noção da importância do fonoaudiólogo, do psicólogo, nutricionista, que um pode ajudar o outro, eu fui ter mais essa... enxergar melhor essa importância depois de que eu comecei a trabalhar mesmo no hospital, na época do estágio eu não tive tão esclarecido a importância desses profissionais da equipe... (Fisio 2)

Fisio2 revela que o conhecimento sobre o trabalho em equipe obtido durante o curso de graduação não foi suficiente, sendo que a partir da prática laboral percebeu a importância da prática interdisciplinar, no sentido de um profissional colaborar com o outro.

Tive pouco contato com a prática do psicólogo na minha formação... quando eu estava no hospital [...] teve um caso eu me lembro, mas não diretamente eu vi o psicólogo atuando dentro de uma UTI, mas não sei do caso... eu vi que tinha um psicólogo na equipe... (Fisio 2)

Sobre o contato com a prática do psicólogo, Fisio2 coloca que, durante o estágio, pode observar um profissional da Psicologia participando da equipe no contexto hospitalar, porém considera que teve pouco contato com o profissional.

[...] saber lidar com profissionais que vão fazer um trabalho que pode interferir no seu... então a fisioterapia vai fazer um trabalho que vai adequar uma postura... que pra mim facilita na alimentação... não tem como falar que não tem formação em equipe, porque a gente tem muito essa questão de encaminhar paciente... eu vim de uma formação que a gente encaminha muito... pede muito diagnóstico... ver mesmo o paciente como um todo para favorecer no processo de reabilitação fonoaudiológica [...] tem psicólogo inserido na clínica escola aqui da USP, a gente tinha alguns grupos de fono e psicologia, para atender familiares, as mães das crianças com alteração de linguagem [...] onde eu vivenciei também esse trabalho interdisciplinar. (Fono)

Fono confere importância ao trabalho em equipe, apontando a interação dos profissionais e o modo como as atuações se complementam. Aponta que durante a graduação teve algum tipo de contato com o trabalho de equipe, nos casos em que teve que encaminhar pacientes para outros profissionais e teve contato com a prática do psicólogo no trabalho com grupos.

Durante a graduação não, mas durante o aprimoramento bastante, até porque minha turma de aprimorandos tinha psicólogo hospitalar, foi ali que eu conheci psicologia hospitalar, porque até então eu não tinha muita ideia do que era psicologia hospitalar ... né até onde pode chegar ... solicitar ... então eu tive contato e achava importante sim, embora tivesse um número menor de psicólogos onde eu trabalhei [...] que lidava mais era câncer no materno infantil, também na pediatria ...

Relata que, no programa de Aprimoramento Profissional, pode ter outras experiências, complementando sua formação:

[...] pelo aprimoramento a gente passava pelo hospital que trabalhava com paciente psiquiátrico e tinha a equipe de transtorno alimentar...bulimia...anorexia... a gente atendia e fazia reunião em grupo, todo mundo participava do grupo... médico, psicólogo, enfermeiro...nutricionistas... então todo mundo discutia o caso ali, então cada um mostrava o seu ponto de vista... (Nutri)

Nutri relata que o conhecimento sobre a especialidade da Psicologia no contexto hospitalar ocorreu durante a pós graduação voltada à prática multiprofissional, mas com pequeno número de psicólogos. Nutri conheceu a Interconsulta em Psicologia durante o curso e aponta a atuação do psicólogo em setores específicos, reforçando que vê a atuação do profissional como necessária, citando especialmente os casos de crianças recém nascidas que foram submetidas a procedimentos invasivos para via alternativa da alimentação.

[...] quando eu fiz faculdade, a fisioterapia e a terapia ocupacional trabalhavam juntos ... hoje as coisas são mais separadas, mas nós fazíamos até o terceiro ano na mesma sala e trabalhava na mesma clínica... (T.O.)

O relato da participante T.O mostra que teve relativa experiência de trabalho conjunto com outros profissionais (principalmente fisioterapeuta) durante a graduação, mas que tal experiência não se manteve após a graduação. A participante relata que durante seu processo de formação, durante a graduação, teve a experiência do trabalho em equipe, na área de reabilitação. Relata que trabalhava muito com a fonoaudióloga e a fisioterapeuta, principalmente numa APAE durante a faculdade.

Quanto ao trabalho com psicólogo, relata que sua experiência ocorreu na graduação durante as atividades de estágio:

[...] então a gente teve contato com psicólogo, tanto com professores quanto nos estágios, então faz um pouco parte da nossa área também, esse contato.

Diferentemente dos demais participantes, A.S. relata ter cursado uma disciplina, na graduação, abordando o trabalho em equipe:

[...] tive uma matéria específica de trabalho em equipe na graduação... na residência também, eu tive bastante... um pouquinho de cada área... eles passavam bastante essa questão de trabalho em equipe [...] e na residência foi mais a prática... como era residência multiprofissional então tinham os alunos e até mesmo os profissionais, que eram os preceptores... Tinha grupos, que era até um dos estágios que eu fiz lá... grupo de pacientes com deficiência auditiva... que eram a psicóloga e uma assistente social que participava... ouvia as dúvidas, a demanda que o grupo trazia, grupo de mães e pacientes adultos e cada profissional fazia o que era da sua competência... da sua prática. (A.S.)

A participante A.S. aponta que durante a residência multiprofissional, também teve a possibilidade de desenvolver a parte prática, enfatizando não só o contato com os alunos de várias áreas, mas também com os diversos profissionais do local, relatando que uma de suas experiências durante as atividades práticas com o psicólogo foi o trabalho com grupos.

O trabalho com grupos de pacientes e/ou familiares e a experiência de reuniões clínicas de equipe, referidos em cursos de Aprimoramento ou programa de Residência (A.S e Nutri, respectivamente), oferecidos por universidades citadas por alguns dos profissionais entrevistados, parece ter oportunizado a atuação conjunta de diferentes profissionais, incluindo o psicólogo. Apenas a Fonoaudióloga referiu a experiência de trabalho com grupos de familiares do qual o psicólogo fazia parte, no curso de Graduação.

Com relação à experiência de trabalho em equipe interdisciplinar durante a Graduação de médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, Grecchi e Castro (2008) e Daltro, Jesus, Vilas Boas, Castelar (2018) relatam que esta é pouco frequente e, em geral insuficiente. Não foram encontrados estudos específicos sobre a experiência de atuação junto ao profissional psicólogo durante a graduação de profissionais de saúde.

