



UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

IZAK ALVES DOS SANTOS

**PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

CAMPINA GRANDE - PB

2020

IZAK ALVES DOS SANTOS

**PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Railda Sabino Fernandes Alves.

**CAMPINA GRANDE - PB
2020**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237p Santos, Izak Alves dos.
Psicologia da saúde e prática psicológica hospitalar [manuscrito] : Representações sociais e repercussões na atuação profissional / Izak Alves dos Santos. - 2020.
116 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2020.
"Orientação : Profa. Dra. Railda Sabino Fernandes Alves , Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Psicologia da saúde. 2. Psicologia hospitalar. 3. Representações sociais. 4. Atuação profissional. I. Título
21. ed. CDD 362.110 19

IZAK ALVES DOS SANTOS

PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Área de concentração: Psicologia da Saúde

Aprovada em: 27/08/2020.

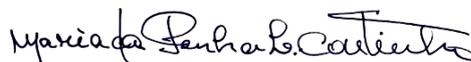
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Raílda Sabino Fernandes Alves (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Pedro de Oliveira Filho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

À minha vó, Luiza (*in memoriam*), à minha mãe, Luizete, ao meu pai, Francisco e à minha irmã, Luana, pelo suporte, amor, tempo, ensinamentos e confiança prestados, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelos desafios colocados em meu caminho, mas também por disponibilizar as ferramentas necessárias para a superação das dificuldades, possibilitando minha evolução permanente como ser humano e a percepção de que sou capaz de transpor, o que eu supunha serem, os meus limites. No percurso da vida, percebi que não há vitória sem luta, nem aprendizado sem sofrimento e esforço.

À minha mãe, pela mulher que é, além da força que exala e alimenta nos seus filhos. Sei da sua alegria em comunicar as pessoas à sua volta da minha aprovação no Programa de mestrado. Do quanto acreditou e acredita em mim, no meu potencial e nas minhas conquistas, me animando quando pensava em desistir ou achava o percurso espinhoso demais para atravessar. Obrigado, mainha!

À minha vó Luiza (*in memoriam*) que, mesmo não alcançando minha participação no processo seletivo do mestrado, sei que estava presente em todos os momentos dessa etapa e das fases seguintes. Tenho absoluta certeza na sua ação em possibilitar que a vida me ofereça o necessário e o que ela tem de melhor. Minha mãe não é quem é à toa, tem muito de você e a cada dia está mais parecida com o seu jeito de ser e suas manias.

Ao meu pai, que mesmo com todas as divergências existentes entre nós, acabou me ensinando consciente e inconscientemente da necessidade de ser forte, que a vida não é fácil, que nada vem de graça, sem o suor e até lágrimas. A vida segue e ela vai traçar nossos caminhos. Obrigado, painha!

À minha irmã, que apesar de ser mais nova, me ensina tanto também. Ela apara meus excessos, apresenta para mim a realidade e a fantasia dos meus medos. Encoraja-me a seguir em frente, sem olhar para trás e simplifica minha vida. A gente implica um com o outro, mas também dá suporte e impulso para o crescimento de cada um. Tu és meu equilíbrio. Um abraço, irmã!

Aos demais amigos e familiares que, de alguma forma, tornam esse processo menos desgastante e apontam para a necessidade de se divertir um pouco, tomar um café, conversar e ser feliz. Demonstram que as pequenas pausas são importantes para tomarmos fôlego e conseguirmos prosseguir com os nossos propósitos. Obrigado a todos por cada parcela de contribuição em diferentes momentos e por compreenderem minha ausência nas ocasiões em que ela era necessária para o desenvolvimento e conclusão dessa pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho no Instituto Federal da Paraíba – Campus Esperança por compreenderem a necessidade de me dividir entre as tarefas profissionais, as atividades

universitárias e de pesquisa. Obrigado por pensarem em uma dinâmica em que eu não me sentisse sobrecarregado, nem que as atividades institucionais fossem prejudicadas. Agradeço em especial a Ivã, Geniele, Suely, Luana, Bruno e Genard pela ajuda, empenho e força para que tudo desse certo e que eu pudesse alcançar o meu sonho.

Ao Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, nas pessoas da coordenadora Sibelle e da secretária Estela, que tão prontamente buscaram atender minhas demandas, dúvidas e reivindicações. Saibam que os seus esforços para o fortalecimento do Programa de Pós-Graduação, bem como o aumento do bem estar de alunos e professores é reconhecido. Dia após dia tem gerado frutos para o aprimoramento da pesquisa científica e, conseqüentemente, para a transformação da realidade local e do contexto paraibano como um todo.

À minha orientadora, Railda, por acreditar em mim e na minha pesquisa desde o início. Por ouvir minhas sugestões, dúvidas e anseios, tratando a mim e ao meu projeto com carinho, dedicação e esforço. Obrigado pelo empenho para que a pesquisa tivesse qualidade e relevância, além da preocupação em me ver feliz com o resultado final de tudo. Agradeço as dicas de escrita, as indicações de leitura, por vibrar com minhas conquistas e por ser tão humana. Que bom ter encontrado você no meu percurso! Não poderia ter uma orientadora melhor.

Aos professores do Programa de mestrado, pelas contribuições ofertadas nas disciplinas e que direta ou indiretamente auxiliaram na elaboração do projeto encaminhado ao comitê de Ética. Obrigado por mostrarem os pontos que precisavam ser melhorados, os desafios que poderíamos encontrar na realização da pesquisa, os erros geralmente cometidos pelos pesquisadores... Tomou-se nota de todos esses aspectos.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa da dissertação por aceitarem os convites, bem como dedicarem parte do seu tempo à leitura e reflexão crítica do trabalho. Agradeço as anotações, os questionamentos e sugestões para o aperfeiçoamento do material. Saibam que todas as observações foram recebidas e analisadas com afinco para chegarmos à versão final da dissertação.

Aos demais funcionários da Universidade Estadual da Paraíba, que preparam a sala, fazem o café, disponibilizam equipamentos para as aulas e apresentações e torcem para que nossos esforços sejam recompensados. Todos vocês contribuem para o desenvolvimento e progresso do ensino, da pesquisa e da extensão. Desejo felicidades, saúde e a realização de seus sonhos. Obrigado!

Aos colegas de classe pela acolhida e parceria. Foi maravilhoso estar com vocês, reabastecer minhas energias ao lado de todos, acompanhar o crescimento um dos outros. Fomos e somos um grupo potente e com a melhor representante de todos os tempos: Camilla. Agradeço, em especial, a Felipe Pê, parceiro de orientação conjunta, já que tínhamos a mesma orientadora. Obrigado pelo auxílio e motivação durante esses anos, bem como por assistir minha qualificação do mestrado, preocupando-se para que tudo saísse da melhor forma possível. Sucesso na sua caminhada e de toda a turma. Espero que a vida possa proporcionar outros encontros com vocês. Um abraço coletivo!

À instituição que serviu como local de pesquisa, a qual, representada por seus gestores, autorizou a realização do estudo, além de viabilizar a aplicação dos instrumentos metodológicos. Obrigado aos psicólogos que ofertaram um pouco do seu tempo e/ou inclusive, abdicaram de parte do horário de repouso, com vista a fornecer os dados necessários à pesquisa. Agradeço o voto de confiança no meu trabalho, a abertura que me foi dada, a sinceridade e o respeito com que responderam os questionamentos propostos, a torcida pelo meu êxito, enfim, por tornar possível essa conquista. Espero que gostem do resultado!

Agradeço à Juliana Gama pela oportunidade do estágio à docência em Psicologia da Saúde, por me confiar parte do processo de ensino-aprendizagem da turma, eu que era iniciante na tarefa de ensinar. À turma de Psicologia da Saúde, na graduação, pela presença nas aulas, pelo respeito com que me ouviam e levavam em consideração as informações que trazia. Aprendi muito com vocês também, podem ter certeza.

A “Zezinho de Seu Ciro” pelas viagens até a universidade e a sua filha Thaysa. Vocês foram minhas companhias até Campina Grande já nas primeiras horas do dia. Se eu consegui chegar até o final do mestrado, honrando com meus compromissos, saibam que vocês tem uma parcela importante nessa conquista. Obrigado!

São tantas pessoas para agradecer que o espaço aqui reservado não é suficiente, perdoe-me se esqueci de alguém. São tantos momentos vivenciados nesses mais de dois anos que fica impossível mencionar o nome de todos. Mas tenham certeza que sou muito grato por terem aparecido na minha vida. Que o mundo possa ser generoso, retribuindo tudo o que fizeram por mim de forma tão verdadeira. Um abraço!

RESUMO

Esta dissertação foi escrita em formato de artigo, conforme modelo aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Diz respeito a uma pesquisa, cujo objetivo geral foi analisar as representações sociais elaboradas por psicólogos atuantes em hospital acerca da Psicologia da Saúde. Está alicerçada nas discussões envolvendo a Psicologia Hospitalar *versus* Psicologia no Contexto Hospitalar, a Psicologia da Saúde e a Teoria das Representações Sociais. Os instrumentos foram um questionário misto, uma entrevista semiestruturada e um diário de campo. Os dados foram analisados mediante a estatística descritiva e a análise da enunciação. Os resultados apontam uma amostra predominantemente feminina, com percurso profissional em consultórios, hospitais e serviços do Sistema Único de Assistência Social. Os profissionais trabalhavam por esquema de plantão, faziam uso simultâneo de diferentes perspectivas teóricas, e a maioria se identificou como psicólogo em vez de psicólogo hospitalar. Em relação às práticas psicológicas, verificou-se um avanço na compreensão das atividades e intervenções concernentes às práticas hospitalares, destacando-se a percepção de que condutas clínicas tradicionais precisam ser reformuladas. Todavia, no campo das Representações Sociais, acredita-se que os psicólogos ainda não conseguem vislumbrar, com clareza, uma atuação alinhada com a Psicologia da Saúde. Muito provavelmente suas representações sociais estavam ancoradas em uma Psicologia Hospitalar de vertente clínica bastante atrelada com as demandas hospitalares. A prática profissional, portanto, esteve objetivada na psicoterapia breve, na preferência por um *setting* terapêutico definido, nas dificuldades em manejar o adoecimento infantil, bem como na centralidade da comunicação e interação verbal com os pacientes. Como conclusão, o estudo aponta para a necessidade de capacitações sistemáticas para os profissionais, sob a ótica da Psicologia da Saúde com ênfase na atuação psicológica em contextos de ala pediátrica e unidades de terapia intensiva. Espera-se que esta pesquisa possa gerar novos estudos visando aprofundar o conhecimento de práticas profissionais em outros serviços da rede de saúde.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde. Psicologia no Contexto Hospitalar. Representações Sociais. Atuação profissional.

ABSTRACT

This dissertation was written in article format, according to the model approved by the Graduate Program in Health Psychology at the State University of Paraíba. It concerns a research whose general objective was to analyze the social representations about Health Psychology elaborated by psychologists working in hospitals. It is based on discussions involving Hospital Psychology versus Psychology in the Hospital Context, Health Psychology and Theory of Social Representations. The instruments were a mixed questionnaire, a semi-structured interview, and a field journal. The data were analyzed by using descriptive statistics and the enunciation analysis. The results point to a predominantly female sample, with professional careers in offices, hospitals and services of the Unified Social Assistance System (Sistema Único de Assistência Social). The professionals worked an on-call schedule, used different theoretical perspectives, and most identified themselves as a psychologist instead of as a hospital psychologist. In relation to psychological practices, there was an advance in the understanding of activities and interventions concerning hospital practices, highlighting the perception that traditional clinical conduct needs to be reformulated. However, in the field of Social Representations, it is believed that psychologists are still unable to envision, with clarity, a performance aligned with Health Psychology. Most likely, their social representations were anchored in Hospital Psychology with a clinical aspect closely linked to hospital demands. Professional practice, therefore, was aimed at brief psychotherapy, at the preference for a defined therapeutic setting, at the difficulties in managing childhood illness, as well as the centrality of communication and verbal interaction with patients. In conclusion, the study points to the need for systematic training of professionals, from the perspective of Health Psychology with emphasis on psychological performance in contexts of pediatric wards and intensive care units. It is expected that this research will generate new studies aiming to deepen the knowledge of professional practices in other services in public health.

Keywords: Health Psychology. Psychology in the Hospital Context. Social Representations. Professional performance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 –	Árvore de associação de sentidos: Definições da Psicologia da Saúde.....	77
Figura 02 –	Árvore de associação de sentidos: Representações Sociais da Psicologia Hospitalar.....	77
Figura 03 –	Árvore de associação de sentidos: Dinâmica Hospitalar.....	84
Figura 04 –	Árvore de associação de sentidos: Pacientes em ala pediátrica.....	86
Figura 05 –	Árvore de associação de sentidos: Pacientes entubados em UTI adulto.....	88
Figura 06 –	Árvore de associação de sentidos: Pacientes em coma na UTI adulto.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Caracterização dos participantes.....	21
Tabela 02 – Formação acadêmica dos participantes.....	22
Tabela 03 – Percurso profissional dos psicólogos.....	26
Tabela 04 – Dinâmica de trabalho dos psicólogos no hospital da pesquisa.....	27
Tabela 05 – Categorias de auto identificação dos psicólogos atuantes no hospital.....	28
Tabela 06 – Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no contexto hospitalar.....	43
Tabela 07 – Distribuição das categorias submetidas à análise da enunciação.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERAST	Centro Regional de Reabilitação e Assistência em Saúde do Trabalhador
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CONSEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
COVID-19	Corona Virus Disease – 2019
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMI	Estágio Multidisciplinar Interiorizado
EUA	Estados Unidos da América
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASFs	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Nº	Número
PB	Paraíba
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
PSFs	Programas de Saúde da Família
Res.	Resolução
RS	Representações Sociais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TAGV	Termo de Autorização para Gravação de Voz
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapeuta Ocupacional
TOT	Tubo Orotraqueal
TQT	Traqueostomia
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTINeo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – O PSICÓLOGO ATUANTE EM CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE PERFIL PROFISSIONAL	18
INTRODUÇÃO.....	18
<i>A difícil entrada do psicólogo no hospital</i>	18
MÉTODO.....	20
RESULTADOS E DISCUSSÕES	21
<i>Caracterização da amostra</i>	21
<i>Formação acadêmica</i>	22
<i>Percurso profissional</i>	26
<i>Dinâmica de trabalho e formas de apropriação dos espaços no hospital</i>	27
<i>Categorias de auto identificação</i>	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31
CAPÍTULO 2 – PSICÓLOGOS EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: AVANÇOS E LIMITES NA COMPREENSÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE	38
INTRODUÇÃO.....	38
MÉTODO.....	42
RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO.....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	62
CAPÍTULO 3 – REPERCUSSÕES DA PSICOLOGIA DA SAÚDE E “PSICOLOGIA HOSPITALAR” NA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS EM HOSPITAL: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	70
INTRODUÇÃO.....	70
MÉTODO.....	74
RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	76
<i>Concepções acerca da Psicologia da Saúde</i>	77
<i>Concepções acerca da atuação psicológica em hospital</i>	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91

REFERÊNCIAS.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E LABORAL	103
APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	108
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESLARECIDO.....	112
APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV).....	115

– INTRODUÇÃO –

Esta dissertação foi escrita em formato de artigo, seguindo estrutura aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Para tanto, além dos elementos pré-textuais e pós-textuais exigidos pela biblioteca da universidade, este trabalho é composto por uma introdução geral, três capítulos versando sobre a(s) pesquisa(s) desenvolvida(s) e as considerações finais da dissertação. Cada um dos capítulos obedeceu à estrutura de artigo científico, ou seja: introdução, método, resultados, discussões, considerações finais e referências.

Sendo assim, esta dissertação diz respeito ao projeto de pesquisa intitulado “Psicologia da Saúde e prática psicológica hospitalar: Representações Sociais e repercussões na atuação profissional”. O mesmo foi apresentado em banca de qualificação e, posteriormente, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, por meio da Plataforma Brasil, obtendo deste último o registro CAEE 15900919.9.0000.5187, bem como o parecer 3.442.927, com a sua aprovação.

A pesquisa teve por objetivo geral: analisar as representações sociais elaboradas por psicólogos atuantes em hospital acerca da Psicologia da saúde. Possuindo os seguintes objetivos específicos: a) identificar as definições do público-alvo a respeito da Psicologia da Saúde; b) saber se (e como) as representações sociais da Psicologia da Saúde interferem na prática do profissional atuante em hospital; c) verificar as formas de apropriação dos espaços hospitalares pelos psicólogos; d) conhecer a formação profissional, os referenciais teóricos, as técnicas e as estratégias de intervenção adotadas pelos profissionais em sua prática profissional no contexto hospitalar; e) compreender as categorias de auto identificação dos psicólogos atuantes em hospital e; f) elaborar o perfil da amostra estudada.

Cada capítulo, portanto, foi concebido no intuito de abranger uma parcela dos objetivos, de tal forma que, ao final dos três capítulos, todos os propósitos do estudo global fossem explanados. No desenvolvimento desta dissertação, os capítulos foram escritos de maneira independente, conferindo-lhes a capacidade de serem compreendidos de forma isolada, bem como facilitando, uma posterior publicação em revista científica.

O mesmo material também possui uma característica de complementariedade, pois o capítulo anterior tende a enriquecer as informações dos capítulos seguintes, possibilitando um conhecimento cumulativo da realidade constatada. Todavia, é importante dizer que, por se tratar de uma única pesquisa dividida em três estudos empíricos, é natural que algumas informações tenham se repetido ao longo dos capítulos, principalmente quanto ao aspecto

metodológico, além da sobreposição de alguns resultados, cuja interpretação foi adquirindo maior profundidade com o avançar das análises.

O primeiro capítulo, intitulado de “O psicólogo atuante em contexto hospitalar: um estudo de perfil profissional” possuiu a função de apresentar, detalhadamente, as características sócio demográficas dos participantes, seu percurso acadêmico e profissional, a dinâmica de trabalho no hospital pesquisado, a forma como o psicólogo tem se identificado em sua atuação e como tem se apropriado dos espaços hospitalares. Neste capítulo, encontram-se informações essenciais para a compreensão do ambiente institucional e o perfil dos psicólogos que compõem a amostra do estudo. Foi, inclusive, uma produção submetida à revista científica, em cumprimento com as exigências do referido Programa de Pós-Graduação.

O segundo capítulo denominado de “Psicólogos em hospital de urgência e emergência: avanços e limites na compreensão das práticas de saúde” retoma alguns elementos do capítulo anterior, mas tem como finalidade lançar luz acerca da prática profissional do psicólogo, no que se refere às intervenções consideradas, por eles, como compatíveis com o contexto hospitalar e àquelas utilizadas no hospital da pesquisa. É um capítulo relevante para verificar como os profissionais percebem suas atividades em nível de complexidade terciário e como as estratégias de intervenção são aplicadas em um hospital específico.

O terceiro capítulo, por sua vez, intitulado de “Repercussões da Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar na prática de psicólogos em hospital: um estudo de Representações Sociais” se debruça sobre as diferentes concepções do público-alvo acerca da Psicologia da Saúde, bem como as representações sociais (RS) da “Psicologia Hospitalar” e suas repercussões sobre a atuação psicológica em hospital. No capítulo, os resultados são discutidos à luz da Teoria das Representações Sociais (TRS), na busca por detectar as ancoragens e objetivações presentes no meio social estudado. Propõe-se que a inserção de elementos da Psicologia da Saúde, a ampliação de perspectivas para além da clínica psicológica, assim como adequações institucionais possam ser úteis aos profissionais em sua atuação nos diversos ambientes hospitalares. É, portanto, o ponto alto da dissertação, na medida em que os capítulos anteriores, também funcionam como uma preparação das discussões a serem debatidas e/ou aprofundadas no capítulo 3.

Por fim, nas considerações finais são retomados os objetivos (geral e específicos) da dissertação, com a finalidade de demonstrar se estes foram alcançados perante a(s) pesquisa(s) realizada(s). Sendo assim, pode-se discursar se os objetivos foram atendidos em sua plenitude

ou de forma parcial, evidenciando os obstáculos que perpassaram o processo investigativo e que tratamento foi dado aos mesmos.