Sobre a prática interdisciplinar, foram encontrados estudos relacionados às experiências dos profissionais participantes da Estratégia Saúde da Família, porém, não abordando questões relativas à formação dos profissionais participantes destes programas (FARIAS, RIBEIRO, ANJOS e BRITO 2017; VALADÃO, LINS e CARVALHO 2017).

Foram encontrados estudos sobre a formação para o trabalho em equipe nas residências multiprofissionais em saúde, mostrando o potencial dos cursos de residências multiprofissionais em saúde em formar profissionais para o trabalho em equipe, transformando as práticas em vista da integralidade do cuidado (CASANOVA, BATISTA, MORENO, 2015).

Na categoria 2- Conhecimento adquirido sobre Psicologia (durante a formação acadêmica) inserem-se as respostas que revelam que os entrevistados identificam ter obtido algum conhecimento acerca da Psicologia na disciplina de Psicologia durante sua formação.

[...] na graduação a gente tinha aula né... de Psicologia... mas era muito vago... eu achava sabe... então era muito simples... falar que realmente... a gente tem um pouco de dúvida na área de vocês... de como é feito o trabalho, mas acho que isso acaba que tendo de várias especialidades, entendeu? (Med 2)

Evidencia-se o relato do profissional, mostrando que a disciplina de Psicologia durante a graduação foi percebida como de pouca importância, trazendo pouco sentido dentro de sua prática médica.

A gente teve disciplina de Psicologia, mas durante a formação ... foi assim uma matéria, mas... muito superficial. (Enfa 1)

No relato da profissional também fica evidente a disciplina de Psicologia durante a graduação percebida como superficial e de pouca importância.

[...] na faculdade a gente teve uma matéria específica de Psicologia voltada dentro da equipe multi, eram aulas com uma psicóloga mesmo, mas ela acabou desenvolvendo um trabalho mais com os alunos atuando como fisioterapeutas, para a gente ter uma visão mais global do paciente, mas a gente tinha aula de Psicologia aplicada em que ela expôs um pouco do trabalho dela no hospital. (Fisio 1).

Fisio1 relata que durante a graduação teve disciplinas de Psicologia, sendo uma delas direcionada para o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional num viés

biopsicossocial e a Psicologia aplicada, voltada para a clarificação do papel do psicólogo no contexto hospitalar. Esta participante obteve conhecimento teórico sobre o trabalho em equipe e da Psicologia no contexto hospitalar.

[...]é um curso que tem bastante teoria de Psicologia... a gente tem nos quatro anos de formação de Fonoaudiologia... (Fono)

Fono menciona que cursou várias disciplinas abordando a Psicologia em sua graduação.

As profissionais A.S. e T.O. relatam que tiveram aulas na graduação sobre Psicologia do Desenvolvimento e a TO ainda acrescenta que teve aulas relacionadas a conteúdos sobre comportamento e Psiquiatria:

Na graduação teve contato com a professora, teve uma matéria que foi de Psicologia, por exemplo... psicologia na adolescência... da criança... sabe as fases? Foi essa questão que a graduação passava pra gente... as fases... de criança...adolescente... (A.S.)

A gente teve muito, durante a faculdade toda a gente tem muita carga horária de Psicologia, que a gente trabalha toda a parte do desenvolvimento infantil, a gente trabalha com a área de comportamento, com os pacientes da área de Psiquiatria. (T.O.)

Embora as profissionais das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional tenham relatado a inserção da Psicologia como disciplina ou como tema na graduação, não apareceu, em suas respostas, de que forma esta formação contribuiu para um real trabalho de equipe em sua prática atual ou para clarificar o papel da Psicologia nas equipes de saúde.

Estes relatos são similares aos encontrados em resultados de diversas pesquisas, apontando a necessidade de revisão da disciplina Psicologia, nos cursos de Medicina e nos cursos da área da saúde em geral. Por sua brevidade e variabilidade na escolha ou seleção dos conteúdos a serem ministrados para profissionais não psicólogos, constata-se o pequeno aproveitamento desta disciplina pelos graduandos e a dificuldade decorrente, de compreenderem o papel dos conhecimentos psicológicos na área da saúde, do processo saúde-doença e as funções e especificidades da ação psicológica nos hospitais e demais contextos de saúde corroborando com estudo de Brasil (2004); Grecchi e Castro (2008) e Daltro, Jesus, Vilas Bôas, Castelar (2018).

Vilas Bôas, Daltro, Garcia e Menezes (2017) complementam que a Psicologia segue afirmada como conteúdo essencial e referida como um campo que compreende a dimensão humana a ser integrada às dimensões biológicas, sociais e ambientais; inclui conteúdos essenciais à formação médica e deveria responder às demandas propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. A concepção ampliada em saúde está como requisito no curso de Medicina, objetivando a formação de profissionais generalistas e humanistas, com perfil crítico e reflexivo, preparados para a atuação no âmbito da saúde, em diferentes níveis de atenção.

Estudo de Grecchi e Castro (2008) investigou o sentido de aprender Psicologia para alunos de graduação em Fisioterapia. Repensar o conteúdo da disciplina de Psicologia parece ser de extrema necessidade, as falas dos participantes remetem a uma Psicologia mais presente à sua prática, tanto voltada para realizar diagnósticos, identificar problemas de ordem emocional e o desenvolvimento de uma aliança terapêutica com o paciente muito além do controle do corpo, especialmente no ambiente hospitalar. Os alunos também apontaram a necessidade de um serviço de Psicologia no sentido de acolher os alunos em suas demandas afetivas decorrentes do exercício da profissão.

Pesquisa de Carvalho e Fukushima (2001) descreveu as disciplinas de Psicologia oferecidas em cursos de graduação de Enfermagem, na maior parte das escolas verificou-se uma carga horária que atende ao mínimo previsto pela legislação. Cada escola direciona o conteúdo de Psicologia para uma área específica, nas quais foram identificadas disciplinas de Psicologia Geral, Psicologia da Saúde, Psicologia da Personalidade, Psicologia do Desenvolvimento, Psicopatologia, Psicologia Social e Psicometria.

Daltro, Jesus, Vilas Bôas e Castelar (2018) ao analisarem as ementas de 250 escolas de Medicina, apontam disciplinas focadas em sinais e sintomas de doenças psiquiátricas, de uma clínica voltada a patologias. Sendo um número reduzido de escolas que investem numa formação voltada aos novos modelos de cuidado e atenção. Para Bezerra Junior (2007) somente a partir da concepção multifatorial da doença mental é possível desenvolver competências técnicas e o manejo interpessoal em equipes interdisciplinares.

Estudo de Daltro, Jesus, Vilas Bôas e Castelar (2018) aponta a disciplina de Psicologia com o conteúdo superficial das teorias clássicas, abrangendo temas relacionados à teoria da Psicanálise, Psicogenética, Dialética Biopsicossocial, tratando-se de teorias distintas, agregando diversas abordagens filosóficas estudadas em tempo reduzido.

Os estudos encontrados abordando a disciplina Psicologia Médica, oferecida tradicionalmente nos cursos de graduação em Medicina, existente em outros cursos da área da saúde, evidenciam que não se chegou, ainda, a uma proposta ou modelo que se mostre pertinente e adequada à formação efetiva desses profissionais no que concerne ao conhecimento e à prática psicológica. Mostram que esta é uma questão a demandar atenção e esforço de pesquisadores, visando estabelecer parâmetros que clarifiquem quais os conteúdos pertinentes a serem ministrados, bem como, a formação a se exigir dos docentes que ministram essas disciplinas nos cursos de graduação na área da saúde.

5.1.Síntese dos Resultados

As enfermeiras entrevistadas percebem a necessidade do psicólogo nos casos em que os pacientes apresentam humor deprimido, ansiedade acentuada, bem como, para identificar e intervir em dificuldades percebidas pela equipe de enfermagem como mais preocupantes em saúde mental como abuso de substâncias psicoativas. Pontuam, também, a necessidade do acolhimento do paciente diante do pouco tempo que a enfermagem disponibiliza para outros cuidados, dada sua sobrecarga de atividades.

Os profissionais médicos entrevistados apontam a necessidade do psicólogo para auxiliar na compreensão integral do indivíduo diante do processo de adoecimento e hospitalização, bem como, para dar suporte aos familiares em UTI e em casos de prognóstico ruim, além de casos de transtornos de humor, de ansiedade e de comportamento.

Para a fonoaudióloga participante, é necessário o apoio psicológico ao familiar do paciente, especialmente aos dependentes de cuidados especiais devido a procedimentos invasivos, auxiliando no enfrentamento da situação de perda da autonomia e sobrecarga emocional vivenciada pela família. Também aponta a necessidade da ação do psicólogo nos cuidados paliativos e em situação de óbito iminente.

Para a nutricionista entrevistada, o psicólogo é importante no suporte aos pacientes em internação prolongada, jejum de longo prazo, com prescrição de dieta parenteral, pacientes em progressão de dieta que não conseguem evoluir, bem como, com pacientes em situação de isolamento por cuidados com a contaminação. O atendimento da Psicologia Hospitalar também, é visto como necessário no para diminuir a angústia, a ansiedade e o humor

deprimido, além de auxiliar na compreensão do momento vivenciado, maximizando a colaboração do paciente com o tratamento.

As fisioterapeutas entrevistadas apontam o psicólogo como importante na atuação com pacientes em internação prolongada e principalmente no suporte aos familiares, que apresentam dificuldades na interação com o paciente, especialmente em casos em que existe dependência de cuidados provocados por alterações motoras. Também apontam o papel do psicólogo no ambiente de UTI, onde os familiares permanecem fragilizados e inseguros diante das peculiaridades do ambiente intensivo.

Para a assistente social entrevistada, o psicólogo é necessário para auxiliar em questões voltadas aos aspectos psicossociais como a escuta e o acolhimento psicológico, bem como, no controle de ansiedade dos pacientes.

A Terapeuta Ocupacional percebe a necessidade do psicólogo para auxiliar nas questões relacionadas às limitações físicas provocadas pelo adoecimento e aumentar a colaboração com o tratamento, bem como, em casos de humor deprimido e de ansiedade. Aponta também a necessidade do trabalho do psicólogo em contexto de cuidados paliativos e se refere a possíveis colaborações do psicólogo com relação a certas necessidades da equipe de saúde.

A partir das entrevistas realizadas compreende-se que a atuação do psicólogo no ambiente intensivo é percebida como de extrema importância pelos profissionais entrevistados. A UTI é percebida como um espaço fundamental de atuação do psicólogo hospitalar, visando auxiliar o paciente diante da perda de autonomia e dependência. Porém, focalizam principalmente esta atuação junto aos familiares que se sentem fragilizados e inseguros pela gravidade e instabilidade clínica do paciente. Os profissionais entrevistados também apontam que percebem necessária a atuação do psicólogo para auxiliar o paciente na situação de perda de autonomia e nas incertezas geradas pelas doenças e tratamentos, bem como, no enfrentamento da enfermidade, na adesão aos tratamentos, nas situações de morte e dor e nas dificuldades adaptativas impostas pela rotina e funcionamento da instituição hospitalar. Pouca relevância foi dada pelos entrevistados a outras importantes possibilidades de ação e intervenção psicológica, tais como as pertinentes à reabilitação, à recuperação da autonomia e à participação ativa do paciente no tratamento, além de intervenções de caráter terapêutico e preventivo, como no caso da preparação para procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos mostram que os profissionais participantes do estudo identificam e valorizam o trabalho do psicólogo no ambiente e na rotina hospitalar. Percebem e relatam com maior clareza, a necessidade do auxílio psicológico em questões derivadas e voltadas à sua própria prática profissional. Estas questões apresentam-se como de caráter mais técnico, principalmente nas áreas de nutrição, fonoaudiologia e neurocirurgia. Porém, fica evidente a concepção que os profissionais possuem acerca do paciente, vendo-o em sua dimensão integral e humana, buscando ultrapassar os aspectos meramente técnicos de sua especialidade. Demonstram compreender a necessidade de se alcançar uma visão integral e holística do paciente e seu contexto, atribuindo importante participação e ajuda do psicólogo neste processo de expansão de concepções pouco abordadas em sua formação profissional.

Os profissionais percebem a relevância das questões psicológicas no adoecimento, nos tratamentos e no processo de hospitalização, a partir de suas experiências profissionais e vivências subjetivas. Apesar das falhas e da insuficiente inclusão de conteúdos e experiências práticas relevantes no campo do conhecimento psicológico durante a graduação e na formação posterior dos profissionais entrevistados, estes mostraram-se perceptivos e sensíveis às demandas psicológicas de pacientes e familiares, chegando a mencionar suas próprias necessidades de respaldo psicológico frente à sobrecarga emocional e angústias que vivenciam no ambiente hospitalar. No entanto, uma formação deficitária no campo da Psicologia, nas áreas afins da saúde, obscurece a ciência e prática psicológicas, prejudicando uma compreensão mais clara e abrangente dos profissionais acerca da Psicologia Hospitalar e das possibilidades de ação do psicólogo.