– CAPÍTULO 1 –
**O PSICÓLOGO ATUANTE EM CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE
PERFIL PROFISSIONAL**

1.0 – INTRODUÇÃO

Este estudo buscou trazer à luz mais conhecimentos sobre o perfil de psicólogos atuantes em hospital. Justifica-se porque a Psicologia, pelas suas características de plasticidade teórica e de práticas, vem ocupando novos espaços de construção de saúde. Fato que se reflete nas formas como os psicólogos têm exercido suas intervenções nos vários setores e, ao mesmo tempo, exposto as fragilidades e questões que estão implicadas nestas amplificações e traslado de práticas, desde as mais tradicionais às mais novatas. No caso específico dos hospitais, este reflexo se faz mais notório, já que desde a nomenclatura de identificação do exercício profissional, não há consenso, como será mostrado a seguir.

1.1. A difícil entrada do psicólogo no hospital

O campo da saúde pública brasileira é um exemplo de cenário que tem exigido dos psicólogos e de pesquisadores na área, um esforço na desconstrução de saberes/práticas tradicionais e invenção de concepções/modos de atuação concernentes com a realidade constatada (Ferrazza, 2016). Se nos séculos XIX e XX, o hospital ocupava a centralidade de todo o sistema de saúde, com investimentos dispendiosos e práticas voltadas para um modelo curativo; as últimas décadas do século XX demonstraram um controle dos gastos, modernização da gestão e uma concepção do hospital como elemento integrado a uma rede de serviços, cujo centro passou a ser ocupado pela atenção primária (Braga Neto, Barbosa, Santos & Oliveira, 2012).

O psicólogo inaugurou sua prática no campo da saúde pública brasileira por meio do hospital (Gorayeb, 2010). Sua entrada é marcada, em um primeiro momento, pelas práticas clínicas tradicionais (Chiattonne, 2014), na medida em que a falta de um modelo claro de atuação favoreceu a reprodução de práticas do consultório psicológico.

Esse modo de atuação se mostrou ineficaz, pelo distanciamento da realidade institucional, assistência inadequada e atuação individualizada, o que gerou um descrédito no próprio psicólogo acerca de sua prática em âmbito hospitalar (Chiattonne, 2014). Infelizmente,

é ainda um modelo bastante enraizado nos discursos de psicólogos (Cintra & Bernardo, 2017), sendo uma clínica distante das questões sociais e herdeira do modelo médico, em que o profissional preocupa-se em observar, compreender, remediar, tratar e curar (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Autores como Alves, Santos, Ferreira, Costa e Costa (2017) e também Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) sustentam que é a Psicologia da Saúde que deve ser utilizada como paradigma de atuação do psicólogo, não apenas em contexto hospitalar, mas em todo o âmbito da saúde. Para estes últimos, apesar da dificuldade em estabelecer os limites do âmbito clínico, é a saúde que absorve a clínica e não o contrário. Assim, a prática hospitalar deve ser compreendida como uma intervenção do psicólogo da saúde, a qual foi denominada de Psicologia no Contexto Hospitalar, sem que isto signifique a criação de um novo campo de especialidade (Yamamoto & Cunha, 1998; Yamamoto et al., 2002; Chiattonne, 2014). Yamamoto et al.(2002), afirmam que ao priorizar o local, corre-se o risco de produzir classificações de menor clareza e compreensão, bem como prejudicar a busca por identidade do psicólogo que trabalha nos hospitais, o que favorece a fragmentação crescente das áreas em psicologia.

A Psicologia da Saúde tem como arcabouço teórico-prático o modelo biopsicossocial, cuja premissa sustenta que o processo saúde-doença não é determinado por um único aspecto, mas pela interação mútua dos contextos biológicos, psicológicos e socioculturais, que contribuem para a saúde e para a vulnerabilidade da pessoa à doença (Straub, 2014). Segundo Teixeira (2004) e Carvalho (2013), a Psicologia da Saúde traz consigo uma diversidade de definições, áreas de pesquisa, serviços e formas de atuação. Tem como propósito o estudo das variáveis biológicas, psicológicas, comportamentais e sociais que envolvem o processo saúde-doença, bem como suas inter-relações, que visam intervir na minimização do sofrimento e da ansiedade, levando em consideração o tripé família-equipe-paciente (Almeida & Malagris, 2011; Guimarães, Grubits & Freire, 2007), e também o âmbito institucional (Sebastiani, 2014; Teixeira, 2007). Para Rumin (2013) é uma área que extrapola o próprio campo da saúde, atingindo diversos setores, como a assistência social e a esfera trabalhista.

A Psicologia da Saúde é para Alves et al. (2017) um campo autônomo e interdisciplinar de investigação e intervenção, que concebe a saúde como multideterminada, e que vem auxiliar na reformulação dos sentidos e práticas de saúde de um modo geral. Está alicerçada em programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, que se realizam mediante a observância da organização do sistema sanitário, efetivado através de suas

Políticas e Programas de saúde, definidos por níveis de complexidade e assistência. Assim, considerando tal perspectiva, as práticas do psicólogo devem se organizar também por níveis de complexidade e assistência, no caso, pelos três níveis de atenção em saúde (Alves, 2008) e também pela prevenção quaternária (Alves, Gaião, Santos & Soares, 2014).

Ao contrário de outros países, o Brasil não adotou a denominação de Psicologia da Saúde, mas, “Psicologia Hospitalar”, nomenclatura que denuncia a lógica centrada no hospital e estruturante do campo da saúde no país (Sebastiani, 2014). Tal nomenclatura foi reforçada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007) que criou uma especialidade em “Psicologia Hospitalar”, a qual subordina a Psicologia da Saúde. Chiattonne (2013) afirma ser esta concepção errônea, e chamou a atenção para o equívoco da redução da Psicologia da Saúde, exclusivamente, ao contexto do hospital.

Diante do exposto, o presente trabalho encontra-se alicerçado sob os eixos da Psicologia da Saúde, como campo autônomo teórico-prático, que compreende a intervenção do psicólogo no contexto hospitalar como atuação do psicólogo da saúde. Reconhece a forte inserção e potencialidade da Psicologia perante o SUS, como também os problemas referentes à prática psicológica em contextos das Políticas Públicas de Saúde (Dimenstein & Macedo, 2012). Concorda com Lorenzetti, Lanzoni, Assuiti, Pires e Ramos (2014) que o hospital é, dentre as instituições contemporâneas, uma das mais resistentes à mudança, graças a fatores como: a baixa interação entre profissões e departamentos, a fragmentação da prática clínica, a submissão dos usuários aos serviços e a falta de domínio dos gestores sobre as organizações.

Dessa forma, este estudo teve como objetivo geral analisar o perfil profissional de psicólogos atuantes em um hospital público, de uma cidade da Paraíba - PB. E como objetivos específicos: conhecer a formação profissional com seus referenciais teóricos; verificar as formas de apropriação dos espaços hospitalares pelos psicólogos, e; compreender as categorias de auto identificação dos psicólogos atuantes em hospital.

2.0 – MÉTODO

Tratou-se de um estudo de campo fundamentado na perspectiva qualiquantitativa, de caráter exploratório (Marconi & Lakatos, 2017) e descritivo (Gil, 2017). O cenário de investigação se deu em um hospital de urgência e emergência na Paraíba-PB, o qual tinha, à época, 27 psicólogos no quadro de funcionários. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, a amostra constituiu-se por doze psicólogos (N=12), selecionados de forma não probabilística e por acessibilidade. Foram incluídos todos os psicólogos diretamente ligados à área da saúde,

cuja atuação na instituição era de no mínimo um ano. E excluídos os psicólogos com atuação em funções diferentes da saúde.

Os dados foram coletados por um questionário sócio demográfico e laboral, com questões fechadas e abertas sobre o perfil dos participantes, a formação acadêmica, a dinâmica de trabalho no hospital e as categorias de auto identificação. O instrumento foi aplicado pelos pesquisadores de forma individual, sendo o processo gravado, por meio de aparelho de áudio e transcrito integralmente *a posteriori*.

As perguntas fechadas do questionário foram submetidas à análise da estatística descritiva, e as demais informações, que eram discursivas, foram submetidas à análise da enunciação (Bardin, 2011). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob o número 3.442.927; e registrado na Plataforma Brasil CAAE 15900919.9.0000.5187. Obedeceu ao disposto nas resoluções nº 510/2016 (Brasil, 2016) e nº 466/2012 (Brasil, 2012). Os dados referem-se ao período de agosto a setembro de 2019.

3.0 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com vista a uma melhor compreensão dos resultados a serem discutidos, dividimos esta seção em subtópicos, seguindo a ordem: caracterização da amostra; formação acadêmica; percurso profissional; dinâmica de trabalho e formas de apropriação dos espaços no hospital; além das categorias de auto identificação.

3.1. Caracterização da amostra

Tabela 01
Caracterização dos participantes

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem ¹
Sexo	Masculino	01	8,3%
	Feminino	11	91,7%
Idade	31-35 anos	02	16,7%
	36-40 anos	05	41,6%
	41-45 anos	02	16,7%
	46-50 anos	01	8,3%
	51-55 anos	02	16,7%

¹ Para o cálculo de algumas porcentagens foi efetuado o arredondamento dos valores, para mais ou para menos considerando uma casa decimal. Nas tabelas 02, 03, 04 e 05, existem itens cuja soma das porcentagens foi superior a 100%. Isso se deve, porque foram aceitas mais de uma resposta para as variáveis em questão.

Estado civil	Solteiro	03	25%
	Casado	07	58,4%
	Divorciado	01	8,3%
	União Estável	01	8,3%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A tabela 01 sinalizou uma amostra majoritariamente feminina (91,7%), confirmando estudos sobre ser a profissão de psicólogo, uma “profissão de muitas e diferentes mulheres” (CFP, 2013, p.1), cuja porcentagem só aumentou com o decorrer dos anos (Bastos, Gondim & Rodrigues, 2010), além de ser uma realidade de todos os estados brasileiros (CFP, 2020). A faixa etária concentrou-se dos 36 aos 40 anos (n=5), e a média de idade foi de 42,25, em um conjunto no qual a pessoa mais jovem tinha 35 anos, e a de maior idade, 54 anos. Em relação ao estado civil da amostra, mais da metade estava casada (58,4%).

3.2. Formação acadêmica

Tabela 02

Formação acadêmica dos participantes

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Áreas de estágio curricular ou extracurricular	Clínica	07	58,4%
	Social	05	41,6%
	Saúde	06	50%
	Organizacional	01	8,4%
	Educacional	05	41,6%
	Justiça	01	8,4%
	UEPB	09	75%
Instituição de graduação	Outra instituição pública	02	16,7%
	Instituição privada	01	8,3%
Tempo de conclusão da graduação	11-15 anos	04	33,3%
	16-20 anos	04	33,3%
	21-25 anos	03	25%
	26-30 anos	01	8,4%
Perspectiva teórica	Psicanálise	05	41,6%
	Cognitivo-Comportamental	01	8,4%
	Abordagem Centrada na Pessoa	05	41,6%
	Psicologia Analítica	01	8,4%
Pós-graduação (nível acadêmico)	Uma Especialização	05	41,6%
	Duas especializações	02	16,7%
	Três especializações	03	25%
	Especialização e mestrado	02	16,7%
Área da pós-graduação	Clínica	03	25%
	Saúde	12	100%
	Educação	03	25%
	Social	02	16,7%

Organizacional	02	16,7%
----------------	----	-------

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Para conhecer a formação profissional com seus referenciais teóricos, atendendo ao segundo objetivo deste estudo, foram consideradas informações desde os estágios curriculares ou extracurriculares, com objetivo de verificar se em algum momento da graduação ou em formações seguintes, os entrevistados tiveram contato com serviços de saúde e, mais especificamente, os hospitais.

Cabe destacar, acerca do estágio, que a divisão em categorias, proposta pela tabela 02, não se refere à ênfase escolhida pelo estudante ao final do curso, mas apenas uma distribuição feita pelos pesquisadores, com base nos locais de atuação relatados pelos psicólogos em questionário. Assim, os estágios realizados em clínicas-escola foram inseridos na área clínica; os efetuados em clubes de mães, abrigos de crianças e centros de recuperação estão na área social; aqueles feitos em postos de saúde e hospitais (gerais e psiquiátricos) englobaram a saúde; os realizados em escolas e creches foram categorizados no âmbito educacional; os que aconteceram em empresas estão em esfera organizacional e, por fim, o realizado no Ministério Público foi enquadrado no âmbito judiciário.

Apesar de uma frequência bem distribuída nas áreas clínica, social, saúde e educação, isso não significou, para a amostra, um aprofundamento equivalente em todas as áreas, mas um contato pontual promovido por uma rotatividade nos serviços. Um exemplo foi o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI) adotado pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), aquela época, cuja maioria dos participantes (N=9; 75%) se graduou. Regido pela Resolução UEPB/CONSEPE nº 07/94 (UEPB/CONSEPE, 1994), o EMI, em uma parceria da universidade com municípios do interior paraibano, enviava discentes de cursos da saúde para atuar em diferentes serviços da cidade conveniada por um período de um mês, o que lhes permitia passar por todos os dispositivos públicos do município, ampliando-lhes a noção do que deve ser feito na saúde pública. Atualmente, o EMI deixou de ser obrigatório para os alunos de psicologia da UEPB, conforme projeto pedagógico do curso (UEPB, 2016), o que consideramos uma grande perda para a formação dos profissionais.

Os itens da tabela 2, relativos a “Áreas de estágio curricular e extracurricular”, e “Área da pós-graduação”, apresentam frequências acima de N=12, pelo fato de que as respostas refletem a busca dos estudantes por estágios extracurriculares durante a formação, e, após a graduação, a busca por mais de um curso de especialização. Em uma análise individual das áreas em que os psicólogos estagiariam, obteve-se uma média de duas áreas distintas por participante, em um conjunto que variou de uma a três áreas diferentes.

Ainda sobre os estágios é oportuno observar que, embora metade dos entrevistados relate, entre outras áreas, experiências de estágio em saúde, não se pode inferir, apenas com essa informação, que estes psicólogos atuavam sob a ótica da Psicologia da Saúde ou da Psicologia no Contexto Hospitalar. A saúde é um tema recorrente em diferentes trabalhos da Psicologia Social (Dimenstein, 2019; Spink, 2017), da Psicologia Clínica (Romano, 2017) e da Psicologia do Trabalho (de Lucca, 2017), já que um local de atuação pode ser atravessado por diferentes práticas e perspectivas teóricas.

A presença das clínicas-escolas também é um fator que merece destaque. Embora sejam importantes dispositivos de aprendizagem, sua lógica de funcionamento parece ter contribuído para o estreitamento da ideia de clínica como sinônimo de saúde, na formação profissional. Apesar de a resolução nº 05/2011 (Brasil, 2011b) retirar o termo “clínica-escola” e falar na obrigatoriedade de um serviço de Psicologia para os cursos de graduação, dando uma perspectiva mais ampla de atividades e enfoques a serem adotados, é comum escutar até os dias atuais, sua equiparação como clínica-escola, denunciando a centralidade da vertente clínica nos meios profissionais.

A UEPB, responsável pela formação de 75% dos psicólogos desta pesquisa, seguiu até pouco tempo essa mesma lógica. Muitos dos estágios em saúde foram direcionados por uma vertente clínica, social ou organizacional. Apenas em 2016, após uma reformulação do projeto pedagógico do curso, que disciplinas como “Psicologia da Saúde” e “Psicologia e Políticas Públicas” foram inseridas como parte da grade curricular (UEPB, 2016). Bruscato et al. (2014), recomendam a Psicologia da Saúde como um campo de estudo teórico e prático recente, a ser contemplado nos cursos de graduação.

Para a amostra da pesquisa, para quem a conclusão do curso, perfaz uma média de 17,75 anos de formados, é provável que o alcance de discussões acerca da inserção da psicologia no campo das políticas públicas de saúde ou a atuação do psicólogo segundo a Psicologia da Saúde em contexto hospitalar, tenha sido bem mais difícil, já que, como mostrado aqui, a mudança curricular é posterior à formação da maioria dos profissionais. De modo que resta aos psicólogos à busca por cursos de formação, pós-graduações e leituras paralelas para a minimização de suas dificuldades.

Quanto às perspectivas teóricas (tabela 02), vê-se que a Psicanálise e a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) foram as de maior frequência (41,6%), já as vertentes cognitivo-comportamental e a Psicologia Analítica obtiveram as menores porcentagens (8,4%). Apurados os discursos sobre esta variável, verificou-se que duas pessoas afirmaram que, apesar de a ACP ser tida como sua vertente, a psicanálise também é usada em sua atuação no

hospital. Quatro pessoas incluíram além da perspectiva teórica que consta na tabela, a psicoterapia breve enquanto uma vertente teórica própria para o trabalho no hospital. Para uma participante, a fenomenologia é a perspectiva a ser adotada no contexto hospitalar, embora use também a psicanálise. Por fim, uma participante relatou que, apesar da orientação psicanalítica, também faz uso da logoterapia em sua atuação.

Infere-se que, para alguns, a atuação em contexto hospitalar exigiu a coexistência de perspectivas teóricas diametralmente opostas, enquanto que para outra parcela a prática hospitalar impôs um modo de trabalho diferente, ao ponto de deixarem em segundo plano a sua linha de atuação preferente e conceberem a psicoterapia breve como um novo referencial. Existiu, portanto uma diferenciação entre a perspectiva teórica seguida em outros contextos e aquela que orienta a atuação no hospital.

Este resultado, desafiador, impõe a necessidade de pensar sobre as intervenções realizadas em contexto hospitalar, e aponta para uma questão basilar na formação do profissional de psicologia: a influência das abordagens clínicas e sua aplicação nos vários contextos de saúde. Põe de manifesto uma falta de compreensão de que a abordagem clínica, em termos conceituais, pode e deve estar na base das intervenções tanto no hospital, quanto em qualquer contexto de saúde. O que vai ser adaptado são as técnicas de intervenção utilizadas no contexto de um serviço de alta complexidade, em função das peculiaridades do serviço: a dinâmica do trabalho, a compreensão da temporalidade na relação da assistência, dentre outras observâncias. Em outras palavras, a abordagem clínica não deve ser negada, mas o *modus operandi* se diferencia pelas características do nível de complexidade em que a intervenção está inserida.

A psicoterapia breve, destacada pelos participantes, é uma modalidade de psicoterapia de origem psicanalítica, mas que atualmente, possui também uma linha cognitivo-comportamental (Lemgruber, 2009). Tem como uma de suas características a técnica focal, ao se privilegiar um campo a ser trabalhado, diante dos vários trazidos pelo indivíduo, conferindo uma determinação prévia da duração do tratamento e uma postura mais ativa por parte do profissional (Lustosa, 2010). É provável que por interferir em variáveis tão importantes como seleção dos conteúdos a serem trabalhados, tempo de duração e postura profissional, os entrevistados não a compreendam apenas como uma técnica, mas a citem como uma perspectiva teórica própria e aplicável ao contexto hospitalar.

Quanto à pós-graduação (Tabela 02), houve predominância do número de especialistas (n=10) em relação aos mestres (n=2), existindo pessoas com mais de uma especialização. Para os participantes, a especialização funcionou como uma forma de minimizar as lacunas

observadas na graduação, no tocante à saúde e outros contextos de atuação. Uma participante obteve o título de especialista através do Conselho Federal de Psicologia (CFP). A concessão do título é reconhecida pela Resolução CFP 18/2019 (CFP, 2019b), que inseriu no rol das especialidades a de “Avaliação Psicológica”. Outros títulos concedidos pelo CFP referem-se ao de especialista em “Psicologia Hospitalar” (CFP, 2007) e de Psicologia em saúde (CFP, 2016), reforçando a concepção do CFP em considerar Hospitalar e Saúde, como campos distintos e específicos (CFP, 2019a), ideias contrárias às propostas neste artigo.