De modo geral, os participantes percebem como necessária a atuação do psicólogo hospitalar e apontam a Psicologia como parte integrada e integrante da equipe. Contudo, revela-se que ainda existe uma visão pouco clara ou específica acerca do papel e funções do psicólogo no contexto do hospital geral, dadas a complexidade desta especialidade psicológica e as características, por vezes, subjetivas das intervenções realizadas.

Os resultados obtidos indicam que a Psicologia Hospitalar vem se solidificando, sendo reconhecida por profissionais que compõem as equipes de saúde nos hospitais. Porém também apontam para a necessidade de esforços mais efetivos, por meio da própria prática psicológica e do uso de estratégias informativas novas e criativas junto à equipe de saúde,

capazes de clarificar e evidenciar a abrangência e relevância desta especialidade. Mostram, ainda, a necessidade de revisões nas disciplinas de Psicologia no âmbito dos cursos de graduação e de pós graduação, na formação dos diferentes profissionais da saúde, buscando ampliar conhecimentos desses profissionais acerca do papel e funções do psicólogo no hospital geral e, desta forma, contribuir para o desenvolvimento desta especialidade.

As consultas realizadas na literatura mostram escassez de estudos direcionados ao tema pesquisado neste trabalho, especialmente no que se refere à inserção da Psicologia e do psicólogo nas equipes interdisciplinares e ao modo como o psicólogo e sua prática são percebidos pelos diferentes membros de tais equipes, bem como, pouco esclarecem sobre o importante papel do psicólogo na formação continuada dos demais profissionais de saúde.

Neste sentido, os resultados e considerações alcançados no presente trabalho, serão informados e compartilhados com os profissionais colaboradores e demais interessados, na instituição hospitalar na qual a psicóloga-pesquisadora atua e na qual coletou os dados, buscando conferir coerência ética ao estudo desenvolvido e contribuir para a clarificação do trabalho do psicólogo na realidade hospitalar junto a esta equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. **Psicólogo da Saúde no Hospital Geral: Um estudo sobre a atividade e a formação do Psicólogo Hospitalar no Brasil.** Psicologia Ciência e Profissão, v. 35 (3), p. 754-767, 2015.
- ALMEIDA, R. A. de; MALAGRIS, L. E. N. **A prática da psicologia da saúde.** Revista da SBPH, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011.
- ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. **Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira.** Psicologia, Saúde e Doenças 18 (2), Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, 2017.
- ALVES, R. F; SAMKYA F. O. A; MELO, A. M. O; Cavalcanti, K.B; Angelim, R. M. **Cuidados Paliativos: Desafios para Cuidadores e Profissionais de Saúde.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 2, p. 165-176, maio-ago. 2015.
- AMENDOLA, F. OLIVEIRA M. A.; **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependências atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo.** Texto e Contexto, Enferm. V.17, 266, 2008.
- AMORIM, S. F.; RODRIGUES, R. T. S.; LOPES, S. R. A. Intervenção Psicológica na Equipe de Saúde: In BRUSCATO, W. L. A.; BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (Org.). **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história,** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 p. 195-204.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. Capítulo: **O Psicólogo no Hospital Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática,** São Paulo: Editora Thomson, 2003. p 15-28.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Psicologia Hospitalar: Pioneirismo e as pioneiras.** In: **O doente, a Psicologia e o Hospital.** 3. ed. Cengage Learning, 2010. P 01-27.
- ANTÓNIO, P. **A Psicologia e a doença crônica: Intervenção em grupo na diabetes Mellitus.** Psicologia, Saúde & Doenças v.11 n1 Lisboa, 2010.
- ARTACHO, J. A. **Relación Medico Paciente y Subjetividad.** Guía de Aprendizaje - Crecimiento y Desarrollo, 2013. Recuperado de <https://areacyd.files.wordpress.com/2014/04/4-psiquiatria-adulto-indd.pdf>
- AZEVEDO, V. S; CREPALDI, M, A; MORE, C. L. O. O. **A Família no contexto da hospitalização: revisão sistemática.** Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro v. 16 n. 3 p. 772-799, 2016.
- BAILE, W. F.; KUDELKA, A.P; BEALE, E. A.; GLOBER, G.A., MYERS, E.G.; GREISINGER, A. J.; BAST, R. C. J., GOLDSTEIN, M. G.; NOVACK, D.; LENZIR, R. **Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness.** *Send to Cancer* Sep. 1;86(5):887-97, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARTH, A.A.; WEIGEL, B. D.; DUMMER, C.D.; MACHADO, K.C.; TISOTT, T.M. **Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva**. Rev. Bras. Ter Intensiva. 28(3):323-329, 2016.

BELLOCH, A.; OLABARRIA, B. **El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico**. Revista Clínica e Salud, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BLEGER, J. **Psico-Higiene e Psicologia Institucional**. São Paulo: ed. Artmed, 1984.

BORGES, E. S. **Psicologia Clínica Hospitalar: Trauma e Emergência**. São Paulo: ed. Vetor, 2009.

BOTEGA, N. J. Interconsulta psiquiátrica: visão psicodinâmica in: **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**, São Paulo: 3. ed. Artmed, 2012.

BOTEGA, N. J. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Interconsulta psiquiátrica: formação profissional e organização de serviços In: BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**, São Paulo: 3. ed. Artmed, 2012.

BOUZA, C.; LÓPEZ-CUADRADO,T.; AMATE, J. M. **Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: national population-based study**. General Hospital Psychiatry, New York, n.32, p. 156-163, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Relatório Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de gestão do trabalho e da educação em saúde. Departamento de gestão da educação na saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**, 2004.

BRUSCATO, W. L. A Psicologia no Hospital da Misericórdia: Um modelo de Atuação: In BRUSCATO, W. L. A.; BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (Org.). **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 p. 18-29.

BRUSCATO, W. L.; KITAYAMAM. M.; FREGONESE, A. A.; DAVID, J. H. O Trabalho em Equipe Multiprofissional na Saúde: In BRUSCATO, W. L. A.; BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (Org.). **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 p. 34-41.

BUCKMAN R. **How to break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore: TheJohns Hopkins University Press; 1992. 240p.

BURIOLA, A. A.; ARNAUTS, I.; DECESARO, M. N.; OLIVEIRA, M. L. F.; MARCON, S. **S. Assistência de Enfermagem à família de indivíduos que tentaram o suicídio.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 15 (4), 710- 716, 2011.

CALVETTI, P. Ü; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. **Psicologia da Saúde e Psicologia Positiva: Perspectivas e Desafios.** *Psicologia Ciência e profissão*, 2007, 27 (4), 706-717, 2007.

CARVALHO, A. M. P; FUKUSHIMA, E. T. **Disciplinas de Psicologia em cursos de graduação em enfermagem.** Revista Estudos de Psicologia, PUC Campinas, v. 18, n1, jan-abril, 2001.

CARVALHO, D. B. **Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar.** *Psicologia Ciência e profissão*, v. 33, n. 2, p. 350-365, 2013.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N, A.; RUIZ-MORENO, L. **Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde.** ABCS Health Sciences 40 (3): 229-233, 2015.

CASTRO, E. K. C.; BORNHOLDT, E. **Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional.** *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 24 n.3, p. 48-57, 2004.

CERQUEIRA, A. T. A. R. **A interconsulta médico-psicológica no contexto institucional como espaço para a formação de médicos e psicológicos.** *Temas psicol.* Vol. 2 n.2 Ribeirão Preto ago. 1994.

CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami (Org.), **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**, São Paulo: Pioneira, 2000, pp. 73- 165.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inclui a Psicologia (em) Saúde no rol das especialidades de que trata o art. 3 da Resolução CFP n. 013/2007**, de 5 de fevereiro de 2016. Disponível em: site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolucao-003-2016.pdf> Acesso em: 01 março 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro**, de 14 de setembro de 2007. Disponível em: site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf> Acesso em: 28 dezembro 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução n 013, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/codigo_etica.pdf>.

COUTO, M. L. L; SCHIMITH, P. B; ARAÚJO, D. M. **Psicologia em Ação no SUS: a Interdisciplinaridade Posta à Prova.** *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 33 n. 2, p. 500-512, 2013.

CRUZ, C. O.; RIEIRA, R. **Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES**. Diagn Tratamento. 2016;21(3):106-8.

DANELUCI, R. de C. **Psicologia e saúde como campo de interrogações**. Revista Psicologia e Saúde, v. 5, n. 1, p. 18-24, 2013. Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177093X2013000100004&script=sci_abstract. Acesso: 21/08/2018.

DE LUCCIA, N. **Amputações e a doença vascular periférica**. Jornal Vascular Brasileiro, 3(3), 179–180, 2004.

DESVIAT, M. **Coabitar a Diferença: da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva**, 1. Edição, São Paulo, Zagadoni, 2018.

DOCA, F. N. P.; COSTA JÚNIOR, A. L. **Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão**. Paidéia (Ribeirão Preto), 17, p. 167-179, 2007.

ENRIGHT, M. F., RESNICK, R. J., LUDWIGSEN, K. R., e DELEON, P. H. (1993). **Hospital practice: Psychology's call to action**. Professional Psychology Research and Practice. 24(2), 135-141, 1993.

FARIAS. D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U.; BRITO, G. E. G. **Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família**. Trab. educ. saúde vol.16 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2018 Epub Dec 11, 2017.

FERRARI, H.; LUCHINA, N.; LUCHINA, I. L. **La Interconsulta médico psicológica em El marco hospitalario**. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 1977.

FRANCO, V. **Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce**. Interação em Psicologia (Portugal), v. 1, p. 113-121, 2007.

GAZOTTI, T. C.; PREBIANCHI, H. B. **Caracterização da interconsulta psicológica em hospital geral** Revista Psicologia: Teoria e Prática, 16(1), 18-30. São Paulo, SP, jan.-abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v16n1p18-30>, 2014 (acesso em 07/02/2018)

GIANNOTTI, A.; OLIVEIRA, M. de F. P; ISMAEL, S. M. C. **Psicologia nas instituições médicas e hospitalares**. Rumos da Psicologia Hospitalar em Cardiologia. São Paulo: Papirus, 1995.

GIMENES, M. G. **Definição, foco de estudo e intervenção**. Em: M. M. M. J. de Carvalho. Introdução à Psico-oncologia. Campinas: Editorial Psy, 1994.

GODOY, A, S. **Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. RAE Artigos, v. 35, n2, março-abril, 1995. (acesso em 24/02/2018)

GONDIM, D. S. M.; V. M. R. O. TATAGIBA. **Conhecer para otimizar o fazer – Sobre a representação social da psicologia no hospital**. Sinais n. 19 Jan-Jun, Vitória – BR, 2016. (acesso em 05/05/2018)

GORAYEB, R. **Psicologia da saúde no Brasil**. Psic.: Teor. e Pesq. [online]. 2010, vol.26, pp.115-122.

GRECCHI, D.; CASTRO., D. S. P. **O sentido de aprender psicologia para alunos de graduação em fisioterapia**. Psicólogo informação, ano 12, n12 jan./dez. 2008

GUTIERREZ, B. A. O. **Assistência Hospitalar na Tentativa de Suicídio**. Psicol. USP vol. 25 n.03 São Paulo Sept/Dec. 2014.

HABERKORN, A. Atuação Psicológica na UTI: In BRUSCATO, W. L. A.; BENEDETTI, C., LOPES, S. R. A. (Org.). **A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004 p. 80-88.

HEMESATH, T.P.; ALBORNOZ, G. D. F.; DAMASCENO, B. V.; FALKENBACH, M. A. R. **Psicoprofilaxia cirúrgica com crianças e familiares em pré operatório imediato no bloco cirúrgico em hospital universitário** In: Jornada do Serviço de Psicologia Hospitalar do HCPA Porto Alegre- RS, 2017

INÓN A, ACHA O, KOMAR, D. **Recomendaciones para la evaluación y preparación prequirúrgica en pediatría**. Rev. Argent Anestesiología. 56: 395-419, 1998.

ISMAEL, S. M. C. **Psicologia Hospitalar: Sobre o Adoecimento...Articulando conceitos com a prática clínica**, São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KIRCHNER, L. F.; GRANZOTTO, M. D.; MENEGATTI, C. L. **Concepções da equipe de saúde de um hospital de Curitiba/Paraná sobre a prática de psicologia**. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, v. 3, n. 1, p. 24-40, jun, 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **On death e dying**. New York: Touchstone, 1969.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). **The Concept of Coping**. In Lazarus, R & Folkman, S. Stress, Appraisal and coping, pp. 117-139. New York, Springer, 1984.

LEITÃO, M. S. **O psicólogo e o hospital**. Sagra DC Luzzatto, Porto Alegre: 1993.