3.3. Percurso profissional

Tabela 03

Percurso profissional dos psicólogos

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Tempo de atuação como psicólogo	01-05 anos	01	8,3%
	06-10 anos	01	8,3%
	11-15 anos	07	58,5%
	16-20 anos	01	8,3%
	21-25 anos	01	8,3%
	26-30 anos	01	8,3%
Percurso profissional	1º trabalho no hospital da pesquisa	01	8,3%
	Assistência social	09	75%
	Psicólogo em escolas	02	16,7%
	Outro hospital/maternidades	07	58,3%
	Consultório/Policlínicas	09	75%
	Presídio	01	8,3%
	CAPS	04	33,3%
	CERAST	02	16,7%
	Conselho Tutelar	01	8,3%
	Gestão pública	01	8,3%
	Docência	03	25%
	Cultura	01	8,3%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quanto à experiência profissional, a tabela 03 sinaliza que 58,5% da amostra tinham entre 11 e 15 anos de atuação como psicólogo. Sendo o menor período de atividade de dois anos, e o de maior tempo vinte e sete anos, obtendo uma média de carreira profissional de 14 anos. O percurso profissional dos psicólogos predominou nos setores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), consultórios e policlínicas. O SUAS foi operacionalizado pela Resolução CNAS nº 130/2005 (Brasil, 2005) durante o governo Lula e referendado pela Lei nº 12.435/2011 (Brasil, 2011a) na gestão de Dilma Rousseff. Enquanto lei tem definido várias políticas públicas, cujas ações visam proteger à família, à maternidade, às crianças, os

adolescentes e os idosos, apresentando o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) como os seus principais instrumentos (Brasil, 2011a). O SUAS foi o responsável pela absorção da maioria dos psicólogos no mercado de trabalho, embora os dados mostrem que os profissionais tiveram outros vínculos empregatícios concomitantemente.

A alta frequência de trabalho em consultórios e policlínicas atravessou a trajetória de nove dos doze psicólogos da amostra e foi relatado como um dos primeiros trabalhos ou associado com atuações em outros serviços. Conforme Dimenstein e Macedo (2012) os modelos de atuação liberal privatista e as concepções de subjetividade intrapsíquica e individual, presentes nas raízes da formação profissional dos campos psi, bem como no ideário que estruturou a cultura profissional do psicólogo, reforçaram a associação entre clínica e atuação psicológica. Contribuiu na representação da imagem profissional do psicólogo, o que pode talvez justificar o fascínio de parte da amostra da pesquisa em exercer a prática em consultórios, por exemplo.

3.4. Dinâmica de trabalho e formas de apropriação dos espaços no hospital

Tabela 04

Dinâmica de trabalho dos psicólogos no hospital da pesquisa

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Tempo de atuação no hospital	01-05 anos	04	33,3%
	06-10 anos	06	50%
	11-15 anos	02	16,7%
Tipo de vínculo empregatício	Concurso público	10	83,3%
	Contrato por tempo determinado	02	16,7%
Carga horária do plantão (Escala)	12 horas	05	41,7%
	24 horas	07	58,3%
Atuação paralela ao hospital	Outro hospital	01	8,3%
	Consultório	04	33,3%
	Docência	03	25%
	Psicólogo em escolas	02	16,7%
	Assistência Social	01	8,3%
	Cultura	01	8,3%
	CAPS	01	8,3%
	CERAST	01	8,3%
	Não exerce atividade paralela	03	25%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A tabela 04 revela que o tempo de atuação de 50% dos psicólogos era de 06 a 10 anos, em um conjunto que variou de 2 a 11 anos, perfazendo uma média de 7,5 anos de trabalho no referido hospital. Mais de 80% tinha vínculo empregatício definido por concurso público. Toda a amostra trabalhava por escala de plantão, o qual pode ser de 12 ou 24 horas, com carga horária mensal de 120 horas. No que se refere à apropriação dos espaços, oficialmente, os psicólogos são responsáveis por todos os setores do hospital, contudo, existem as alas de maior ou menor identificação profissional e que são levadas em consideração ao se efetuar a distribuição diária de cada psicólogo no espaço hospitalar. Embora não tenha sido um elemento explícito na fala dos entrevistados, quando é feita uma análise entre os setores que os psicólogos costumam ficar, percebe-se que os concursados parecem ter prioridade nessa escolha em relação àqueles que trabalham por contrato.

Como locais de atuação mais citados pelos psicólogos concursados estão: a emergência, a ortopedia, a ala neuro-buco-maxilo-facial e a clínica cirúrgica. Ambientes como pediatria (que envolve a UTI pediátrica e ala pediátrica), bem com a ala com pessoas queimadas foram as que tiveram menores menções, sendo a pediatria e a UTI adulto os locais que os psicólogos, em geral, sentiram mais dificuldade em trabalhar, devido ao manejo com o adoecimento infantil, bem como pacientes não contactantes com a realidade ou sem verbalização, respectivamente.

Este resultado levanta a reflexão sobre o preparo dos profissionais em atuação no contexto hospitalar e desnuda a forte tendência do trabalho clínico, exercido no hospital, em que o diálogo é a principal ou única forma de intervenção. Segundo Haberkorn (2006) a atuação do psicólogo em UTI deve contemplar os pacientes não contatantes, desde que estejam com grau leve de sedação ou em coma espontâneo, pois nos casos de coma induzido, não é permitido nenhuma intervenção, já que a diminuição da atividade cerebral é importante para a recuperação do paciente. Além do hospital, nove dos doze psicólogos mantêm atividades paralelas, sendo o consultório privado o setor predominante. Esse resultado confirma o apresentado na categoria anterior (3.3).

3.5 - Categorias de auto identificação

Tabela 05

Categorias de auto identificação dos psicólogos atuantes no hospital

Variável	Categoria	Frequência	Porcentagem
Auto identificação dos	Psicólogo	09	75%

psicólogos no hospital	Psicólogo Clínico	03	25%
	Psicólogo cognitivo	01	8,3%
	Psicólogo Hospitalar	01	8,3%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

A tabela 05 mostra que o termo “psicólogo” predominou. A formação generalista, bem como o fato de a maior parte dos psicólogos terem uma atividade paralela ao hospital parece ter contribuído para esse resultado. Em pesquisa de Fernandes, Seixas e Yamamoto (2018), a formação generalista apresentou, dentre várias concepções, a de preparar os profissionais para atuação em vários espaços, bem como evitar a sua especialização precoce em uma das áreas psicológicas.

A denominação “Psicólogo clínico”, que ocupou o segundo lugar, decorre, provavelmente, de atuações paralelas em consultório, de uma percepção de que no hospital é feita uma clínica ampliada ou até mesmo da noção de que a palavra clínica é um termo generalista para a profissão. A denominação “Psicólogo cognitivo” fez referência à perspectiva teórica; ao passo que o termo “Psicólogo Hospitalar” se fundamentou no local de atuação do profissional, sob alegação de que a clínica do hospital é mais específica que a do consultório.

Atuar em hospital, portanto, parece não ter sido um fator preponderante ou forte o suficiente para que grande parte dos psicólogos se identifique como “psicólogos hospitalares”. A Psicologia da Saúde também não se mostrou para eles como uma área consolidada, a ponto de constar entre as categorias de auto identificação tanto na tabela 05, como perspectiva teórica na tabela 02. Esse dado causa surpresa, pois se esperava um número maior de pessoas identificadas como “psicólogos hospitalares”, já que, no contexto brasileiro, o local de atuação se sobrepõe à prática profissional (Castro & Bornholdt, 2004).

Apenas uma psicóloga considerou sua atuação no hospital concernente à Psicologia da Saúde, por reconhecer a relação existente com uma visão holística de ser humano, bem como prevenção, promoção e cuidado em saúde. Esse pode ser um pequeno indício para uma lenta e gradual formação de identidade como psicóloga da saúde, mas que no momento da pesquisa não teve força suficiente para ser enquadrado como uma categoria de auto identificação.

Também podem ter contribuído para a adoção de categorias de identificação mais generalistas, a própria dinâmica de trabalho no hospital pesquisado, ancorado em rodízios e na adoção da classificação de risco na realização de triagens dos pacientes. De acordo com Sacoman, Beltrammi, Andrezza, Cecílio e Reis (2019), na classificação de risco, é efetuada a identificação e priorização dos pacientes com necessidade de cuidados imediatos/breves,

tendo em vista a gravidade clínica, nível de sofrimento e risco para a sua própria saúde. Especialidades da Psicologia da Saúde como a Psico-oncologia, a Psicocardiologia e a Psiconeurologia (De castro & Remor, 2018) não foram citadas pelos psicólogos que atuam em urgência e emergência, nem utilizadas como formas de identificação e de utilização dos espaços hospitalares.

4.0 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados e discussões aqui reunidos dão conta de que a formação dos psicólogos, predominantemente clínica, e a falta de uma base sólida tanto teórica quanto prática em Psicologia da Saúde, levou os profissionais ao uso de mais de uma abordagem clínica na busca de obter um maior suporte para suas intervenções no contexto hospitalar. Inclusive, abordagens teóricas diametralmente opostas. Indicam, também que as especializações realizadas por todos os profissionais pesquisados, tampouco supriram a carência aqui identificada. E conduz à conclusão de que os profissionais ainda apresentam dificuldades de pensarem a intervenção em contextos diferentes de saúde.

A apropriação dos espaços pelo psicólogo foi um ponto positivo. Tanto no que diz respeito aos setores e artefatos de programas vinculados às políticas públicas brasileiras, do SUS e do SUAS, quanto com relação à ocupação dos vários setores/alas hospitalares. O contexto de urgência e emergência pareceu ser fundamental na determinação desse último resultado, não permitindo que os profissionais se atenham em um setor específico, mas incentivando a lógica de que o psicólogo pode ser solicitado para qualquer lugar do hospital.

Sem embargo, este avanço, evidenciou algumas prováveis fragilidades quanto às assistências a determinados setores/alas hospitalares, como por exemplo, as UTIs, setor de queimados e a pediatria. O que indica a necessidade de outras investigações sobre a evolução das práticas dos psicólogos em hospitais, incluindo os de urgência e emergência, no sentido de comprovar ou não a relação aqui esboçada.

Este estudo identifica a necessidade de maior investimento em nível curricular dos estudantes de graduação em Psicologia, nos temas de Psicologia da Saúde, de modo a fortalecer as boas práticas de saúde em seus vários contextos. Aponta também a necessidade de diálogo entre a Universidade e os órgãos públicos representados pelas secretarias de saúde, sejam municipais ou estaduais, para pensarem em formas alternativas de capacitação dos psicólogos inseridos no mercado de trabalho.

Apesar de circunscrever a realidade de um hospital, em específico, impedindo a generalização dos resultados para outras instituições, acredita-se que este estudo pode ser valioso tanto aos profissionais como aos gestores. Também pode encorajar novas pesquisas nos demais hospitais da região, com vista a verificar outras realidades institucionais e, assim, gerar estudos comparativos e de maior amplitude.

Por fim, como pesquisa pensada e gerida no meio acadêmico espera-se que os dados resultantes possam ser úteis a Universidade na verificação do perfil profissional egresso, das demandas impostas no cotidiano desses psicólogos, bem como das ferramentas teórico-metodológicas necessárias na resolução das problemáticas, com vista a auxiliar nos direcionamentos curriculares e extracurriculares ofertados também aos estudantes de Psicologia na graduação e pós-graduação.

5.0 – REFERÊNCIAS

Almeida, R. A., & Malagris, L. E. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, 14(2), pp. 183-202. Recuperado em 26 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&tlng=pt.

Alves, R. F. *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal*. (2008). 269 f. Tese de doutorado (Doctorado en Antropología) – Universidad de Granada, Granada, España. Editor: Editorial de la Universidad de Granada. D. L: GR. 1983- 2008.

Alves, R. F.; Gaião, E. S.; Santos, G. C.; & Soares, L. M. R. (2014). Proposta de estágio supervisionado para atuação de psicólogos na saúde pública. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 21-29. Recuperado em 09 de março de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672014000100004&lng=pt&tlng=.

Alves, R.; Santos, G.; Ferreira, P.; Costa, A. & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180221>

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

- Bastos, A. V. B., Gondim, S. M. G., & Rodrigues, A. C. A. (2010). Uma categoria profissional em expansão: quantos somos e onde estamos? In: A. V. B. Bastos, & S. M. G. Gondim (Orgs.), *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 32-44). Porto Alegre: Artmed.
- Braga Neto, F. C.; Barbosa, P. R.; Santos, I. S.; Oliveira, C. M. F (2012). Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed., pp.577-608). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil (2011a). Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. *Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social*. Brasília. Recuperado em 30 de maio de 2020, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social (2005). Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social*. Brasília- DF. Recuperado em 29 de junho de 2020, de <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2005/CNAS%202005%20-%20130%20-%2015.07.2005.doc/view>
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior (2011b). Resolução nº 5, de 15 de Março de 2011. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia*. Recuperado em 08 de março de 2020, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&Itemid=30192
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução nº 466/2012, de 12 de Dezembro. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). Resolução nº 510/2016, de 07 de Abril. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar*

riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Bruscato, W. L.; Fregonese, A. A.; Braga, A.P. S. M.; Silva, A. C.; Barbour, F. F.; Lima, M.G.S.; Oliveira, R. L; Reis, S. R. O. R.; Amaral, V. A. (Orgs.). (2014). *A psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade*. 1ª reimp. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carvalho, D. B. (2013). Psicologia da Saúde Crítica no contexto hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 350-365. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200008>

Castro, E.K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24, 48-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>

CFP. Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução CFP nº 013/2007. *Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Recuperado em 27 de janeiro de 2020, de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-administrativa-financeira-n-13-2007-institui-a-consolidacao-das-resolucoes-relativas-ao-titulo-profissional-de-especialista-em-psicologia-e-dispoe-sobre-normas-e-procedimentos-para-seu-registro?origin=instituicao>

CFP. Conselho Federal de Psicologia (2013). *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres*. Brasília: CFP. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/Publica%C3%A7%C3%A3o_Mulher_FINAL_WEB.pdf

CFP. Conselho Federal de Psicologia (2016). Resolução CFP nº 3, de 05 de fevereiro de 2016. *Altera a Resolução CFP nº 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Recuperado em 27 de janeiro de 2020, de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-administrativa-financeira-n-3-2016-altera-a-resolucao-cfp-no-013-2007-que-institui-a-consolidacao-das-resolucoes-relativas-ao-titulo-profissional-de-especialista-em-psicologia-e-dispoe-sobre-normas-e-procedimentos-para-seu-registro?origin=instituicao&q=psicologia%20em%20sa%C3%BAde>

- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2019a). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS*. Brasília: CFP. Recuperado em 08 de março de 2020, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf
- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2019b). Resolução CFP nº 18, de 05 de setembro de 2019. *Reconhece a Avaliação Psicológica como especialidade da Psicologia e altera a Resolução CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia*. Recuperado em 27 de janeiro de 2020, de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-18-2019-reconhece-a-avaliacao-psicologica-como-especialidade-da-psicologia-e-altera-a-resolucao-cfp-no-13-de-14-de-setembro-de-2007-que-institui-a-consolidacao-das-resolucoes-relativas-ao-titulo-profissional-de-especialista-em-psicologia?origin=instituicao>
- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2020). *A Psicologia Brasileira apresentada em números*. Recuperado em 21 de janeiro de 2020, de <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>
- Chiattonne, H. B. (2013). A psicologia de ligação e o psicólogo de referência em psicologia hospitalar. In: Camon, V. A. (Org.). *Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento* (pp. 363-387). São Paulo: Cengage Learning.
- Chiattonne, H. B. C. (2014). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning (pp.143-229).
- Cintra, M. S. & Bernardo, M. H. (2017). Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 883-896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>
- de Castro, E. K. & Remor, E. (2018). *Bases Teóricas da Psicologia da Saúde*. Appris Editora e Livraria Eireli-ME.
- de Lucca, S. R. (2017). Saúde, Saúde mental, trabalho e subjetividade. *Revista Laborativa*, 6(1 esp), 147-159. Recuperado em 04 de junho de 2020, de <https://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/view/1626>

Dimenstein, M. (2019). Psychology, Mental Health, and Primary Care. In *Psychology in Brazil* (pp. 311-331). Springer, Cham.

Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 232-245. Recuperado em 04 de junho de 2020, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024795016>

Fernandes, S. R. F.; Seixas, P. S. & Yamamoto, O. H. (2018). Psicologia e concepções de formação generalista. *Psicologia da Educação*, (47), 57-66. <https://dx.doi.org/10.5935/2175-3520.20180018>

Ferrazza, D. A. (2016). Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 36-58. Recuperado em 04 de março de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300004&lng=pt&tlng=pt.

Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa* (6 ed.). São Paulo: Atlas S.A.

Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 115-122. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500010>

Guimarães, L. A., Grubits, S., & Freire, H. B. (2007). Psicologia da Saúde: conceitos e evolução do campo. In: Grubits, S & Guimarães, L. A. (Orgs.). *Psicologia da Saúde: especificidades e diálogo interdisciplinar* (pp. 27-36). São Paulo: Vetor.

Haberkorn, A. (2006) Atuação Psicológica na UTI. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C.; Lopes, S. R.A. (Orgs.). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. (pp. 99-108) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lemgruber, V. B. (2009). Terapia focal: psicoterapia breve psicodinâmica. In: Cordioli, A. V. & colaboradores (2009). *Psicoterapias: Abordagens atuais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

- Lorenzetti, J.; Lanzoni, G. M. M.; Assuiti, L. F. C.; Pires, D. E. P. & Ramos, F. R. S. (2014). Health management in Brazil: dialogue with public and private managers. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(2), 417-425. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>
- Lustosa, M. A. (2010). A Psicoterapia breve no Hospital Geral. *Revista da SBPH*, 13(2), 259-269. Recuperado em 26 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 8 ed. São Paulo: Atlas.
- Moreira, J. O. ; Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400004>
- Romano, B. W. (2017). *O psicólogo clínico em hospitais: contribuição para o aperfeiçoamento do estado da arte no Brasil*. Vetor Editora.
- Rumin, C. R. (2013). Notas para a história da Psicologia da Saúde. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(1), 30-45. <http://dx.doi.org/10.5433/2236-6407.2013v4n1p30>
- Sacoman, T. M.; Beltrammi, D. G. M.; Andrezza, R.; Cecílio, L. C. O. & Reis, A. A. C. dos. (2019). Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. *Saúde em Debate*, 43(121), 354-367. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912105>
- Sebastiani, R. W. (2014). Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva latino-americana. In: Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning (pp.271-292).
- Spink, M. J. P. (2017). *Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos*. Editora Vozes Limitada.

Straub, R. O. Introdução à Psicologia da Saúde (2014). In: Straub, R. O. *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed. (pp. 2-25).

Teixeira, J. A. C. (2004). Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22(3), 441-448. Recuperado em 05 de março de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300002&lng=en&tlng=en.

Teixeira, J. A. C. (2007). Psicologia da Saúde. In: Teixeira, J.A.C. (Org.) *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

UEPB. Universidade Estadual da Paraíba (2016). *Projeto pedagógico de curso PPC: Psicologia (Bacharelado)*. Universidade Estadual da Paraíba CCBS. Núcleo docente estruturante. Campina Grande: EDUEPB. Recuperado em 23 de janeiro de 2020, de: <http://proreitorias.uepb.edu.br/prograd/download/0101-2016-PPC-Campus-I-CCBS-PsicologiaANEXO.pdf>

UEPB/CONSEPE. Universidade Estadual da Paraíba. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (1994). Resolução UEPB/CONSEPE/07/94. *Cria o Estágio Multidisciplinar interiorizado – EMI e disciplina seu funcionamento*. Recuperado em: 21 de janeiro de 2020, de <http://proreitorias.uepb.edu.br/prograd/download/007-1994%20EMI%20-%20EST%C3%81GIO%20MULTIDISCIPLINAR%20INTERIORIZADO.pdf>

Yamamoto, O. H. Trindade, L. C. B. O. & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13, 217-246. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100011>

Yamamoto, O. H., & Cunha, I. M. F. F. de Oliveira. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 345-362. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000200012>

– CAPÍTULO 2 –

PSICÓLOGOS EM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: AVANÇOS E LIMITES NA COMPREENSÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

1.0 - INTRODUÇÃO

Buscar circunscrever a prática do psicólogo nos diversos contextos de atuação é uma preocupação frequente de diferentes pesquisadores (Alves, 2008; Dimenstein & Macedo, 2012; Marinho-Araújo, 2016; Yamamoto & Oliveira, 2010). Diz respeito a um estágio do conhecimento típico das reformulações que os fazeres da psicologia vem passando desde sua inserção nas políticas públicas (Silva & Carvalhaes, 2016). Assim, a articulação entre campo de conhecimento e demanda de serviços, tem imposto, junto com as demais profissões, exigências de âmbito formativo e acompanhamento das ações profissionais (Bastos & Gondim, 2010).