LIMA JUNIOR, J. H. V.; ESTHER, A. B. **Transições, Prazer e Dor no trabalho de enfermagem**. Revista de Administração de Empresas, 41 (3), 20-30, 2001.

MASON, M **Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews**.FQS. Volume 11, Nº 3, Art. 8 – September 2010.

MANZINI, J. E. **Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação**. Maringá, v. 4, n. 2 , p. 149- 171, 2012.

MARÇAL, G. R.; RÊGO, A.S, PAIANO, M.; RADOVANOVIC, C. A. T. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise.** Ver Fun Care Online, UFRJ jul/set; 11 (4); 908-913, 2019.

MATARAZZO, J. D. **Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health Psychology.** American Psychologist, 35(9), 807-817, 1980.

MASSIMO, L., ROSSONI, N., MATTEI, F., BONASSI, S., CAPRINO, D. **Needs and expectations of adolescent in-patients: the experience of Gaslini Children's Hospital.** 2015 <http://search.proquest.com.ezproxy.depaul.edu/docview/1789098194?OpenUrlRefId=info:xri/sid:wcdiscovery&accountid=10477>

MELO, S. B. M.; MIRANDA, R.; CIRINO, S. D.; CAMPOS, R. H. F. **A Psicologia na Formação de Enfermeiros.** Estudos e Pesquisa em Psicologia, Rio de Janeiro v. 14, n1, p. 337-354, 2014.

MELO- SILVA, A. M.; MAMBRINI, J. V. D.; JUNIOR, P. R. B. S.; ANDRADE, F. B.; LIMA-COSTA, M. F. **Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil.** Revista de Saúde Pública. 8;52 Supl 2:3s, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica- DRC no Sistema Único de Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MONTEIRO, D. T. **“Por detrás da fala”: A comunicação de más notícias na perspectiva de médicos e familiares.** (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria- RS, 2013.

MORAES, L. L.; SCHIMITH, P. M.; ARAUJO, M. D. **Psicologia em Ação no SUS: a Interdisciplinaridade Posta à Prova.** Psicologia: Ciência e Profissão, 33 (2), 500-511, 2013.

MOSIMANN, L. T. N. Q.; LUSTOSA, M. A. **A Psicologia hospitalar e o hospital.** Revista da SBPH. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.201-22, jun. 2011.

NASCIMENTO, G. B.; HENRIQUE, R. da S. P. **A Exclusão do sujeito das práticas médicas em contexto hospitalar.** Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo Revista da SPAGESP, v. 16 (2), p.120-135, agosto, 2015.

NEME, C. M. B.; Introdução In: NEME, C. M. B.; OLGA, M. P. R. R. **Psicologia da Saúde- Perspectivas Interdisciplinares,** Ed. Rima, São Carlos: 2003.

NEME, C. M. B. **Ganhos terapêuticos com Psicoterapia Breve em Serviço de Psico-oncologia Hospitalar.** In: Cristiane Paulin Simon; Lucy Leal Melo-Silva; Manoel Antonio dos Santos; Cols. (Org.). Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática. 1ª ed. São Paulo: Vetor Editora, 2005, v. 01, p. 39-66.

NEME, C. M. B.; BARBOSA, C.G.; TABORIANSKI, D.; FIGUEIREDO, P. C.; KAKUDA, R. M.; JÚNIOR, S. L. R.; AMARAL, C. B. A.; PAIVA, M. M.; **O Contato com a morte de pacientes no serviço de oncologia hospitalar** In: NEME, C. M. B. **Psico-oncologia - Caminhos e Perspectivas**. Ed. Summus, São Paulo: 2010.

NEME, C. M. B.; LIPP, M. E. N. **Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer**. Psicologia, Teoria e Pesquisa. Jul- Set, Vol. 26 n3, PP. 475-483, 2010.

NETO, S. L. L.; SILVA, V. L. L.; COSTA, L. C. D.; MOURA, H. T. M.; GONÇALVES, A.; L.; M PIRES, A. P. B.; FERNANDES, V.G. **Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado?** Rev. bras. educ. méd; 41(2): 260-268, abr.-jun. 2017.

NOGUEIRA, L. S.; SOUSA, R. M. C.; GUEDES, E. S.; SANTOS, M. A.; TURRINI R. N. T.; CRUZ, D. A. L. M. **Burnout e ambiente de trabalho de enfermeiros em instituições públicas de saúde** Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(2):336-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0524>

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Os beneficiários da interconsulta psiquiátrica**. Boletim de Psiquiatria, 28(1), 22-23, 1995.

OLIVEIRA, E. C. N. **O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia**. Psicol. cienc. prof. vol.22 no.2 Brasília June, 2002.

OPPER, K.; BEILER, J.; YAKUSHEVA, O.; WEISS, M. **Effects of Implementing a Health Team Communication Redesign on Hospital Readmissions Within 30 Days**. Worldviews Evid Based Nurd. Apr; 16 (2): 121-130, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS (1948)- **Definição de Saúde**. Disponível em: <http://www.who.int/about/es/>, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Promoción de la salud: una antologia**. (Publicación Científica, 557). Washington, DC: OPAS, 1996.

PATE, W. E., KOHUT, J. L. **Results from a national survey of psychologists in medical school settings**. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 12(3), 85-91 (2005).

PEREIRA, S. C. L; REIS V. O. M; LANZA, C. R. M; ALEIXO I. M. S; VASCONCELOS, M. M. A; **Percepção de monitores do PET-Saúde sobre sua formação e trabalho em equipe interdisciplinar**.Interface (Botucatu). 2015; 19 Supl 1:869-78.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. **O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco**.Mental - ano IX - nº 17 - Barbacena-MG - jul./dez. 2011 - p. 523-536

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.

PEROSA, G. M.; RANZINI, P. M. **Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança.** *Revista Brasileira de Educação Médica.* 32(4) 468-473, 2008.

PORTO, G.; LUSTOSA, M.A. **Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos.** *Rev. SBPH* v.13 n.1, Rio de Janeiro, Jun. 2010.

REIGADA, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; NOVELLAS, A.; PEREIRA, J. L. **O suporte à família em cuidados paliativos.** *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 13, n. 1, p. 159 - 169, jan./jun. 2014.

Resolução nº 014/00. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. [Versão eletrônica] *Diário Oficial da União*, 2000.

RETT, M. P. M. **A interconsulta psicológica no hospital geral.** In WONGTSCHOWSKI, E. (Org.). *O psicólogo no hospital público: Tecendo a Clínica.* São Paulo: Zagodoni, 2011. p. 134-143.