Esta pesquisa é um exemplo de estudo preocupado em analisar a prática profissional do psicólogo atuante em hospital de referência em cidade do interior paraibano. É um estudo que nasceu das impressões de um dos pesquisadores durante o estágio curricular em ambulatório, enfermarias e UTIs de outro hospital, ainda na época da graduação. Enquanto estagiário, foi possível perceber o estranhamento dos próprios psicólogos e demais profissionais da saúde acerca da presença e relevância do profissional de psicologia em determinada ala do hospital, ou fazendo uso de técnicas e estratégias de intervenção diversas, em locais como a sala de espera e até mesmo os corredores.

Dessa forma, frente aos desafios que a tarefa exige, este trabalho se ancorou em dois pressupostos centrais e intrinsecamente relacionados. O primeiro deles admite que, por ser considerado um profissional da saúde (Brasil, 1997), o psicólogo compartilha com as demais especialidades da área, uma série de conhecimentos e práticas em comum acerca dos processos de gestão e produção de saúde (Saupe et al, 2005). Dentro dessa perspectiva, a prática se alicerça nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como em diversas políticas públicas associadas a este.

O segundo pressuposto, por sua vez, reconhece que o psicólogo também é um profissional especializado. Assim, sua atuação difere dos demais profissionais, em relação à demanda que lhe é oferecida, conforme as políticas de saúde pública em seus vários sistemas organizativos. Se antes sua zona de conforto se amparava em uma atuação eminentemente

clínica, agora, se lhe exige outras intervenções compatíveis com as demandas do serviço de saúde, além de um referencial teórico-prático alinhado com estas exigências.

Dentro das competências e habilidades comuns a todos os profissionais, torna-se primordial a aproximação destes com os avanços, dilemas e problemáticas que atravessam as políticas públicas de saúde, além de compreender como tem se efetivado a interação destas com as demais políticas sociais e setores da sociedade (Fleury & Ouverney, 2012). Do ponto de vista acadêmico, a psicologia se inseriu nessa discussão por meio de sucessivas atualizações nas Diretrizes Nacionais Curriculares do curso de graduação em Psicologia.

Nesse sentido, espera-se que, já na graduação, o psicólogo se aproprie do SUS, de como se estrutura e funciona a rede de saúde no território, das necessidades reais do público que procura os serviços (Brasil, 2018), bem como das potencialidades inerentes à psicologia dentro dessa lógica. Esse é o instrumental básico para que o psicólogo possa se reconhecer como um profissional da saúde, para além do reconhecimento normativo que já possui, bem como um membro da equipe interdisciplinar, buscando cotidianamente a consolidação desse espaço perante a ótica das demais profissões. Como repercussões em sua prática, a psicologia enquanto uma profissão da saúde está autorizada a inserir no rol de possibilidades de sua atuação, condutas de promoção da saúde, acolhimento e interconsulta, apenas para citar algumas. Essas atividades abrangem todos os níveis de complexidade e devem ser usadas por todas as categorias profissionais de saúde (Brasil, 2015).

Todavia, é importante salientar que, mesmo com a reformulação das diretrizes nacionais curriculares em favor de toda a discussão aqui esboçada, a mudança dos projetos político-pedagógicos de psicologia não tem acontecido na mesma velocidade. A Universidade Estadual da Paraíba, uma das instituições de ensino superior da região da pesquisa, só apresentou mudanças substanciais no currículo de psicologia em 2016 (UEPB, 2016), por exemplo.

Percebendo a fragilidade da formação dos psicólogos quanto as temáticas da saúde e as discrepâncias verificadas entre as competências ensinadas e aquelas necessárias para a atuação no campo, é que Alves e colaboradores (Alves, Eulálio & Brobeil, 2009; Alves & Eulálio, 2011; Alves, Santos & Alves, 2019) têm defendido um alinhamento da atuação psicológica com os níveis de complexidade. Assim, as autoras pretendem diminuir as dificuldades de intervir não só no hospital, mas também nos serviços de atenção primária, que igualmente se apresentam como difíceis para o psicólogo, considerando a pouca tradição da psicologia neste setor. É uma estratégia de orientação das práticas que contempla tanto as competências mais gerais quanto as mais especializadas da profissão.

No que se referem às especificidades da prática psicológica, estas estão sujeitas a dinâmica do local de atuação e a escolha de um referencial teórico-prático concernente com a demanda, como já enfatizado em linhas anteriores. Assim, por se tratar do objeto da pesquisa, será focada, nesse momento, a atuação do psicólogo em contexto hospitalar, mas também a sua compatibilidade com a Psicologia da Saúde.

A alta complexidade, caracterizada pela oferta de serviços tecnológicos hierarquizados e regionalizados, ainda se apresenta aos usuários e profissionais como uma esfera de distribuição regional assimétrica, desvinculada das linhas de cuidado, com fragmentação dos cuidados em saúde e distante das necessidades epidemiológicas da população (Solla & Chioro, 2012). Os autores apontam para a importância de pensar a alta complexidade integrada aos demais níveis de atenção, com diminuição das iniquidades regionais e cooperação entre os gestores. Amparados na Política Nacional de Alta Complexidade, Solla e Chioro (2012) também salientam a necessidade de adscrição da clientela e reorganização da oferta de serviços, além de uma melhor relação custo-benefício.

O nível de atenção terciário cujo local de atuação tem sido, predominantemente, os hospitais, presta assistência aos problemas de alta complexidade, oriundos dos demais níveis de atenção, e dedica-se também às pesquisas em saúde (Alves & Eulálio, 2011). Caracteriza-se pela prevenção de nível terciário (Alves, Santos & Alves, 2019), compreendendo situações nas quais a doença causou dano, ocorrendo a cura com sequelas ou a cronificação, sendo destinadas ações com vista à reabilitação do doente (Leavell & Clark, 1976) e aos cuidados paliativos (Alves, 2008).

Enquanto Cuba, EUA e alguns países da Europa adotaram a Psicologia da Saúde como referencial para as intervenções de psicólogos nos vários setores assistenciais de saúde, inclusive os hospitais, o Brasil seguiu um caminho peculiar (Alves et al., 2017). Nele, a incorporação de psicólogos nos hospitais gerou a necessidade de criar uma nova especialidade. Os pesquisadores adotaram a denominação “Psicologia Hospitalar”, cunhando um termo genuinamente brasileiro e que reforça a configuração peculiar da Psicologia da Saúde neste território, priorizando o local de atuação (Sebastiani, 2014). Dessa forma, a partir do relatado, instauraram-se duas ideias bastante equivocadas e que permearam o campo no Brasil: a redução da Psicologia da Saúde, exclusivamente, ao contexto do hospital, bem como a falsa percepção de que a prática profissional habitualmente utilizada seria suficiente para atender às demandas de uma nova área (Chiattonne, 2013).

Tanto Chiattonne (2014), quanto Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) concordam que o termo “Psicologia Hospitalar” é inadequado, devendo ser substituído por Psicologia no

Contexto Hospitalar. Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002), ainda afirmam que não se trata de uma área psicológica autônoma, estando o contexto hospitalar vinculado à Psicologia da Saúde, como fazem os demais países do mundo. Conforme Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) a atuação psicológica em hospitais tem seguido uma perspectiva clínica tanto em sua vertente tradicional, limitando o poder de resolutividade das demandas, quanto em sua ênfase ampliada, tida como mais adequada às peculiaridades do local. Os autores alertam para a necessidade de ampliação da Psicologia no Contexto Hospitalar para além da reformulação de teorias/práticas clínicas hegemônicas, como a psicanálise, a psicoterapia breve e o psicodiagnóstico.

Seguindo essas recomendações, tanto Alves e Eulálio (2011), quanto Alves, Eulálio e Brobeil (2009) sugerem como possibilidades de intervenções psicológicas adequadas ao nível terciário: os trabalhos em sala de espera, as escutas e preparação para tratamentos oncológicos, as visitas aos acamados, as assistências para os cuidados paliativos, os plantões em emergências psiquiátricas, o auxílio em processos de luto de familiares, o estudo e discussão de casos com a equipe, os atendimentos com mães de bebês prematuros, as escutas com parturientes acerca de parto, pós-parto e aleitamento materno, entre tantas outras possibilidades. Mais recentemente, Alves, Santos e Alves (2019) incluíram a essa lista, intervenções dedicadas à prevenção quaternária, cujo propósito é o de prevenir e atenuar condutas iatrogênicas advindas dos profissionais de saúde.

Observa-se, portanto, uma pluralidade de ações e públicos diversos que podem ser alvo de atuação do psicólogo em hospital. Como enfatiza Braga Neto et al (2012), apesar de possuir como característica os cuidados de saúde a pacientes em internação, o termo “hospital” abriga um conjunto diversificado de estabelecimentos, cujas atividades e funções podem ser bastante distintas na rede de saúde.

Nesse sentido, reconhecendo que o perfil da instituição em que o profissional trabalha pode agir na delimitação de sua prática, mas não de sua especialidade, a pesquisa aqui relatada ocorreu em um hospital de urgência e emergência em uma cidade da Paraíba – PB. Para tanto, se propôs a analisar as estratégias de intervenção compatíveis com a prática em contexto hospitalar, fazendo o comparativo entre o que os psicólogos têm feito e o que acham possíveis de ser efetuado em hospitais.

Torna-se relevante, pois pode servir de guia na verificação do quanto o psicólogo conhece as estratégias de intervenção que estão disponíveis, da frequência com que são utilizadas ou não em sua prática, bem como da amplitude terapêutica que o trabalho do psicólogo pode alcançar em se tratando do hospital.

2.0 – MÉTODO

Diz respeito a um estudo de campo fundamentado nas perspectivas qualitativa e quantitativa, apresentando um caráter exploratório (Marconi & Lakatos, 2017) e descritivo (Gil, 2017). O local de investigação foi em um hospital de urgência e emergência de uma cidade do interior da Paraíba, sendo sua escolha justificada pela diversidade de demandas de saúde acolhida em seus vários setores e especialidades, e pelo número de psicólogos que reúne. Cenário apropriado para o desenvolvimento de pesquisa sobre atuação profissional.

Para a coleta dos dados foram utilizados dois questionários. Um para caracterização da amostra e o outro contendo uma lista de perguntas específicas sobre a prática realizada no hospital. A construção da lista de atividades baseou-se nos trabalhos de diferentes autores como: Alves, Eulálio e Brobeil (2009); Alves e Eulálio, (2011); Alves, Santos e Alves, (2019); Campos e Domitti (2007); Capitão, Scortegagna e Baptista (2005); Amaral et al. (2014); Carvalho e Lustosa (2008); Tonetto e Gomes (2005); bem como Bruscato, Benedetti e Lopes (2006). Este instrumento permitiu aos participantes fazerem as considerações e justificativas de suas respostas, atribuindo-lhe a este segundo questionário um caráter quantiquantitativo.

Os instrumentos foram aplicados pelos pesquisadores de forma individual, e todo o material discursivo foi registrado em gravador e transcrito posteriormente. Os dados objetivos foram tratados mediante a estatística descritiva, e os discursos colhidos, analisados por meio da análise da enunciação (Bardin, 2011).

A amostra foi formada por 12 psicólogos escolhidos de forma não probabilística e por acessibilidade, sendo o *N* amostral definido por meio dos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos como participantes da pesquisa, os psicólogos diretamente ligados à área da saúde e que atuavam na instituição por um período mínimo de um ano.

A amostra caracterizou-se por ser eminentemente feminina ($n=11$; 91,7%), apresentando uma concentração na faixa etária entre 36 e 40 anos ($n=5$). A média de idade foi de 42,25, num conjunto em que a pessoa mais jovem tinha 35 anos, e a de maior idade 54 anos. A formação acadêmica dos participantes teve predomínio da clínica ($n=7$; 58,4%) e o tempo médio de formados foi de 17, 75 anos. Todos os profissionais ($n=12$; 100%) tinham ao menos uma especialização na área da saúde, e dois tinham mestrado, além da especialização.

O tempo de atuação no hospital variou de 6 a 10 anos ($n=6$; 50%). O vínculo empregatício ocorreu por concurso público para 10 profissionais (83,3%), sendo que toda a

amostra atuava em forma de plantões de 12 ou 24 horas, perfazendo um total de 120 horas mensais. A distribuição dos psicólogos pelas alas hospitalares ocorreu por meio de rodízios, não existindo, portanto, um setor fixo de atuação. Esse dado, inclusive, pode ter interferido na forma de auto identificação dos profissionais, em que a maioria (n=9; 75%) seguiu uma vertente mais generalista, respondendo que se apresenta como psicólogo.

O projeto foi submetido à Plataforma Brasil, sendo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovado através do parecer nº 3.442.927 e CAAE: 15900919.9.0000.5187. O projeto obedeceu às resoluções nº 510/2016 (Brasil, 2016) e nº 466/2012 (Brasil, 2012b). Por fim, a coleta dos dados referiu-se ao período de agosto a setembro de 2019.

3.0 – RESULTADOS

Na tabela 01, sistematizamos as atividades que os psicólogos consideraram possíveis de ser efetuadas no hospital, de um modo geral, embora, nem tudo que está elencado, é realizado. Queríamos avaliar o grau de familiaridade dos profissionais com as práticas condizentes com as de um psicólogo atuante no contexto hospitalar, e, também, as práticas efetivamente exercidas. Para interpretar tais resultados, dividimos as respostas em três grupos, como explicado em seguida.

Tabela 06

Atividades desenvolvidas pelo psicólogo no contexto hospitalar

Variável	Frequência	Porcentagem
Atendimentos em grupo	12	100%
Interconsulta	12	100%
Exame das funções psíquicas	12	100%
Acolhimento	12	100%
Preparo para procedimentos cirúrgicos	12	100%
Aconselhamento Psicológico	12	100%
Atendimentos aos familiares dos pacientes	12	100%
Atendimentos de pacientes com transtorno mental	11	91,7%

Promoção da saúde	11	91,7%
Atendimentos à equipe de saúde do hospital	11	91,7%
Avaliação Psicológica	10	83,3%
Grupo de discussão de casos clínicos	10	83,3%
Atendimento a pacientes entubados	10	83,3%
Preparo para procedimentos médicos em geral	09	75%
Psicoterapia individual	09	75%
Manejo da dor crônica	09	75%
Prevenção de doenças	09	75%
Cuidados Paliativos	08	66,7%
Outras atividades	05	41,7%
Psicoterapia em grupo	04	33,3%
Atendimento a pacientes em coma	04	33,3%
Apoio matricial/matriciamento	04	33,3%
Estimulação precoce de recém-nascidos e crianças	03	25%
Noticiar óbitos	02	16,7%

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No primeiro grupo, estão elencadas as respostas que obtiveram unanimidade, como visto na Tabela 1. São elas: **os atendimentos em grupo, a interconsulta, os exames das funções psíquicas, o acolhimento, o preparo para procedimentos cirúrgicos, o aconselhamento psicológico e os atendimentos aos familiares dos pacientes.**

Este grupo de respostas sinaliza que tais atividades fazem parte da rotina dos profissionais da amostra, e caracteriza a natureza das demandas e solicitações que lhes são dirigidas, ou que constituem possibilidades de atuação generalizáveis em qualquer hospital. Inferimos que são intervenções bem apropriadas ao que se espera da atuação psicológica em âmbito hospitalar.

O segundo grupo de respostas reúne as atividades que apresentaram também uma alta frequência, mas que não foram unânimes, a saber: **os atendimentos a pacientes com transtorno mental, a promoção da saúde, os atendimentos à equipe de saúde do hospital, a avaliação psicológica, o grupo de discussão de casos clínicos, o atendimento a pacientes**

entubados, o preparo para procedimentos médicos em geral, a psicoterapia individual, o manejo da dor crônica, a prevenção de doenças e os cuidados paliativos. Tais atividades demonstram maior dispersão na compreensão das intervenções a serem realizadas em um hospital.

O terceiro grupo de respostas reúne as intervenções que obtiveram baixos índices, como: **a psicoterapia em grupo, o atendimento a pacientes em coma, o apoio matricial, a estimulação precoce de recém-nascidos e crianças, bem como o noticiar óbitos.** Neste grupo também estão representadas as respostas para ‘outras atividades’, as quais foram descritas, pelos participantes, como: **as visitas psicológicas, a mediação médico-paciente, o trabalho em sala de espera das UTIs e em brinquedotecas, bem como em contextos de amputação, intoxicação exógena, maus tratos infantis e reabilitação.** De um modo geral, destacamos que a maioria das respostas está dentro do esperado. A seguir, passamos a discutir as questões mais relevantes de cada grupo de respostas.

4.0 - DISCUSSÃO

O **atendimento em grupo**, em todas as falas, se mostrou direcionado aos acompanhantes.

“(…) que atendimento em grupo, você tá me falando? Em psicoterapia de grupo, dinâmica de grupo? Se você me falar em dinâmica de grupo, não é um atendimento é uma DINÂMICA (ênfase), onde se tratam temas, dentro de uma UTI se faz, porque são pacientes de longa permanência, onde os cuidadores [acompanhantes] também precisam de cuidados” (P6);

“É possível, porém é muito complexo, sabe? (...) [se faz] quinzenalmente, com os familiares, né. E um grupo de escuta né, e também de orientações, e fluiu muito bem” (P4);

“Dá pra se fazer! (...) não dá pra fazer em todas as alas, (...) porque as alas são muito GRANDES (ênfase) e não tem como reunir muitos acompanhantes. Agora num ambiente menor, tipo, UTI infantil, a gente consegue, nas outras, não”(P9).

É interessante notar que todos os psicólogos acreditam no atendimento grupal como uma atividade do âmbito hospitalar. O fato de o trabalho do psicólogo em hospital também ter um caráter informativo e de apoio (CFP, 2007), parece ser um elemento facilitador para o exercício de atendimentos grupais no local de pesquisa. Ficou claro para nossos interlocutores o entendimento da diferença entre um atendimento grupal e uma psicoterapia grupal.

Como dificuldade para realizar os atendimentos em grupo, os profissionais afirmaram que a grande dimensão de algumas alas impede a expansão dessa prática para outros setores. É provável que, além do tamanho das alas, a dinâmica das relações profissionais possa ser um fato que impeça a realização de grupos com os pacientes em enfermarias ou com a própria equipe de saúde, respectivamente. Tanto os profissionais quanto os pacientes não foram citados como um público para atendimentos grupais.

Em relação à **interconsulta**, esta foi concebida como a principal forma de comunicação com a equipe multidisciplinar, sendo útil na compreensão dos casos clínicos. A efetividade da interconsulta se encontra, dentre outros elementos, na humanização do atendimento e na perspectiva integral e focada no paciente (Carvalho & Lustosa, 2008), contribuindo na compreensão e ampliação da assistência, além de mediar a comunicação família-equipe-paciente (Santos et al., 2011). Todavia, ao ser utilizada como elemento central na interação das diferentes profissões, como foi o caso do hospital da pesquisa, acabou servindo como um indício de relações profissionais rasas e fragmentadas, cuja conduta interdisciplinar não tem acontecido de fato.

No que se refere ao **exame das funções psíquicas**, houve o entendimento de se tratar de uma das etapas da Avaliação Psicológica. Foi considerada por alguns entrevistados como uma conduta básica do psicólogo, ao passo que para outro não é feito de forma sistemática e intencional, mas entrelaçado com o atendimento psicológico prestado, tendo em vista outras demandas do paciente. Essa última resposta causa preocupação, pois se espera que o psicólogo tenha clareza de como proceder no exame das funções psíquicas, além de considerá-lo como um dos objetivos de todo atendimento, seja ele feito pelo psicólogo ou outro profissional especializado.

“Exame das funções psíquicas inclusive faz parte, né, do processo de avaliação (...)” (P4);

“Exame das funções psíquicas é o básico (...)” (P6);

“É porque, é porque não é rotina, pelo menos não pra mim. Eu acho que pe...pelo que eu vejo assim mais ou menos no setor, eu vejo algumas pessoas fazerem exame das funções psíquicas, assim mais detalhadinho, porque a gente faz quando a gente tá atendendo, a gente tá fazendo a escuta, de certa forma, dependendo da intervenção que a gente tá fazendo, a gente tá avaliando as funções psíquicas do paciente, sim, mas a gente não vai no intuito “Ah, vou realizar um exame de funções psíquicas (riso) no paciente”, não, acontece é super possível” (P9).

O **acolhimento** teve sua utilização reconhecida em diversas situações da dinâmica hospitalar e para diferentes públicos, como na descoberta de um diagnóstico pelo paciente, no

próprio processo de hospitalização que também afeta os familiares ou ainda, nas situações que envolvem óbito. Foi concebido como uma intervenção não exclusiva do psicólogo e por isso capaz de ser efetuado por todos os funcionários do hospital, independente do cargo que ocupam.

O acolhimento é um dos pilares da Política de Humanização, estando revestido de uma dimensão ética, estética e política, não se restringindo ao campo da saúde, mas sim, presente em todas as esferas da vida (Brasil, 2010). Está direcionado aos usuários, aos trabalhadores e gestores, com vista à construção de relações solidárias, cooperativas e dialógicas, capazes de possibilitar a corresponsabilidade e autonomia de todos, possuindo estreita relação com a proposta de clínica ampliada, ambiência e cogestão (Brasil, 2013).

Segundo Brasil (2010), o acolhimento é tarefa de todos os profissionais, não exigindo local nem horário específico, pois abarca todo o processo de cuidado, os espaços e encontros realizados, diferenciando-se do procedimento de triagem. É um dispositivo que contribui na efetivação do SUS ao promover reflexões e ações nas práticas de saúde, qualificação da escuta, formação de vínculos, acesso a serviços com maior responsabilidade e poder de resolução, sendo também uma estratégia para interferir nos processos de trabalho e gestão, atenção e produção de saúde e uma tecnologia na avaliação de risco e vulnerabilidade tanto física quanto psíquica (Brasil, 2010).

O **preparo para procedimentos cirúrgicos** se mostrou uma intervenção bastante presente no cotidiano do hospital pesquisado, envolvendo a visita do psicólogo antes da cirurgia, com vista ao apoio e preparo emocional do paciente, diante de uma ansiedade ou falta de informações claras sobre o procedimento cirúrgico, por exemplo. Como nos mostra Figuera e Viero (2005), o medo do desconhecido é a principal causa de ansiedade e insegurança do paciente pré-cirúrgico, o qual apresenta fantasias em relação à anestesia e a própria recuperação. Para Sebastiani e Maia (2005), a cirurgia traz ao paciente a ameaça da integridade física e psicológica, podendo alterar a imagem corporal do internado. Ambos os autores, apontam a relevância do psicólogo no manejo dessas situações.

Já o **aconselhamento psicológico** foi citado em circunstâncias que envolvem a descoberta de doenças, como as DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), mas também contextos de pacientes entubados em UTI. Embora uma entrevistada utilize o aconselhamento psicológico como uma vertente da Psicoterapia Breve no hospital, esta mesma psicóloga parece conceber o aconselhamento numa posição inferior às demais intervenções psicológicas.

“Que a gente usa a psicoterapia BREVE (ênfase). No caso a minha, voltada é...voltada mais, voltada mais pra Rollo May, pro aconselhamento psicológico, (...)” (P2);

“(...) aí você vai fazer um atendimento com alguém que num consegue expressar seus sentimentos, como é que você vai fazer isso. É bem difícil. Vira uma espécie só de aconselhamento (pausa). Claro com técnica, aconselhamento psicológico né?” (P2);

“(...) se faz, principalmente DST, AIDS quando descobre AQUI (ênfase) [no hospital], outras doenças também” (P6).

Os **atendimentos aos familiares dos pacientes** foi uma conduta que não levantou questionamentos nos participantes. Pelo contrário, foram relatados atendimentos com vista a acolher os familiares diante de um óbito, orientá-los e estabilizá-los emocionalmente quanto às circunstâncias da UTI e outros contextos de hospitalização, demonstrando como o familiar pode auxiliar no processo de recuperação do paciente, além dos profissionais prestarem apoio psicológico perante o cansaço físico e emocional dos acompanhantes, por exemplo. A família, portanto, é um dos públicos que os psicólogos têm dirigido sua atuação, inclusive em momentos que os profissionais julgam não ser possível prestar assistência aos pacientes, como nos casos em que estes últimos estão em coma.

“(...) preparar os familiares para entrar nesse ambiente [UTI], né. Como é que ele pode abordar esse paciente, esse familiar, de que maneira ele pode facilitar a recuperação desse paciente, desse familiar dele” (P1);

“Após o médico dá a notícia de óbito, pra gente dá apoio à família” (P2);

“Agora em coma, não. Tem como não. A gente dá o apoio à família” (P4);

“(...) eu já, nós já atendemos é, familiares que já tiveram surtos mesmo aqui dentro do hospital, né, mediante o processo de internação, né, do paciente, cansaços físico, emocional. Então assim, a gente é convocado pra atendimento a pacientes, atendimentos à família” (P4);

“Esse atendimento das famílias do paciente é algo que é rotina, no entendimento de que, o paciente que adoecer, a família adoecer e muda-se a dinâmica do paciente, muda-se a dinâmica da família pra tomar conta dele” (P6);

“(...) principalmente pra acompanhante, o peso de ESTAR (ênfase) no hospital, as vezes o peso num é nem de ter um pacien..., um familiar doente, peso maior as vezes é tá no hospital, não puder tá em casa resolvendo sua vida e tá dentro do hospital, as vezes tá doente é o mínimo” (P8).

Em relação às respostas elencadas no segundo grupo, **os atendimentos a pacientes com transtorno mental** evidenciaram o psicólogo como aquele que busca prestar assistência a esse público específico, seja no manejo da condição que o trouxe para o hospital, seja na condução do transtorno psíquico. Mas que sofre em sua prática com o despreparo da equipe

multidisciplinar tanto para agir nessa situação, quanto compreender a presença do paciente com transtorno mental em hospital não psiquiátrico. Assim, o psicólogo ratifica o cuidado desse paciente na instituição, mas não obtém o suporte necessário do hospital para atuar com qualidade sobre essa demanda. É provável que esses empecilhos tenham influenciado no preenchimento desse tópico do questionário.

“Acho possível, mas acho complicado (riso). Acho possível não, É POSSÍVEL (ênfase) porque a gente atende essas demandas, mas não temos estrutura suficiente, então é BEM (ênfase) complicado. É bem complexo, porque como a gente não tem o apoio clínico, médico, né, o psiquiatra, num tem, então e a equipe não tá preparada pra é pra esse tipo de público, é bem mais difícil, mas a gente faz, as...chega né, o paciente chega e a gente chega a fazer alguma escuta pelo menos tentar ouvir esse paciente ou esse familiar, certa forma. Geralmente são feitas transferências, né, cuida-se daqui da parte clínica e, quando NECESSÁRIO (ênfase) aí transfere pra o o a instituição de referência” (P9);

“(...) porque o paciente estava em crise, num é, eles [a equipe multidisciplinar] acham que, mesmo o paciente estando com um problema clínico, de ordem clínica, é ele teria que ser encaminhado a um hospital psiquiátrico, eu disse: ‘Não, preste atenção, inclusive na legislação de saúde mental, é muito claro: que todo hospital deveria ter leitos específicos para receber pacientes com transtornos mentais graves e enquanto houver a demanda CLÍNICA (ênfase), este paciente (bate na mesa), tem que está aqui, mesmo em CRISE (ênfase) psiquiátrica” (P4);

“(...) porque o que ele traz é uma fratura, é um acidente vascular, enfim, pode ser o que for, MENOS (ênfase) a sua saúde mental, PORÉM (ênfase) o atendimento de transtorno mental acaba que também sendo um um segundo momento nosso, porque só descobrimos que ele é paciente de um transtorno mental, quando ele se interna, então muitas pessoas aqui elas desorganizam psiquicamente justamente por não conseguir confrontar seu sofrimento” (P6).

Já a **promoção da saúde** chama a atenção e apontou para uma compreensão mais moderna da prática de saúde realizada num hospital. Isto porque, tradicionalmente, a promoção da saúde é reconhecida como uma assistência de atenção primária. Entretanto, para Silva et al., (2011) é possível de ser desenvolvida em hospitais, constituindo-se em um avanço na concepção profissional. As citadas autoras reconhecem o hospital como um ambiente destinado para a prática da promoção, mas que possui alguns obstáculos na implementação de estratégias com esta finalidade. É preciso, segundo as autoras, mudar o paradigma hospitalar, exigindo uma ampliação do objeto a favor da saúde, a reorientação dos valores institucionais, reformulação da burocracia e cultura das instituições, da formação acadêmica dos profissionais, das crenças quanto à ineficácia das intervenções promotoras de saúde, além de fomentar a preocupação com a salubridade dos funcionários. Para tanto, as autoras sugerem a formação de espaços coletivos tanto aos profissionais quanto aos usuários, bem como a implantação de programas de educação em saúde.

Quanto aos **atendimentos à equipe de saúde do hospital**, sua alta frequência pode demonstrar uma conscientização dos psicólogos de que sua prática não está voltada apenas ao paciente ou à família. Conforme Azevêdo e Crepaldi (2016), o acompanhamento psicológico em hospital tem por objetivo facilitar a adaptação e enfrentamento do processo de hospitalização do paciente, priorizando a tríade paciente-família-equipe de saúde. No hospital pesquisado, os psicólogos tem desenvolvido um espaço de escuta psicológica aos funcionários. Ao passo que os profissionais cujo acompanhamento precisa ser mais sistemático e intensivo são encaminhados ao psiquiatra e ao psicólogo específico para tal atendimento. De acordo com alguns entrevistados, a demanda de saúde mental da própria equipe é um fator bem preocupante no hospital da pesquisa.

“A gente trabalha direcionada ao paciente, não à doença, mas ao paciente, ao doente, ao indivíduo é e aos acompanhantes, mas há também, temos os atendimentos à funcionário” (P3);

“Aqui a gente tem este serviço, foi inaugurado há mais ou menos uns dois anos, há mais ou menos dois anos, um serviço aqui de escuta, de cuidar de quem cuida, né, nós temos” (P4);

“Esse atendimento da equipe de saúde do hospital tem duas vertentes, certo? Tem a a o ‘espaço acolhedor’ criado por essa coordenação atual, certo, onde hoje em dia já se sabe que é divulgado por todos os profissionais (...), essa busca a psicóloga do hospital de forma ambulatorial, ela é, bem vista, então há uma demanda real desse trabalho. Um outro trabalho que também é feito dentro do hospital por psicólogo mas não em nosso setor de psicologia hospitalar, seria o atendimento de profissional de saúde mental, então, especificamente ele vai pro psiquiatra e o psicólogo de referência de saúde mental do hospital e aí seria para os profissionais que já fazem ou já fizeram tipo, um acompanhamento ou que o seu próprio colega de trabalho detectou e isso surgiu há um ano e alguns meses em razão do das tentativas e até suicídio de profissionais de saúde, que a gente tem aqui dentro, números” (P6).

No que concerne à **avaliação psicológica** este foi um item que levantou questionamentos, devido a diferentes percepções acerca da intervenção. Foram colhidos relatos de que a avaliação psicológica é um processo abrangendo o estado atual do paciente, suas funções psíquicas e manejo adequado, sendo possível de ser efetuado em hospital. Enquanto que outros incluíam o uso de testes psicológicos, o que dificultaria ou impediria sua realização no âmbito hospitalar. Houve também quem afirmasse que ela é possível, mas dependendo do tempo que o paciente permanecesse internado. Já para outra profissional, a avaliação psicológica não é possível de ser realizada, mas apenas o exame das funções psíquicas, haja vista que a primeira se constitui em um processo longo.

“Avaliação Psicológica sim, a gente faz. Exame das funções psíquicas inclusive faz parte, né, do processo de avaliação” (P4);

“Avaliação Psicológica (pausa) é com..., eu num sei, porque eu acho que avaliação psicológica é todo aquele processo né, que a gente faz, eu acho que muito na clínica né, é, mas aqui a gente faz a avaliação só da questão do estado mental ... é só o que é possível. SEMPRE, né, em cada atendimento a gente avalia a como é que tá né, as funções psíquicas, tem esse tipo de avaliação, mas uma avaliação psicológica num cabe não. Eu acho que isso aí já é na clínica” (P5);

“(...) avaliação psicológica seria o estado atual, suas funções psíquicas, né isso, e o manejo, né, então faz. (...) no sentido de teste psicológico, não. Embora tenha literatura que traga teste psicológico pra criança, dentro de uma brinquedoteca de um espaço no hospital. (...) o que é que se usa via de regra: estado geral, exame psíquico e terapêutica relacionada” (P6).

A associação entre avaliação psicológica e uso de testes psicológicos se mostrou presente na fala de uma das participantes. Conforme o CFP (2013), a testagem psicológica compreende o uso de testes psicológicos de diferentes tipos, sendo uma das técnicas da avaliação, juntamente com a entrevista, a observação e a análise de documentos. Dessa forma, a avaliação psicológica não se reduz a testagem, podendo existir avaliações psicológicas que não se utilizam de testes psicométricos ou de personalidade.

No que se refere ao contexto hospitalar, o tempo de internação do paciente e a duração de uma avaliação psicológica se mostraram como importantes, a ponto de ditar a viabilidade ou não dessa atividade em hospital. Para Fongaro e Sebastiani (2013) o psicólogo ao fazer uma avaliação psicológica em âmbito hospitalar deve ficar atento ao aspecto temporal do processo, ou seja, avaliar um momento específico da vida do paciente em relação ao adoecimento, tratamento e internação. Assim, para os autores, a questão que pode interferir numa avaliação em hospital não seria o tempo de internação, nem a duração do processo avaliativo, mas a inabilidade do profissional em estabelecer um foco temporal.

O grupo de discussão de casos clínicos, por sua vez, foi uma intervenção com alta frequência no questionário, mas que não teve utilização no hospital pesquisado. Parte dos psicólogos relatou discutir com seus pares sobre determinados casos clínicos, com vista a trocar experiências, ouvir sugestões e tirar dúvidas, por exemplo, além de fazer interconsulta com outros profissionais. Todavia, o estabelecimento de um grupo, enquanto uma metodologia de trabalho no ambiente hospitalar, seguindo uma sistemática e frequência bem definida, bem como a participação de diferentes categorias não é algo que ocorre no hospital da pesquisa.

“A gente [psicólogos do plantão] sempre fala, de um atendimento ou outro que a gente tem feito naquele dia, ou que atendeu na semana passada e o colega deu continuidade, a gente sempre tá discutindo os casos” (P1);

“(...) seria a própria equipe se mobilizar com outras equipes, outras categorias, né. DENTRO DA NOSSA EQUIPE (ênfase) não existe esse GRUPO (ênfase), existem as DISCUSSÕES (ênfase). Eu digo discussões, porque quando se torna grupo, se torna um método, se torna uma rotina, mas as discussões sim. Então num é que a gente não, atenda e num passe pro colega, pelo contrário é interessante sim passar pro colega da ala que vai tá no dia seguinte ou certificar que ele acompanhou, por isso que existe aquele quadro de atendi...de acompanhamentos diário, já é uma forma de sinalizar pro colega que AQUELE (ênfase) paciente específico demanda o a mais do seu adoecimento e precisa de cuidados, por isso que a gente faz as visitas psicológicas” (P6);

“(...) não não existe essa questão de de discussão de caso clínico, não existe. Existe casos que a gente né tem acesso a outro profissional e a gente...Existe mais é muito, muito rudimentar, ainda num existe essa prática né de caso clínico, não existe, a gente tem tem é acesso há alguns [profissionais], mas nem todos, né” (P12).

O atendimento a pacientes entubados foi outro ponto controverso para os psicólogos. Observamos, em alguns relatos, a associação direta entre paciente entubado e em coma enquanto condições semelhantes. Outros afirmaram ser possível o atendimento àqueles com suporte ventilatório, desde que estejam conscientes, sendo uma dificuldade para o psicólogo estabelecer contato por meio de formas de comunicação alternativa (escrita, piscar dos olhos, leitura labial, por exemplo).

“Quando ele tá entubado, mas ele está consciente, tem condição da gente chegar e fazer um aconselhamento” (P2);

“Pronto. Porque o paciente pode tá consciente e orientado, mas ele não tem condições de verbalizar. Então a gente pode falar por ele, de uma forma, sempre motivando a recuperação, que no caso, a gente assiste..., a questão da psicoeducação também, é ler o prontuário dele, a interconsulta com os enfermeiros, que geralmente... vou falar por mim: eu sempre faço... em UTI. Então, no caso, eu vou sabendo o que o paciente tem e uma forma de motivar sempre a recuperação” (P3);

“Pra mim, é difícil, dá pra entender muita coisa, pela leitura labial, a gente consegue entender, mas eu não sei, assim na minha prática, se isso num gera uma ansiedade maior, porque ele tá ali tentando se comunicar, você dizer que não entende, pede pra repetir e vai, esse manejo sabe, que eu não sei e que ao mesmo tempo é importante né, é importante. Porque eles tão ali trancados, não conseguem se comunicar. É difícil” (P5);

“Atendimento a pacientes entubados, traz a sensação de que ele é um paciente que não fala e por isso não requer acolhimento, né... pode sim acontecer, consciente, a gente tenta pelo menos compreender seu nível de orientação, porque pacientes sa... saídos de UTI, noventa e nove por cento, tem experiências negativas com relação ao seu próprio adoecimento” (P6);

“Pacientes entubados, não é bem um atendimento, sabe. Porque num tem muito a fazer, né, assim, ele não responde e não compreende também” (P10);

“É. Porque assim, é possível a gente sabe que é possível, mas é difícil, pelo menos assim é difícil pra mim, PRA MIM (ênfase), né (...). Da da dificuldade de de manejar esse atendimento, né” (P12).

Um dos participantes (P3) diz lançar mão de outras estratégias como a interconsulta e a verificação de prontuário, no auxílio do atendimento ao paciente com tubo respiratório. Outros psicólogos percebem ter suas próprias limitações, incomodando-se com a condição física e a ansiedade do paciente em atendimento. A dificuldade em se comunicar foi vista como um dos maiores obstáculos, sendo uma variável capaz de trazer maior ansiedade ao internado e prejudicar seu quadro clínico. Assim, alguns psicólogos chegam a duvidar da eficácia desse tipo de atendimento, embora outros reconheçam a viabilidade deste.

Este tipo de intervenção ainda constitui-se em uma novidade para os psicólogos. Segundo Cosmo et al., (2014), o uso do respirador seja por tubo orotraqueal (TOT), traqueostomia (TQT) ou ventilação mecânica não invasiva (VMNI) exige o uso de amplos recursos comunicacionais: leitura labial, uso de pranchas com gravuras e alfabeto, mímicas, piscar dos olhos, entre outros. Para os autores, as intervenções psicológicas auxiliam na minimização da ansiedade decorrente da impossibilidade de fala, estabelecimento de vínculo terapêutico e esclarecimento da rotina hospitalar. Eles também evidenciam o manejo da frustração, insegurança e angústia decorrente da dificuldade de desmame (retirada gradual do suporte ventilatório), fatores que podem prolongar a internação em UTI.