RIBEIRO, J. L. P. **A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.** In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Ed: Textiverso, 2009.

RIBEIRO, L. C. M; LUNA, V. L. R; MEDEIROS, K, T. **Estratégias de Enfrentamento das Doenças por Idosas Hospitalizadas.** *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 23, n. 3, p. 473-482, jul./set. 2018.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (2003). **En busca de un modelo de integración del psicólogo en el hospital: Pasado, presente y futuro del psicólogo hospitalario.** In Remor, E., Arranz, P., e Ulla, S. (org.). *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 831-863).

ROSSI, L. **Gritos e sussurros: a interconsulta psicológica nas unidades de emergências médicas do Instituto Central do Hospital das Clínicas.** Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil (2008).

QUINTANA, M. A.; CECIN, O. S.; HENN, C.G. **O preparo para lidar com a morte na formação do profissional de medicina.** *Revista Brasileira de Educação Médica* 26(3); 204-206, 2002.

QUINTERO, A. YASNÓ, D. RIVIEROS, O. L.; CASTILLO, J.; BORRÁEZ, B, A. **Ansiedad en el paciente quirúrgico: un problema que nos afecta a todos.** *Rev Colomb Cir.* 2017;32:115-20, 2017.

SAMPAIO, C. C.; ROSSI, D.; BIAJONI M. C.; COLODO, M.; TACCO, M. A. C.; SAVASSI, T. R. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: Sá. J. L. M. (Org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão.** São Paulo: Cortez, 2004. p 77-94

SANTOS, F. M. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin.** Resenha de: [BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] *Revista Eletrônica*

de Educação. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em: 06/05/2018.

SANTOS, F. M. S.; JACÓ-VILELA, A. M. **O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento**. Paidéia (Ribeirão Preto), 19, 189-197, 2009.

SANTOS, L. J.; VIEIRA, M. J. **Atuação do psicólogo nos hospitais e nas maternidades do estado de Sergipe**, Ciência & Saúde Coletiva, 17(5):1191-1202, 2012.

SAUPE, R.; CUTOLO, R. A. C.; WENDHAUSEN, A. L. P.; BENITO, G. A. V. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. Interface Comunicação e Saúde. Educ, v.9, n.18, p.521-36, set/dez 2005.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). Com Ciências Saúde; 28 (3/4): 350-358, 2017.

SCHNEIDER, A. M. B.; MOREIRA, M.C. **Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional**. Temas psicol. vol.25 no.3 Ribeirão Preto set., 2017.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História**. 2003. www.crp09.org.br/NetManager/documentos/11-913.doc (29/08/2017).

SEBASTIANI, R.W.; MAIA, E.M.C. **Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico**. Acta Cirúrgica Brasileira[online], v. 20, suppl 1, p. 50-55, 2005.

SILVA, A. S.; VALÁCIO R. A.; BOTELHO L. F. C.; **Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino**. Rev. de Saúde Pública. 2014, 48 (2) 314-1, 2014.

SILVA, I. L. **Psicologia da diabetes**. 2 ed. Lisboa: LDA, 2010.

SILVA, N. M.; SANTOS, M. A. S.; BARROSO, B. C. T.; ROSADO, S. R.; TELES, A. A. S.; SONOBE, H. M. **Estratégia de atendimento psicológico a pacientes estomizados e seus familiares**. Psicol. Ciência e Profissão vol. 39 Brasília, Maio, 2019.

SILVA, R.P.; PINTO, P. I. D. P.; ALENCAR, A.M.C. **Efeitos da hospitalização prolongada: o impacto da internação na vida paciente e seus cuidadores**. Revista Saúde-Santa Maria, v. 44, n.3, Set/Dez 2018.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SZARESKI, C.; BEUTER, M.; BRONDANI, C. M. **O familiar acompanhante no cuidado ao adulto hospitalizado na visão da equipe de enfermagem**. Revista Gaúcha de Enfermagem, 31(4),715-722, 2010.

TOLOI, G. G.; MANZINI, E. J. **Etapas da estruturação de um roteiro de entrevista e**

considerações encontradas durante a coleta dos dados. In: VIII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Londrina, PR. Anais (online), 2013.

TONETTO, A. M.; GOMES W. B. **Competências e habilidades necessárias à prática psicológica hospitalar.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, V. 59, N. 1, 2007.

TONETTO A. M.; GOMES W. B. **A prática do psicólogo em equipe multidisciplinar.** Estudos de Psicologia Campinas, 24(1) 89-98, janeiro - março 2007.

TOREZAN, Z. F.; CALHEIROS, T.C.; MANDELLI, J. P.; STUMPF, V. M. **A graduação em psicologia prepara para o trabalho no hospital?** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 33, n. 1, p. 132-145, 2013.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. **Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família** Trab. educ. saúde vol.15 no.3 Rio de Janeiro Sept./Dec. 2017

VIEIRA, SONIA. **Introdução a bioestatística.** Rio de Janeiro: Elsevier, 4. Ed. 2008.

VILELA, A. M. J.; CARNEIRO, F. D. **Psicologia e Saúde no Brasil: interfaces históricas.** Tempos Gerais - Revista de Ciências Sociais e História, UFSJ N. 2 , p. 2015.

VITÓRIA, A. L.; ASSIS, C. L. **Vivências e estratégias de enfrentamento em acompanhantes de familiar hospitalizado em uma unidade hospitalar do município de Cacoal-RO.** Aletheia 46, p.16-33, jan./abr. 2015.

XAVIER, L. P.; REIS, P. P. F.; FRASSÃO, M. C. G. O. **O Trabalho do Psicólogo Junto à Equipe de Saúde.** Revista Ciências em Saúde, v6, n1, 2016.

WANG, Y.; MURRAY, A.M.; TOUSSAINT, A.K.; CHEN, L.; H.E., N.; LUO, S.X.; YU J.Y.; LIU, Y.; HUANG, M. J.; DONG, Z. Q.; ZHANG, L. **Why in the recognition rate of psychological distress under-estimated in general hospitals? A cross-sectional observational study in Chine.** Medicine Baltimore, Jul; 98 (27), 2019.

WILD, M. R.; BOWDEN, K.; BELL, N. **The provision of clinical psychology services within a general hospital: na analysis and interpretation of referral rates.** Scott Medical Journal, 48 (3), 76-81, (2003).

YANAMOTO, O.; CUNHA, I. **O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar.** Psicologia: Reflexão & Crítica, 11(2), 345-362, 1998.