O **preparo para procedimentos médicos em geral** foi a única opção que não foi alvo de comentários pelos psicólogos durante o preenchimento do questionário. No entanto, é oportuno dizer que este é um item coerente com a atuação do psicólogo em contexto hospitalar. É, inclusive, uma das estratégias citadas por Alves e Eulálio (2011) em lista não exaustiva de possibilidades para o psicólogo no âmbito terciário, estando ao lado do preparo para procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos.

Com relação à **psicoterapia individual**, esta foi uma opção escolhida com algumas ressalvas, tendo em vista que poderia se referir a uma psicoterapia individual clássica ou não. Existiu a compreensão de que a psicoterapia individual possível é aquela que se apresenta como breve e focalizada, se distanciando dos moldes tradicionais, mesmo nos casos em que existe um acompanhamento mais contínuo das pessoas internadas. Fatores como a rotatividade dos pacientes e o trabalho dos psicólogos como plantonistas foram citados como obstáculos ao exercício de uma psicoterapia individual clássica.

“Essa psicoterapia individual (...). Não, não cabe” (P5);

“(...) são acompanhamentos clínicos diários, são, mas que são voltados a uma psicoterapia breve de foco, não há como se estender um planejamento terapêutico de uma carga horária de dois plantões” (P6);

“A gente num tem como fazer análise aqui. Mas uma psicoterapia individual se for com foco BREVE (ênfase) (...)” (P8);

Percebemos que as barreiras institucionais parecem ser preponderantes na escolha das técnicas a serem utilizadas, indicando uma conscientização de que as práticas tradicionais ao serem aplicadas indiscriminadamente no hospital seriam inadequadas. Entretanto, a resposta esperada deveria ter menor frequência, pois, seguindo a orientação sobre níveis de complexidade (Alves, Eulálio & Brobeil, 2009), a psicoterapia individual deve ser realizada em ambulatorios e não em hospitais, por se tratar de assistência especializada de segundo nível.

No que se refere ao **manejo da dor crônica**, apesar da alta frequência do questionário, esta não é uma intervenção muito utilizada pelos psicólogos no hospital da pesquisa. Pois, como observado em uma fala, o paciente com dor crônica não é um público rotineiro para o hospital de urgência e emergência. Todavia, quando atendido, a prática do psicólogo tem se concentrado na realização de interconsulta e na verificação do medicamento prescrito pelo médico. Para um psicólogo, o atendimento ao paciente com dor é complexo e exigiria uma equipe preparada e uma instituição com estrutura adequada.

“Não, as intervenções que a gente faz é de hospitalar mesmo, de tentar ver a questão de medicação, faz as interconsultas com o médico”. (P5);

“(...) quando você fala em paciente crônico, ele não vem pra cá, ele vem pra cá na sua URGÊNCIA (ênfase), ele é um paciente crônico de casa que complicou, né (...)” (P6);

“(...) mas é complicado porque não é todo mundo que tá preparado pra lidar com um paciente com uma dor, constante, até porque as pessoas não tem esse costume de lidar com dor tá facilmente, né, seja ela qual for, então é bem complicado” (P9).

Segundo Castro et al. (2019), no Brasil, a dor crônica tem se caracterizado como uma demanda de serviço ambulatorial e como nos mostra Castro (2017) um desafio para os profissionais da saúde, exigindo um trabalho interdisciplinar. No que compete à psicologia, as intervenções têm seguido, em muitos casos, uma perspectiva cognitivo-comportamental através da psicoeducação, das técnicas de relaxamento e estratégias de *coping* e enfrentamento, por exemplo (Silva, Rocha & Vandenberghe, 2010).

Já a **prevenção de doenças**, ainda que tenha alcançado uma porcentagem expressiva, dividiu espaço com concepções voltadas para a prevenção primária e por isso, interpretadas, por alguns participantes, como intervenções com pouca utilização em hospital. Todavia, a prevenção pode e deve ser realizada em qualquer nível de assistência de saúde, inclusive num

hospital, dedicado à alta complexidade. A prevenção pode ser inclusive quaternária, que é aquela dedicada a evitar a obstinação terapêutica ou a iatrogenia (Tesser, 2017).

“É porque quando quando a gente tá fazendo, a gente faz umas palestras lá na UTI, por exemplo, a gente já trabalha muito esse lavar as mãos, que também tá prevenindo pro, tanto pro paciente, com o previne né, outras doenças pro acompanhante” (P5);

“E segue-se segue também aqui algumas campanhas (...), eu acho que tem a campanha [de prevenção] do suicídio, sempre tem, tem todo ano. Tem, verdade, tem e algumas outras campanhas específicas, que tem no decorrer do ano”. (P9);

“Aqui as coisas, quando elas chegam principalmente no hospital de alta complexidade como esse, elas já chegam né, os agravos já chegam com aquela complexidade, então não tem mais espaço para a prevenção, ou até tem, mas é muito, muito pouco né” (P11).

Os relatos sobre **cuidados paliativos**, por sua vez, demonstraram que, embora seja possível sua realização em contexto hospitalar, sua operacionalização no hospital da pesquisa é bastante dificultosa. Enquanto alguns afirmaram realizar cuidados paliativos, outros disseram que falta uma ambiência (física e de pessoal) que propicie o atendimento a esses pacientes. Na fala de alguns entrevistados, não existe muita oportunidade para trabalhar nessa perspectiva, pois a dinâmica do hospital é muito rápida, além desses pacientes serem geralmente levados para casa. É provável que a falta de uniformidade nas respostas, acerca da realização ou não de cuidados paliativos no hospital da pesquisa, decorra de diferentes concepções dos psicólogos sobre essa atividade, ou ainda, da inabilidade de alguns em atuar nessas situações. Buscar capacitações e intervir sob a ótica dos cuidados paliativos na instituição é o desejo de alguns entrevistados.

“Na verdade, são várias questões sabe, é ambiência e a ambiência inclui não só a parte ambiental, fisicamente falando, mas também a parte emocional também, os profissionais aqui, eles não são capacitados para lidar com os cuidados paliativos, não são. Então eu não posso dizer pra ti, possível seria, mas na prática eu não sei se teria uma operacionalidade, entendeu, porque eu não vejo... sabe” (P4);

“(…) não muito porque, normalmente é, eles são encaminhados, é muito, mas também tem porque tem alguns pacientes na UTI que a gente percebe, (baixa o tom de voz) de alguma forma. A gente trabalha um pouco disso, né, ééé inclusive. (...) Teve um caso na...cirúrgica que a gente trabalhou bastante cuidados paliativos, era uma uma uma um câncer com metástase, num dava mais pra encaminhar e daí ela ficou e a gente trabalhou em cima disso, com família, trazia a família, abrindo exceções pras visitas, né, trabalhando essa essa, os médicos nos cuidados pra diminuir a dor, a gente trabalhando essas outras questões que precisavam fechar, mas não tem muita oportunidade não, aqui é muito, tudo muito rápido” (P5);

“Já acompanhei inclusive, em cuidados paliativos, vários, pacientes de trauma raquimedular é só o que a gente faz, né” (P6);

“Cuidados paliativos, eu acho que aqui... Porque geralmente, eu acho que os pacientes vão pra pra casa. Cuidados paliativos aqui é bem complicado” (P9).

Para Santos e Alves (2017), os cuidados paliativos abrangem todos os níveis de complexidade, podendo ter maior intensidade na atenção terciária. Segundo Hermes e Lamarca (2013), a prática do psicólogo em cuidados paliativos deve incidir sobre as desordens psíquicas que causam sofrimento, estresse, depressão, prezando pela autonomia do paciente, bem como o suporte emocional à família nas diversas fases da doença.

Em relação às atividades elencadas no que chamamos terceiro grupo, cujas intervenções obtiveram os menores escores, **a psicoterapia em grupo** revelou que os profissionais tiveram uma compreensão correta do viés clínico que a psicoterapia impregna. Assim, essa modalidade de intervenção foi tida como possível em hospitais psiquiátricos ou naqueles cuja característica seria o atendimento de pacientes com patologias específicas: câncer, problemas vasculares, amputações e diabetes, por exemplo. Hospitais que lidam com urgência e emergência não foram considerados como locais para essa prática grupal, podendo inclusive possibilitar condutas iatrogênicas, de acordo com uma participante.

“Aqui nesse hospital não tem como fazer psicoterapia em grupo. (...) Já no [nome de hospital psiquiátrico], sim. A gente tinha um grupo de alcoolistas. (...) No hospital psiquiátrico a psicoterapia de grupo é fundamental” (P2);

“Eu coloquei atendimento em grupo, eu acho que psicoterapia em grupo, não” (P4);

“Psicoterapia em grupo eu também acho que não,... hospital que trata especificamente oncologia, né, aí eu acho que tem mais uma, tem mais uma flexibilidade né, pra ter esse tipo de, psicoterapia em grupo” (P11).

Alves, Santos e Alves (2019) alertaram para a inadequação da psicoterapia de grupo realizada em hospitais, considerando que o hospital deve priorizar as intervenções de alta complexidade e a psicoterapia de grupo é uma intervenção de nível especializado.

Já o **atendimento a pacientes em coma** foi o que mais levantou dúvidas nos profissionais, em virtude do desconhecimento de alguns acerca das intervenções possíveis de serem feitas nessas condições. Para uma parcela, a ausência de consciência do paciente é um empecilho para a atuação, dirigindo suas ações para o atendimento à família. Houve relatos também de condutas para estimulação das funções psíquicas, as quais podiam ser efetuadas pelo psicólogo ou pelo próprio familiar.

“Entubados até tem como, a gente atende. Agora em coma, não. Tem como não. A gente dá o apoio à família” (P4).

“Sim, às vezes a gente faz estimulação, hurum, o paciente em coma, muitas vezes, só a gente fala, eu acho mais difícil” (P5);

“Em coma? Tem que ter o mínimo de interação e feedback. A gente, informa na visita da UTI que é importante que os familiares venham pra visita e o paciente esteja em coma, sedado, ‘teja’ sem responder, que não vá responder a estímulo nenhum, a gente diz que eles falem, converse, fale, diga seu nome, diga que tá aqui, mas porque eles vão escutar, POSSIVELMENTE, PROVAVELMENTE (ênfase), a gente não sabe se sim ou se não, mas há uma possibilidade de que esteja escutando uma voz familiar,(...)” (P8).

Haberkorn (2006) afirma que, em contexto de UTI, a atuação do psicólogo precisa considerar também os pacientes não contatantes com a realidade, que estejam em coma espontâneo ou grau leve de sedação. A autora afirma que nos casos de coma induzido, as intervenções não são permitidas, pois a diminuição da atividade cerebral é fundamental no processo de recuperação do paciente. Dessa forma, no que se refere às duas primeiras situações, a autora enfatiza que a conduta a ser adotada é de estimulação das funções psíquicas, com vista à orientação espaço-temporal e provimento de dados sobre o ambiente circundante, bem como estimular o contato com a realidade.

Quanto ao **apoio matricial**, este foi considerado, por uma minoria, como uma atividade realizável em hospital. Esse quesito levantou dúvidas em parte dos psicólogos, pois alguns desconheciam essa nomenclatura ou conceberam como sinônimo de encaminhamento do paciente para outros dispositivos da rede de saúde, em uma tentativa de encaixá-la ao âmbito hospitalar.

“Matriciamento? Fazermos encaminhamentos aos pacientes daqui a outros lugares, ou não?” (P4);

“Matriciamento, faço. Muito. A gente passa o dia todo matriciando, porque termina um um um atendimento, às vezes você precisa ligar lá pra cidade, vai liga pra secretari..., matriciamento assim né, não de você ir, de você falar do hospital, mas de, que num é matriciamento, né? Num sei se consideraria, porque eu já acho que o matriciamento é quando a gente vai, apresenta o trabalho, tenta ver essa coisa da parceria, isso a gente não faz, mas é possível” (P5);

“(...) apoio matricial seria o quê? Esse nome não me vem. Esse apoio matricial seria o quê?” (P9).

Na verdade, o apoio matricial compreende uma metodologia de gestão do trabalho em saúde e um rearranjo organizacional, intimamente relacionado com a ideia de equipe de referência (Campos & Domitti, 2007). De acordo com os autores, a matriz, composta por um profissional ou uma equipe, tem a função de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, estas últimas responsáveis pela condução dos casos adscritos, sejam eles individuais, familiares ou comunitários.

Na rede SUS, o apoio matricial tem se concentrado nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), estando atrelado ao rol de atividades e estratégias das equipes de Saúde da Família, situada na atenção primária (Brasil, 2012a). Todavia, é importante dizer que, em virtude da nota técnica nº 3/2020 (Brasil, 2020), o NASF foi descontinuado em diversos municípios brasileiros.

No que se refere à **estimulação precoce de recém-nascidos e crianças**, esta obteve baixa frequência no questionário, mas não se pode dizer com esse dado que essa atividade não foi considerada possível de ser realizada em contexto hospitalar. Esse foi um quesito no qual os pesquisadores observaram uma estreita relação dos psicólogos com seu ambiente de trabalho, especificamente.

Nesse sentido, muitos dos profissionais levaram em consideração, o fato de o hospital da pesquisa não receber cotidianamente recém-nascidos, mas apenas crianças em ala pediátrica. Vê-se também que mesmo com a chegada eventual de bebês, ou a usual demanda do setor pediátrico, a estimulação precoce não é uma atividade praticada pelo psicólogo da instituição.

Uma participante relatou não ser possível diante da debilidade que muitas vezes é verificada nesse público. Outra psicóloga respondeu que quando a demanda aparece, ela geralmente é atendida por um professor ou psicólogo externo ao hospital. Uma psicóloga afirmou que a estimulação precoce está mais relacionada com o perfil das maternidades, ao passo que outra entrevistada acredita que intervenções dessa natureza são mais condizentes com as atribuições do terapeuta ocupacional.

“Não. Aqui não têm recém-nascidos... e crianças, a não ser que já venha, mas essa estimulação não tem como, muitas vezes eles vêm bem debilitados” (P2);

“(...) estimulação precoce seria no [cita nome de uma maternidade]” (P6);

“Não. Isso é mais pra um TO [Terapeuta Ocupacional]” (P8);

“(...) a gente não tem esse serviço, eu acho que não é tão possível, porque não tem essa questão do do recém-nascido, não existe esse público, que a gente possa fazer, que essa estimulação precoce eu tô entendendo seria o quê no no no desenvolvimento? É aqui a gente não faz essa...” (P9);

“Não, não tem [UTI Neonatal]. É UTI infantil e ala pediátrica. Atende bebezinhos, mas não tem UTI Neo específica. Se chegar um bebezinho muito pequenininho, precise de uma de uma incubadora tal, num sei o quê, tem a incubadora, mas não é UTI NEO (ênfase), (...)” (P9);

“Aqui às vezes acontece, mas às vezes vem de fora, sabe essa estimulação de crianças, vem, geralmente são pessoas de, que vem de fora. (...) Professores. Às vezes psicólogos, por exemplo, (...)” (P10).

Embora, de fato, essa atividade tenha maior relação com maternidades, é preocupante verificar que, quando essa demanda chega à instituição da pesquisa, a estimulação precoce parece não fazer parte do rol de possibilidades de atuação dos psicólogos entrevistados. Arrais e Mourão (2013), ao elaborar proposta de atuação para uma maternidade e UTI Neonatal, consideraram a importância do atendimento aos bebês em unidade intensiva, devendo o psicólogo estimular o vínculo entre os pais e o bebê, bem como efetuar uma estimulação global dos sentidos para os recém-nascidos em condição especial.

A conduta de **noticiar óbitos** foi outra opção que levantou discussões. Mesmo que duas pessoas tenham marcado esse quesito no questionário, todos os psicólogos entrevistados alertaram que o correto seria o acompanhamento do psicólogo em situações de óbito. Assim, o profissional de psicologia daria o suporte à família enlutada, cabendo ao médico noticiar o falecimento do paciente e dirimir as dúvidas dos familiares acerca do ocorrido. Havia, no hospital da pesquisa, uma pressão para que os psicólogos comunicassem os óbitos, sendo uma conquista dos entrevistados a redução gradual desse tipo de solicitação. A demanda acabou sendo direcionada aos médicos, mas também, aos assistentes sociais.

“Eu acho assim, que quando você coloca aqui noticiar óbitos, não. Mas em situações de óbito é diferente. A gente atua em SITUAÇÕES (ênfase) né que envolvem óbito, (...)” (P1);

“Quem noticia e quem quem comunica é o serviço social (riso) que também não é função deles, é do médico, mas aqui foi uma briga do tamanho do mundo,(...) porque é há havia essa coisa de empurrar pra psicologia, porque acha que a gente tá melhor preparado pra comunicar e como é que eu comunico, se eu não sei o que é que aconteceu com ele na hora desse óbito? Então, é de um paciente que às vezes a gente num tava nem acompanhando, chama a psicologia. Aí chega lá: ‘É porque foi óbito, o médico disse que num vem não. Tu dá aí a notícia’. Eu disse: ‘Não. não, tem que chamar o médico, quando ele comunicar, eu posso até ficar junto, ele comunica e sai, não tem problema, eu fico com com os familiares’” (P5).

A solicitação para o psicólogo noticiar óbitos parece ser uma demanda comum não apenas na instituição pesquisada. Tanto que o CFP (2020) diante do aumento dessas solicitações aos psicólogos hospitalares, em decorrência das mortes provocadas pela COVID-19, elaborou ofício com algumas recomendações. Nesse documento, o órgão afirma que mesmo em contexto de pandemia, os psicólogos não devem comunicar óbitos, pois essa atividade não faz parte de suas atribuições, mas sim do médico. Os psicólogos, segundo o CFP (2020), geralmente desconhecem a causa da morte e todo o processo de cuidados ofertados ao paciente, além de não existir prerrogativa legal, condições técnicas e teóricas que permitam a eles realizar este serviço. O documento ainda coloca que cabe ao psicólogo acompanhar situações de óbito, bem como propor serviços psicológicos grupais ou

individuais relativos ao contexto de morte, tomando os cuidados necessários para melhor abordagem nessas situações.

Quanto ao quesito denominado “Outras atividades”, esta foi a oportunidade de os entrevistados colocarem no questionário alguma atividade que eles acreditaram não estar contemplada no instrumento da pesquisa. Poucos psicólogos se dispuseram a acrescentar algum item, o que explica a baixa frequência nos resultados. Todavia, aqueles que efetuaram acréscimos incluíram como atividades as **visitas psicológicas, a mediação médico-paciente, o trabalho em sala de espera das UTIs e em brinquedotecas, além de contextos de amputação, intoxicação exógena, maus tratos infantis e reabilitação.**

Acredita-se que a escolha por essas opções diz respeito a alguma atividade já desempenhada pelo participante na instituição da pesquisa, ou que o mesmo tem o desejo de implantar no hospital. Todas as opções agrupadas sobre o título “Outras atividades” são condizentes com a atuação em âmbito hospitalar. Elas atendem a situações que envolvem a prevenção terciária ou que abrangem os três níveis de complexidade.

5.0 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de considerações finais, é possível afirmar que há avanços na compreensão das intervenções executadas pelo psicólogo, em um hospital. As últimas décadas, coincidentes ao período da criação do SUS, que lançaram o psicólogo ao campo de atuação da saúde pública, mostram transformações na prática desses. Prática que saiu de uma transposição da clínica de consultório, e meramente individual, para outras intervenções como mostrado ao longo desta pesquisa.

Foi perceptível que, na visão dos entrevistados, já existem práticas psicológicas consolidadas e típicas do âmbito hospitalar mais geral, as quais obtiveram unanimidade no preenchimento do questionário. Enquanto que outras intervenções não são tão frequentes, seja pela utilização em situações específicas, seja por não fazerem parte do perfil do hospital pesquisado. Estas últimas intervenções, muitas vezes, fizeram com que os psicólogos se reportassem a sua realidade institucional, esquecendo que o instrumento da pesquisa também dizia respeito ao contexto hospitalar como um todo e não apenas ao local de trabalho.

A respeito dos resultados, os avanços com relação à viabilidade da promoção da saúde e o atendimento ao paciente com transtorno mental em âmbito hospitalar são elementos que merecem destaque. Eles sinalizam uma clareza dos psicólogos, quanto à amplitude dessas

práticas, ao mesmo tempo em que revelam as barreiras institucionais e de compreensão dos outros membros da equipe no que se refere à aceitação e manejo de paciente psiquiátrico.

Nesse sentido, é provável que as discussões em torno da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial possam ter maior capilaridade nos cursos de psicologia, em detrimento das demais profissões da saúde. Essa realidade precisa ser alterada, na busca por considerar o paciente psiquiátrico como responsabilidade de todos os profissionais, em todas as instituições onde for atendido.

Outro dado que chama atenção, é o discernimento dos psicólogos quanto às intervenções com viés psicoterápico, sejam elas em grupo ou de forma individual. Os psicólogos têm segurança ao afirmar a inviabilidade destas ou a necessidade de adaptação, com vista a ser aplicada em hospital, sendo inadequada a psicoterapia em moldes clássicos. Esse resultado, junto com a valorização de atividades em grupo, pode demonstrar, ainda que timidamente, a fuga de uma perspectiva intrapsíquica dos fenômenos psicológicos.

Ademais dos avanços, a prática profissional no contexto hospitalar também desvela os desafios, sobretudo no que tange à formação dos psicólogos. É muito importante chamar a atenção para este ponto, pois reflete uma diferença teórica na base das práticas em contexto hospitalar. Tal como visto nos resultados deste trabalho, muitas intervenções elencadas e discutidas pelos profissionais se ancoram num vocabulário médico que tradicionalmente não pertence ao vocabulário do psicólogo.

Isto porque os currículos de psicologia ainda prestigiam mais os aspectos da subjetividade humana e a saúde mental. Assim, atendimentos no leito, com pacientes em coma e entubados, por exemplo, são práticas que os profissionais precisam dar conta, mesmo que existam carências em sua formação. Seria interessante que, nos cursos de psicologia, houvesse uma reestruturação curricular, em que as práticas de um psicólogo fossem delineadas pela ênfase de saúde e fossem apresentados, ao profissional, os cenários e/ou situações em que este possui pouca presença ou tradição nos serviços.

No contexto hospitalar, por exemplo, um desses ambientes é a Unidade de Terapia Intensiva. Com um investimento em conhecimento teórico-prático para atuar nesse setor, é provável que as dificuldades de atuação psicológica em contextos de UTI (adulto, neonatal e pediátrica) pudessem ser amenizadas, bem como o alcance terapêutico da psicologia fosse aumentado.

Frente às discussões levantadas por este estudo, acredita-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados e poderão servir de respaldo no entendimento de como tem se estruturado a prática profissional de psicólogos em contexto hospitalar. São resultados que

podem auxiliar tanto o meio acadêmico quanto os próprios hospitais no aperfeiçoamento profissional. Todavia, cabe destacar a necessidade de que outras pesquisas na urgência e emergência sejam efetuadas, no sentido de comprovar ou não a relação aqui esboçada.

6.0 – REFERÊNCIAS

- Alves, R. F. *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal*. (2008). 269 f. Tese de doutorado (Doctorado en Antropología) – Universidad de Granada, Granada, España. Editor: Editorial de la Universidad de Granada. D. L: GR. 1983- 2008.
- Alves, R. F., Eulálio, M. D. C., & Brobeil, S. A. J. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 61(2). Recuperado em 04 de junho de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200009&lng=pt&tlng=.
- Alves, R. S. F., Santos, G. C., & Alves, F. T. F. (2019). Proposta de estágio supervisionado na área de psicologia com enfoque na saúde. *Laplage em Revista*, 5(1), 180-192. Recuperado em 04 de junho de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6813188>
- Alves, R.; Santos, G.; Ferreira, P.; Costa, A. & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180221>
- Alves, R.F., & Eulálio, M.C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da Psicologia da Saúde. In: R.F. Alves (Org.). *Psicologia da Saúde - teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 65-88). Campina Grande: EDUEPB. Recuperado em 23 de junho de 2020, de <http://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926-03.pdf>
- Amaral, V. A; Uwagoya, K. S. H; Pinto, L. A; Kioroglo, P. S; Pozanni, A. F.; Carvalho, D. C. Sasso, L. G. C.; Silva, L. M. S.; Bonsaver, M.; Rosa, N. B. (2014) Atendimento psicológico em enfermarias. In: Bruscatto, W. L. et al. (Orgs). *A Psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade – um modelo de atuação da Santa Casa de São Paulo*. (pp. 135- 147). Pearson Clinical Brasil.

- Arrais, A. R. & Mourão, M. A. (2013). Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 152-164. Recuperado em 12 de junho de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2013000200011&lng=pt&tlng=pt
- Azevêdo, A. V. S. & Crepaldi, M. A. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 573-585. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, A. V. B. & Gondim, S. M. G. (2010). Prefácio. In: A. V. B. Bastos & S. M. G. Gondim (Orgs.). *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 13-16). Porto Alegre: Artmed.
- Braga Neto, F. C.; Barbosa, P. R.; Santos, I. S.; Oliveira, C. M. F (2012). Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed., pp.577-608). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ministério da Saúde. (1997). Resolução CNS n.º218/97, de 06 de março de 1997. *Reconhece os profissionais de saúde de nível superior*. Recuperado em 23 de junho de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html
- Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. (2018). *Resolução CNE/CES N° 597/2018. Aprova o Parecer Técnico n° 346/2018, que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia*. Brasília. Recuperado em: 12 de junho de 2020, de http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/52748594/do1-2018-11-30-resolucao-n-597-de-13-de-setembro-de-2018-52748138
- Brasil. Ministério da Saúde (2012a). Portaria n° 3.124, de 28 de dezembro de 2012. *Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências*. Recuperado em: 12 de junho de 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde (2020). *Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Recuperado em: 12 de junho de 2020, de <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012b). Resolução nº 466/2012, de 12 de Dezembro. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). Resolução nº 510/2016, de 07 de Abril. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana*. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2013) Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS: Atenção hospitalar*. 1ª ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 23 de junho de 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2015). *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização (PNH)*. 1 ed. 2 reimp. Ministério da Saúde: Brasília-DF. Recuperado em: 20 de junho de 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010) *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Recuperado em 23 de junho de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf

Bruscato, W. L.; Benedetti, C.; Lopes, S. R.A. (Orgs). (2006). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Capitão, C. G., Scortegagna, S. A. & Baptista, M. N. (2005). A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1), 75-82. Recuperado em 09 de março de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Carvalho, M. R. & Lustosa, M. A. (2008). Interconsulta psicológica. *Revista da SBPH*, 11(1), 31-47. Recuperado em 09 de março de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100004&lng=pt&tlng=pt
- Castro, M. M. C. (2017). The psychologist role in the multidisciplinary clinic. *Revista Dor*, 18(3), 187-188. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20170100>
- Castro, S.; Cavalcanti, I. L.; Barrucand, L.; Pinto, C. I. , Assad, A. R. & Verçosa, N. (2019). Implementação de atendimento ambulatorial para dor crônica: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(3), 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2019.01.002>
- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução CFP nº 013/2007. *Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Recuperado em 27/01/2020, de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-administrativa-financeira-n-13-2007-institui-a-consolidacao-das-resolucoes-relativas-ao-titulo-profissional-de-especialista-em-psicologia-e-dispoe-sobre-normas-e-procedimentos-para-seu-registro?origin=instituicao>
- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2020). Ofício-Circular nº 65/2020/GTec/CG-CFP . Recomendações sobre comunicação de óbito por psicólogas. Recuperado em: 13 de junho de 2020, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/05/SEI_CFP-0222279-Of%C3%ADcio-Circular.pdf
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. Conselhos Regionais de Psicologia (2013). Cartilha Avaliação Psicológica. Brasília: CFP. Recuperado em 23 de junho de 2020, de

<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Avaliac%CC%A7aopsicologicaCartilha1.pdf>

Cosmo, M.; Morsch, D.; Goiabeira, F.; Genaro, L.; Aragão, P. (2014) O paciente em Unidade de Terapia Intensiva – critérios e rotinas de atendimento psicológico. In: Kitajima, K. (Org). *Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: critérios e rotinas de atendimento*. Rio de Janeiro: Revinter.

Chiattonne, H. B. (2013). A psicologia de ligação e o psicólogo de referência em psicologia hospitalar. In: Camon, V. A. (Org.). *Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento* (pp. 363-387). São Paulo: Cengage Learning.

Chiattonne, H. B. C. (2014). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning (pp.143-229).

Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 232-245. Recuperado em 04 de junho de 2020, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024795016>

Figuera, J. & Viero, E. V. (2005). Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista da SBPH*, 8(2), 51-63. Recuperado em 07 de junho de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200005&lng=pt&tlng=pt.

Fleury, S. & Ouverney, M. (2012). Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª. ed., pp. 25-58). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Fongaro, M. L. H., & Sebastiani, R. W. (2013). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (reimpr. 1. ed., PP. 05-68). São Paulo: Cengage Learning.

Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa* (6 ed.). São Paulo: Atlas S. A.

- Haberkorn, A. (2006) Atuação Psicológica na UTI. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C.; Lopes, S. R.A. (Orgs). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. (pp. 99-108) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hermes, H. R., & Lamarca, I. C. A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2577-2588. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012>
- Leavell H. & Clark E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. McGraw-Hill Inc., São Paulo. 744 pp.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 8 ed. São Paulo: Atlas.
- Marinho-Araujo, C. M.. (2016). Inovações em Psicologia Escolar: o contexto da educação superior. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(2), 199-211. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000200003>
- Santos, G.C. & Alves, R. S. F. (2017). *Arte, Essência e Ciência dos Cuidados Paliativos Pediátricos*. Curitiba: CRV.
- Santos, N. C. A., Slonczewski, T., Prebianchi, H. B., Oliveira, A. G.; Cardoso, C. S.(2011). Interconsulta psicológica: demanda e assistência em hospital geral. *Psicologia em Estudo*, 16(2), 325-334. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000200016>
- Saupe, R.; Cutolo, L. R. A. ; Wendhausen, A. L. P. & Benito, G. A. V. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(18), 521-536. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000300005>
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(Suppl. 1), 50-55. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000700010>

- Sebastiani, R. W. (2014). Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva latino-americana. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning (pp.271-292).
- Silva, D. S.; Rocha, E. P. & Vandenberghe, L. (2010). Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. *Temas em Psicologia*, 18(2), 335-343. Recuperado em 10 de junho de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, M. A. M.; Pinheiro, A. K. B.; Souza, A. M. A. & Moreira, A. C. A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 596-599. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300027>
- Silva, R. B., & Carvalhaes, F. F. de. (2016). Psicologia e Políticas Públicas: impasses e reinvenções. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p247>
- Solla, J. & Chioro, A. (2012). Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (2ª ed., pp.547-576). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Tesser, C. D. (2017). Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção?. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1-9. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000041>
- Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2005). Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *Psico*, 36(3). Recuperado em 21 de janeiro de 2020, de <http://www.ufrgs.br/museupsi/lafec/27.pdf>
- UEPB. Universidade Estadual da Paraíba (2016). *Projeto pedagógico de curso PPC: Psicologia (Bacharelado)*. Universidade Estadual da Paraíba CCBS. Núcleo docente estruturante. Campina Grande: EDUEPB. Recuperado em 23/01/2020, de: <http://proreitorias.uepb.edu.br/prograd/download/0101-2016-PPC-Campus-I-CCBS-PsicologiaANEXO.pdf>

Yamamoto, O. H. Trindade, L. C. B. O. & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13, 217-246. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642002000100011>

Yamamoto, O.H. & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. especial, p. 9-24 <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>

– CAPÍTULO 3 –

REPERCUSSÕES DA PSICOLOGIA DA SAÚDE E PSICOLOGIA HOSPITALAR NA PRÁTICA DE PSICÓLOGOS EM HOSPITAL: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

1.0 – INTRODUÇÃO

O campo da Psicologia da Saúde é marcado por uma diversidade de definições (Piña & Rivera, 2006), terminologias (Almeida & Malagris, 2011), aplicabilidades (Díaz Facio Lince, 2010) e reivindicações sobre o seu nascedouro (Alves et al., 2017), compondo uma conjuntura de diferentes formas de atuação profissional. Apesar de seu surgimento estar vinculado a um contexto de transição epidemiológica, contestação dos modos de saber-fazer em saúde e críticas à psicologia clínica tradicional, cada país apresentou enfoques e formas de intervenção variadas (Borges & Baptista, 2018).

Para Morales Calatayud (2012), os países latino-americanos sofreram influências da origem anglo-saxã da Psicologia da Saúde, avançando na compreensão e atenção das problemáticas, muito embora estejam bastante atrelados com modelos que enfatizem a doença, os indivíduos e o biológico, por exemplo. Segundo o autor, apesar da expansão progressiva, a Psicologia da Saúde na América Latina apresentou diferentes níveis de maturação, havendo países que, resguardadas suas especificidades, tiveram um desenvolvimento mais cedo do campo, como é o caso de Cuba, México, Brasil e Colômbia.

Conforme nos mostra Sobrosa et al. (2014), no Brasil o desenvolvimento inicial da Psicologia da Saúde ocorreu em hospitais, sendo expandida a partir dos anos 1990, para serviços e contextos voltados à saúde de indivíduos e comunidades, a exemplo dos programas de Saúde da Família (PSF's), das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em decorrência de sua origem em hospitais, o Brasil cunhou o termo “Psicologia Hospitalar”, causando confusões entre esta última e a Psicologia da Saúde (Castro & Bornholdt, 2004).

Nesse sentido, dependendo da literatura adotada, a “Psicologia Hospitalar” pode ser considerada e tratada de diversas maneiras: como especialidade da psicologia (CFP, 2007), subárea da Psicologia da Saúde, abrangendo a atenção secundária e terciária (Castro & Bornholdt, 2004) ou ainda, um termo inadequado, pois designa o local de atuação profissional (Yamamoto & Cunha, 1998), configurando-se, assim, numa nomenclatura que traz divergências perante os estudiosos da área.

O fato é que a inserção da Psicologia da Saúde em solo brasileiro trouxe dubiedades no posicionamento dos psicólogos, exigindo monitoramento e reformulação contínuos em seu exercício, com vista a manter sua prática eficaz, eficiente e efetiva às demandas diárias. Como fatores que contribuíram para diferentes percepções de atuação, pode-se citar: a peculiar estruturação do campo no Brasil (Castro & Bornholdt, 2004), a formação acadêmica oferecida aos profissionais (Dimenstein & Macedo, 2012), a mudança para o contexto da saúde pública sem uma reflexão crítica de sua atuação (Yamamoto & Oliveira, 2010), bem como a discordância entre autores a respeito da delimitação da Psicologia da Saúde como campo do conhecimento (Alves et al., 2017).

Esta pesquisa se propôs a investigar a Psicologia da Saúde sob o prisma da Teoria das Representações Sociais (TRS), utilizando como grupo de referência, os psicólogos atuantes em hospital de uma cidade na Paraíba - PB. A escolha pelo contexto hospitalar se deve, como já explanado, pelo próprio histórico da Psicologia da Saúde em território brasileiro, além de no hospital poder-se verificar com maior ênfase o embate entre a Psicologia da Saúde e o que se convencionou chamar de “Psicologia Hospitalar”, inserindo mais uma variável ao rol de representações.

Já a escolha pela TRS, como forma de enxergar os delineamentos e dinâmicas da realidade esboçada, encontra justificativa pela complexidade de seu objeto representacional, ou seja, a Psicologia da Saúde. Diante da multiplicidade de visões abarcadas por esse campo psicológico, não é possível apresentar uma concepção fechada sobre ela. Assim, até o presente momento, torna-se mais prudente a admissão de múltiplas representações, além de verificar como estas tem se expressado de maneira prática em uma instituição específica.

Entendida como um corpo de conhecimentos fundado numa perspectiva psicossociológica, as Representações Sociais (RS) são definidas como um conceito e um fenômeno (Vala & Castro, 2013). Segundo os autores, correspondem a uma partilha coletiva de saberes, mas principalmente um modo de produção com regulação social e uma função comunicacional e comportamental. Atua na construção de um objeto e expressão de um sujeito e também enquanto problema social e objeto de investigação (Vala & Castro, 2013).

Nesse sentido, as Representações Sociais (RS) tem como características: a) ser um complexo organizado e estruturado, no qual seus elementos se relacionam de forma interdependente; b) ser compartilhado por um grupo social, muito embora possua um consenso relativo, parcial e limitado; c) ser produzido coletivamente pela comunicação e interação de seus elementos, bem como; d) possuírem uma utilidade social, ao auxiliar na compreensão e transformação da realidade (Rateau & Lo Monaco, 2013).

Uma representação social é constituída por um objeto, um sujeito e um contexto (Jodelet, 2009). Segundo a autora, não existe indivíduo isolado, nem pensamento dissociado da realidade, havendo sempre uma representação antiga que vai reformulando sua percepção e conteúdo na interação com outros sistemas de ideias. Portanto, a TRS, também se propõe a estudar o processo de inserção de novos conhecimentos e práticas ao escopo de ideias e saberes já estabelecidos em sociedade (Moscovici, 2015). É nesse sentido, que o autor afirma ser finalidade das representações sociais “tornar familiar algo não familiar, ou a própria não familiaridade” (p. 54).

Para Moscovici (2015), as percepções, ideias e atribuições acerca do mundo são entendidas como respostas aos estímulos do ambiente natural, físico e social em que a pessoa está inserida, fazendo o indivíduo recorrer às suas experiências, aos conhecimentos adquiridos no interior de seus grupos e pelas normas culturais, com vista a, por meio de processos cognitivos e simbólicos, elaborar representações sociais. Constrói-se um sistema que classifica, valida, reforça, mas também renega comportamentos e atitudes na vida cotidiana (Jodelet, 2009; Moscovici, 2015).

Aplicando os conceitos da TRS ao cenário da pesquisa, é possível inferir que, o psicólogo ao se deparar com o campo da Psicologia da Saúde e, mais especificamente com o contexto de atuação hospitalar, se vê obrigado a acessar os conhecimentos teóricos e práticos conquistados durante sua formação acadêmica e atuação profissional. Também se vê confrontado com a cultura institucional do hospital, a própria identidade pessoal e profissional, bem como as interações efetuadas com os membros da equipe multidisciplinar e de sua própria categoria, na busca por verificar as representações que possui e as transformações a serem efetuadas na inserção de novos elementos.

Por estar diariamente rodeado por diversas pessoas, com diferentes graus de instrução, entrando em contato com um leque de conhecimentos que abrangem desde o senso comum até o de caráter científico, o psicólogo faz parte de um grupo que legitima conceitos, posturas, comportamentos e práticas tidas como familiares. A Psicologia da Saúde seria o objeto representacional envolto em crenças e pensamentos que estabelecem um embate entre o familiar e o não familiar, o conhecido e o desconhecido, sendo adotado (ou não) como referencial teórico-prático em um contexto que transcende a ambiência física do hospital. Nesse sentido, é possível que a Psicologia da Saúde surja como um elemento novo e, portanto, estranho aos psicólogos na medida em que propõe, segundo Alves et al. (2017) a reformulação dos sentidos e práticas do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva biopsicossocial do fenômeno. Essas novas ideias são submetidas ao crivo dos esquemas

prévios dos psicólogos que, conforme Chiattonne (2014), historicamente, estão mais familiarizados com os preceitos da clínica tradicional.

Assim, são funções das representações sociais: a) contribuir para processos de edificação de condutas (opiniões, atitudes e estereótipos); b) orientar comunicações sociais (Moscovici, 2015); c) definir uma identidade, permitindo a preservação das especificidades grupais e o controle social dos seus membros pela coletividade, bem como; d) justificar e explicar condutas e comportamentos diante de uma situação ou perante outros colegas, promovendo a diferenciação social entre grupos (Abric, 2013).