YANAMOTO, O, H.; TRINDADE, L. C. B.; OLIVEIRA, I. F. **O Psicólogo em Hospitais do Rio Grande do Norte.** Psicologia USP, v. 13. n. 1, 2002, PP. 217-246.

YUDOFISKY, S.C.; HALES, R.E.; **Neuropsiquiatria e Neurociências na prática clínica.** Porto Alegre: Artmed, 4. Ed. 2006.

ZOLNIEREK, C. D.; CLINGERMAN, E. M. A. **Medical Surgical Nurse's Perception's of Caring for a Persos With Severe Mental Illness.** Journal of the American Psychiatric Nurses Association, St. Louis, v. 18, n. 4, p. 226-235, 2012.

APÊNDICE A

Dados Sociodemográficos

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Qual a sua formação acadêmica?
- Qual seu tempo de atuação profissional?
- Qual local/ quais locais atua no hospital e há quanto tempo desenvolve suas ações neste/nestes locais?

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

- Em quais situações no contexto hospitalar você percebe a necessidade do Psicólogo?
- O que você espera dos atendimentos do Psicólogo Hospitalar?
- Como que o Psicólogo pode contribuir no trabalho em equipe interdisciplinar dentro do contexto hospitalar?
- Durante a formação acadêmica você adquiriu conhecimento sobre o trabalho em equipe? Teve alguma experiência com a prática do Psicólogo?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “CONCEPÇÕES DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR SOBRE A PRÁTICA DO PSICÓLOGO HOSPITALAR”, sob a orientação da pesquisadora Dra. Carmen Maria Bueno Neme.

O estudo será realizado pela discente Raquel Giglio de Oliveira do Programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem- UNESP/Bauru. Os resultados contribuirão para a compreensão da Psicologia Hospitalar como especialidade integrada na equipe interdisciplinar, bem como para o desenvolvimento científico.

O presente estudo tem como objetivo identificar concepções dos profissionais que compõem a equipe de saúde no hospital sobre a prática do psicólogo hospitalar neste contexto. Será realizada uma entrevista individual com o voluntário, sendo gravada em áudio com a finalidade de transcrição pela pesquisadora e posterior análise de conteúdo.

Os profissionais da equipe de saúde, voluntários desta pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após o esclarecimento sobre o estudo realizado e anterior às respostas da entrevista. Esse projeto não se configura como vínculo de trabalho, nem traz algum ônus aos participantes. Porém, caso você se sinta desconfortável em participar, poderá se desvincular da pesquisa, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa envolve fatores que podem gerar riscos de mobilização de conteúdos emocionais e, caso haja necessidade, o profissional psicólogo apresenta condições de manejá-los no contexto individual, bem como se coloca à disposição para tratar de conteúdos de cunho psicológico que possam ser despertados.

Uma vez respeitados os preceitos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e a Resolução Nº 466/16 do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo as normas de biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são considerados mínimos.

O desenvolvimento do presente estudo pode contribuir significativamente para o conhecimento das concepções que os profissionais de saúde possuem sobre a prática do psicólogo hospitalar e ao desenvolvimento da especialidade de Psicologia da Saúde e Hospitalar.

Os resultados obtidos poderão trazer benefícios diretos aos participantes conforme o aprimoramento do trabalho em equipe interdisciplinar. Deste modo, espera-se trazer contribuições sociais e científicas.

Essa pesquisa é confidencial e seus dados pessoais serão preservados, sendo utilizados apenas, para fins científicos, as suas respostas à entrevista. Este termo de consentimento será assinado em duas vias, uma ficará com o participante.

Eu, _____, fui informado(a) sobre a pesquisa sendo que ficou claro para mim quais os propósitos, os procedimentos e a garantia de confidencialidade. Estou ciente de que minha participação é isenta de despesas e pagamentos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a realização deste, sem penalidades ou prejuízo, assim, como concordo que os resultados desta pesquisa sejam apresentados em Congressos ou Reuniões Científicas e, até mesmo publicados, desde que preservada a minha identidade.

Bauru, de de 2018.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

Nome da pesquisadora

Nome do (a) participante

RG do (a) participante

Pesquisadora responsável: Profa. Adjunta Dra. Carmem Maria Bueno Neme – cmneme@fc.unesp.br UNESP, Campus Bauru, Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01;

Vargem Limpa - cep 17033-360. Tel. (14) 3103.6000; Pesquisadora e discente responsável: Raquel Giglio de Oliveira cel: (14) 98173-2426 e-mail: raquelgiglio.psi@live.com Quaisquer dúvidas ou reclamações quanto aos aspectos éticos desta pesquisa deverão ser encaminhadas para o Programa de Pós Graduação – UNESP – Fone: (14) 3103-6077 / 3103-6174, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3103-6075.

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Concepções de Profissionais da Equipe Interdisciplinar sobre a Prática do Psicólogo Hospitalar

Pesquisador: Raquel Giglio de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83308318.3.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.603.080

Apresentação do Projeto:

Trata-se de investigação sobre as concepções dos profissionais de equipes multidisciplinares que trabalham com psicólogos em contexto hospitalar. Têm caráter qualitativo e utiliza metodologias consagradas para a compreensão do fenômeno analisado.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo principal identificar quais são as concepções dos profissionais que compõem a equipe de saúde no hospital sobre a prática do psicólogo hospitalar neste contexto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos dizem respeito à mobilização de conteúdos emocionais intensos e, eventualmente, desagradáveis ou desestruturadores para os participantes. São previstos meios para prevenir a ocorrência destes riscos e também para remediar eventuais ocorrências. Os benefícios dizem respeito a uma maior compreensão do lugar do psicólogo em equipes multidisciplinares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A prática do psicólogo na área da saúde tem sido realizada cada vez mais comumente envolvendo equipes multidisciplinares, o que ressalta a importância desta pesquisa para a área da saúde. A metodologia proposta é adequada e o cronograma factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

o TCLE está adequadamente redigido, apresentando aos participantes seus direitos, os objetivos

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS CAMPUS BAURU -
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 2.603.080

da pesquisa e demais informações previstas na resolução 466/12

Recomendações:

nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

nada a declarar

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1059225.pdf	12/03/2018 19:54:02		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/03/2018 19:53:23	Raquel Giglio de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedepesquisa.pdf	14/02/2018 21:10:22	Raquel Giglio de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/02/2018 20:59:43	Raquel Giglio de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 17 de Abril de 2018

Assinado por:
Mário Lázaro Camargo
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01
Bairro: CENTRO CEP: 17.033-360
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3103-9400 Fax: (14)3103-9400 E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br