Para Moscovici (2015), as representações sociais são formadas a partir de dois processos sociocognitivos, intrinsecamente relacionados e não sequenciais, que permitem verificar a elaboração e funcionamento das mesmas, são eles: a objetivação e a ancoragem. A objetivação constitui o processo no qual as ideias e pensamentos sistematizados são selecionados, materializados em imagens dotadas de sentido e naturalizadas como parte da realidade (Moscovici, 2015). Consiste na seleção de aspectos e na formação de um núcleo figurativo, capaz de tornar concreto, conceitos abstratos (Castorina, 2016).

Esta seleção ocorre por meio de critérios culturais, referentes às diferentes condições de acesso à informação enfrentada por cada grupo, além de critérios normativos que retêm as informações, proporcionando a coerência com os sistemas de valores grupais (Nóbrega, 2003). Assim, a representação se organiza por meio de conceitos básicos padronizados, sendo este seu elemento mais estável (Moscovici, 2015). Os conceitos são materializados e incorporados pela realidade como uma categoria natural (Moscovici, 2015). O abstrato adquire concretude por meio de imagens e metáforas, bem como a percepção torna-se realidade, ocorrendo a equivalência entre o real e os conceitos (Vala & Castro, 2013), transformando em um objeto, aquilo que é representado (Nóbrega, 2003).

No que diz respeito à ancoragem, Moscovici (2015) salienta a forma que os conhecimentos estranhos ou até perturbadores são incorporados em um sistema de categorias, sendo classificados com base em um paradigma considerado adequado, permitindo nomeá-los, imaginá-los e representá-los. Como enfatiza Vala e Castro (2013), a ancoragem perpassa o processo da objetivação, possuindo etapas anteriores e posteriores a esta.

Os elementos estranhos às representações são classificados, comparados e categorizados, com vista à sua familiarização e dominação, tendo como parâmetro modelos rotineiros ou arcaicos, formados por experiências e esquemas de pensamento já estabelecidos (Nóbrega, 2003). Na ausência de uma representação específica para o desconhecido, uma representação existente é utilizada na nomeação e entendimento (Castorina, 2016). As

representações sociais de um grupo ou sociedade estão imersas em uma rede de significações, que conferem para a ancoragem a ação e o sentido aos acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos e fatos sociais, possibilitando as RS ancorar o não familiar, o imprevisto e o desconhecido (Vala & Castro, 2013).

Dessa forma, esta pesquisa acredita que a Psicologia da Saúde pode atuar nesse exercício de reformulação, ao entrar em contato com os saberes já estabelecidos previamente, vindo incidir sobre o profissional, nas suas significações e na disponibilidade deste em redimensionar ou não sua prática profissional e todas as conjecturas associadas a esta.

Nesse sentido, a pesquisa tem por objetivo analisar as representações sociais elaboradas por psicólogos atuantes em hospital acerca da Psicologia da Saúde, buscando identificar as concepções do público-alvo sobre essa temática, além de verificar se e como essas representações interferem na prática do psicólogo em contexto hospitalar.

2.0 – MÉTODO

Caracteriza-se como uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, mas também um estudo exploratório (Marconi & Lakatos, 2017) e descritivo (Gil, 2017), tendo como local de investigação um hospital de urgência e emergência de uma cidade na Paraíba- PB. A instituição escolhida se mostrou viável para o estudo de representações sociais pelo fato de concentrar um maior número de psicólogos, em comparação com outros hospitais da rede de saúde, possibilitando a interação entre seus membros, o compartilhamento de informações e a apreensão de ideias e posturas em uma realidade específica.

A amostra da pesquisa foi selecionada de forma não probabilística e por acessibilidade, obedecendo, também aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no projeto. Assim, a amostra foi composta por todos os psicólogos da instituição estudada que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, o que correspondeu a 12 profissionais (N=12). Foram incluídos no *N* amostral, os profissionais com pelo menos um ano de serviço na instituição, vinculados diretamente com a saúde e que tenham consentido tanto a participação na pesquisa, quanto a gravação de sua voz. Da mesma forma, foram excluídos os profissionais inseridos no hospital, atuantes no setor organizacional, bem como aqueles que atuavam no serviço por um período inferior ao estabelecido e que se recusaram a assinar os termos de consentimento e de gravação de voz.

O grupo de psicólogos foi formado quase que exclusivamente por pessoas do sexo feminino (n=11) com idades entre 35 e 54 anos, cuja graduação ocorreu há 17,75 anos em

média. O tempo médio de carreira dos profissionais foi de 14 anos, dos quais 7,5 se referiram à atuação no hospital da pesquisa, existindo aqueles profissionais que desempenhavam atividades paralelas. Todos trabalhavam no hospital por regime de plantão fixo, sendo cinco psicólogos em escala de 12 horas (dois dias na semana) e sete profissionais, em escala de 24 horas (um dia na semana), havendo complementos no final de semana, quando necessário, com vista atingir 120 horas por mês. Apenas dois psicólogos atuavam por contrato de trabalho, ao passo que os demais tinham vínculo empregatício decorrente de concurso público.

Como instrumentos metodológicos fez-se uso de um questionário, de uma entrevista semiestruturada e de um diário de campo. As informações advindas dos dois primeiros instrumentos foram submetidas à análise da enunciação de Bardin (2011) e discutidas à luz da Teoria das Representações Sociais de Moscovici (2015). Enquanto as impressões dos pesquisadores tiveram seu registro no diário de campo, como forma de complementar os resultados. Cada instrumento foi aplicado individualmente, na presença dos pesquisadores, sendo todo o processo de aplicação gravado em aparelho de áudio.

A escolha pela técnica da enunciação se deu pelas características que lhe são próprias: o entendimento de que a comunicação é um processo, bem como seu modo de organização que desvia das estruturas e elementos formais (Bardin, 2011). Assim, cada relato dos participantes foi tratado como uma narrativa única, além de ter preservado em sua construção as repetições, silêncios e atos falhos, por exemplo, como recomendado pela autora. Dessa forma, o material das gravações foi submetido às etapas descritas por Bardin (2011), ou seja, transcrição integral das falas, a escansão dos períodos em segmentos dotados de significado, bem como o agrupamento das ideias em categorias.

Com vista à visualização do fluxo de ideias que possibilitou a estruturação e o desenvolvimento das representações sociais aqui expostas, optou-se por fazer uso da técnica das árvores de associação de sentidos (Spink & Lima, 2013). Apesar de as autoras idealizarem a técnica no contexto das práticas discursivas, a presente pesquisa vem utilizar a técnica como recurso meramente visual, por acreditar que pode auxiliar os leitores na compreensão de como se deu os resultados do estudo.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, via Plataforma Brasil, obedecendo ao que determina as resoluções nº 510/2016 (Brasil, 2016) e nº 466/2012 (Brasil, 2012). O parecer favorável a sua execução está sob o registro CAAE 15900919.9.0000.5187.

3.0 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção abriga as informações apreendidas durante o processo de categorização de Bardin (2011), e denotam duas grandes categorias, as quais estão alinhadas com os objetivos da pesquisa. A primeira delas foi denominada de “Concepções acerca da Psicologia da Saúde”, por agrupar as concepções dos psicólogos sobre esse campo do conhecimento, juntamente com as RS da “Psicologia Hospitalar”. A segunda categoria, por sua vez, recebeu a denominação de “Concepções acerca da atuação psicológica em hospital”, na medida em que foram reunidos os fatores que vieram a interferir na prática do psicólogo em contexto hospitalar. A distribuição das categorias encontra-se pormenorizada na tabela seguinte.

Tabela 07

Distribuição das categorias submetidas à análise da enunciação

Categoria	Componentes da categoria	Subcomponentes da categoria
Concepções acerca da Psicologia da Saúde	Definições da Psicologia da Saúde	Antônimo de Psicologia Hospitalar
		Sinônimo de Psicologia Hospitalar
		Complemento de Psicologia Hospitalar
	RS da Psicologia Hospitalar	Psicoterapia breve
		Hospital
Concepções acerca da atuação psicológica em hospital	Dinâmica Hospitalar	<i>Setting</i> terapêutico
		Alta rotatividade dos pacientes
	Pacientes em condições específicas	Pacientes em ala pediátrica
		Pacientes entubados em UTI adulto
		Pacientes em coma na UTI adulto

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Na primeira categoria, tanto a Psicologia da Saúde quanto a “Psicologia Hospitalar” são discutidas e comparadas entre si, buscando detectar e analisar a ocorrência de representações sociais. Na segunda categoria, são discutidas a dinâmica hospitalar e o atendimento aos pacientes em condições específicas, buscando verificar se a compreensão dos psicólogos sobre esses fatores tem influência das RS da “Psicologia Hospitalar” e quais são suas repercussões práticas. Por motivos exclusivamente didáticos, tanto a primeira quanto a segunda categorias serão apresentadas e discutidas separadamente.

3.1 – Concepções acerca da Psicologia da Saúde

Figura 01 – Árvore de associação de sentidos: Definições da Psicologia da Saúde

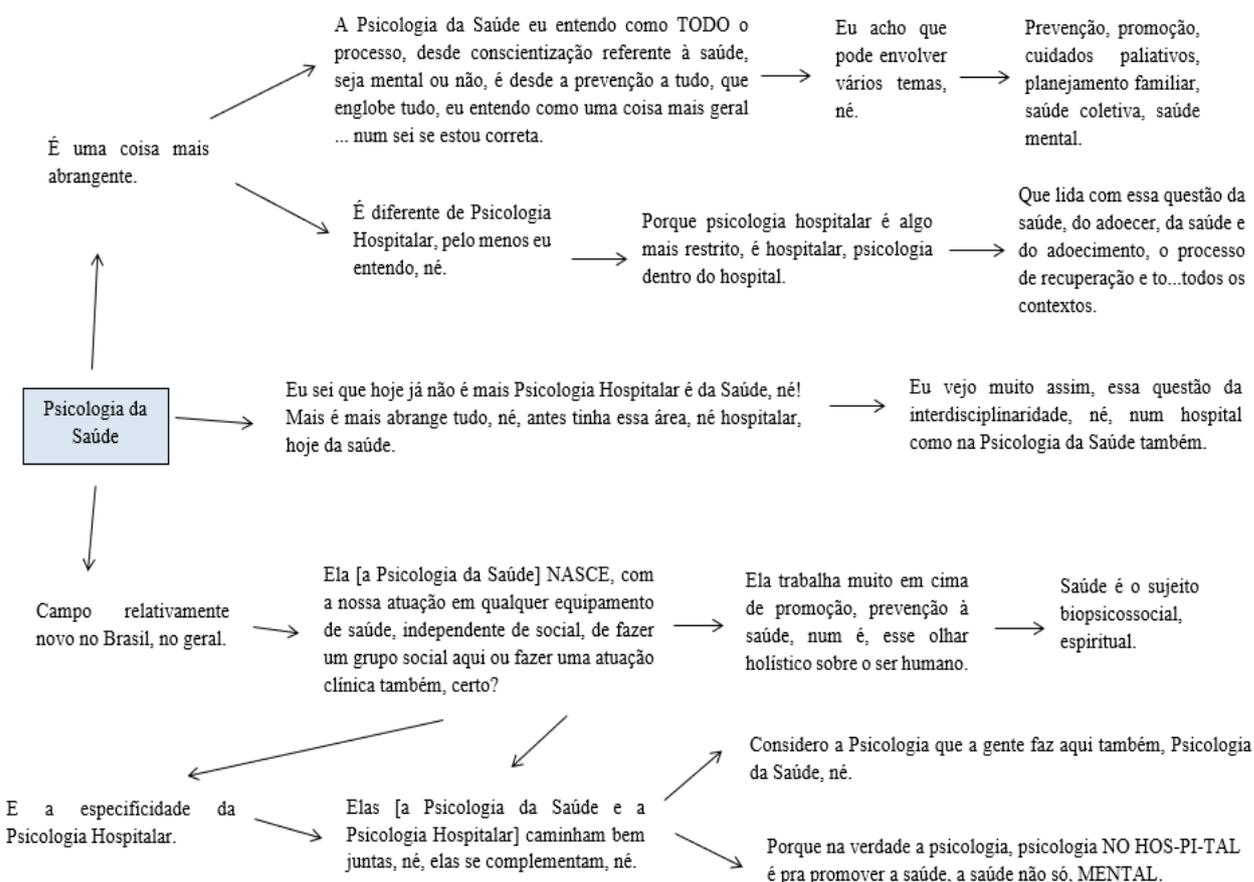
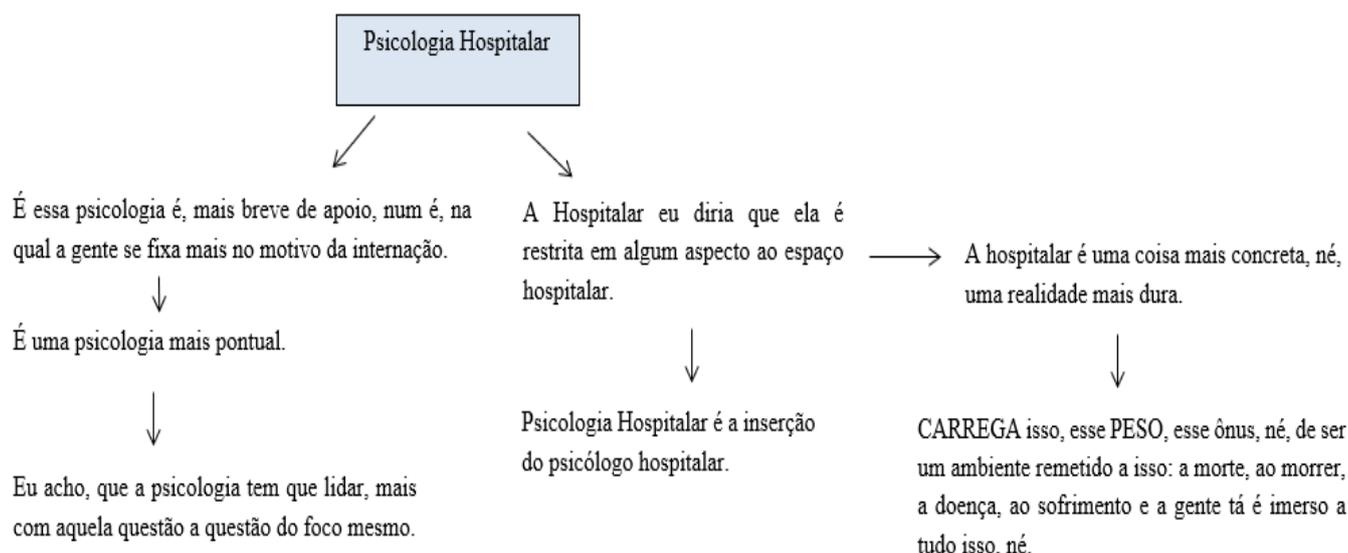


Figura 02 – Árvore de associação de sentidos: Representações Sociais da Psicologia Hospitalar



A categoria intitulada “Concepções acerca da Psicologia da Saúde” diz respeito às discussões presentes nas figuras 01 e 02. Essas ilustrações referem-se às árvores de associação de sentidos em que estão reunidas, respectivamente, as falas sobre a Psicologia da Saúde e a “Psicologia Hospitalar”. Na primeira árvore, é possível perceber a existência de três grandes linhas narrativas, a serem explicadas mais adiante, enquanto que na árvore da figura 02 podem-se visualizar duas linhas narrativas. A presença da “Psicologia Hospitalar” em uma categoria destinada à Psicologia da Saúde encontra justificativa na própria relação que as duas terminologias adquiriram no Brasil, conforme já explicado na introdução deste estudo.

Ao se efetuar uma comparação entre as figuras 01 e 02, percebe-se que as mesmas funcionaram como pares opostos. Na primeira figura, a Psicologia da Saúde foi tratada como um campo recente, amplo e teórico, envolvendo temáticas como: prevenção de doenças, cuidados paliativos, saúde coletiva, planejamento familiar, bem como processos de conscientização acerca da saúde tanto física quanto mental. Já na segunda, a “Psicologia Hospitalar” foi concebida como algo mais antigo, concreto, prático e restrito, muito associado ao contexto e cotidiano do hospital, misturando a si, representações próprias do local de atuação, como doença, morte, sofrimento, hospitalização, mas também referentes à técnica da psicoterapia breve de apoio.

Nesse sentido, um dos primeiros elementos que chama atenção, principalmente, no que se refere às representações sociais é o caráter teórico (e porque não dizer abstrato) da Psicologia da Saúde. Ao se analisar as falas dos participantes, na figura 01, vê-se que a Psicologia da Saúde não possui, para os psicólogos da amostra, uma aplicabilidade prática no contexto hospitalar, estando ainda no nível dos conceitos e das ideias mais gerais sobre saúde e prevenção. Já os discursos referentes à “Psicologia Hospitalar” (figura 02) aparentaram possuir ancoragens e objetivações, ao demonstrarem ideias sistematizadas, com incorporação nas práticas profissionais, ditando formas de atuação e comportamentos adotados no hospital.

Assim, amparado em Sá (1998), parece que a Psicologia da Saúde não possuiu uma representação social formada para o grupo de psicólogos pesquisados. De acordo com o autor, para que um objeto possa gerar RS é necessário, dentre outras características, que o mesmo esteja de forma consistente nos comportamentos e comunicações do grupo que se está pesquisando. É o que Sá (1998) denomina de “relevância cultural ou espessura social” (p. 45).

Conforme os apontamentos do mesmo autor, é provável que os próprios instrumentos metodológicos tenham incitado os participantes a refletirem acerca do objeto de pesquisa, sem que os sujeitos tenham um pensamento sistematizado sobre este. No caso da pesquisa aqui relatada, as perguntas do questionário e da entrevista em relação à Psicologia da Saúde podem

ter estimulado os participantes a refletirem sobre um assunto do qual eles pouco ou nenhuma vez tenham se debruçado com afinco.

Dessa forma, parece compreensível que ao não conseguirem materializar o referencial da Psicologia da Saúde ao contexto hospitalar, a área de abrangência da primeira tenha ficado bastante circunscrita à atuação em outros serviços de saúde. Os aspectos de visão holística do ser humano, saúde multideterminada, bem estar, promoção da saúde e prevenção de doenças aparentaram ter uma associação mais direta e fácil com as práticas profissionais da atenção básica, em detrimento do nível de atenção terciário.

Enquanto a Psicologia da Saúde pareceu não possuir uma representação social, o mesmo não se pode dizer da “Psicologia Hospitalar”. Esta última, conforme observado na figura 02, se mostrou mais consistente e definida, sobressaindo-se em relação à Psicologia da Saúde em razão de diferentes motivos. Primeiramente, acredita-se que é possível falar em uma Representação Social da “Psicologia Hospitalar”, na medida em que o principal comportamento dos psicólogos se viu materializado no uso da técnica da psicoterapia breve, conforme explanado anteriormente.

A ligação entre “Psicologia Hospitalar” e psicoterapia breve, presente na primeira linha narrativa da figura 02, pareceu funcionar de forma semelhante ao que Moscovici (2015) denominou imagem e significação. Para o autor, uma RS se expressa quando ocorre a equivalência mútua entre uma imagem e uma ideia. Assim, a imagem da psicoterapia breve se encaixa nas ideias acerca da “Psicologia Hospitalar”, de tal forma, que a técnica psicológica acaba por explicar que concepção os participantes possuem da segunda.

A associação entre uma e outra também revela, inclusive, a qual representação anterior a “Psicologia Hospitalar” teria se incorporado, quando ainda era considerada uma ideia ou conceito novo em busca de sistematização e incorporação aos esquemas prévios dos entrevistados: a perspectiva clínica. A “Psicologia Hospitalar”, portanto, na visão dos entrevistados, esteve ancorada em um viés clínico/psicoterápico proveniente da representação ao qual se vinculou. Mas que, por se desenvolver em um hospital, um ambiente ao qual o psicólogo parece ainda não estar familiarizado totalmente, se viu na necessidade de sofrer adequações, no tempo de intervenção e no foco das problemáticas, conforme simbolizado na palavra “breve” que definiu a técnica psicológica, que por sua vez, caracterizou para os participantes a “Psicologia Hospitalar”.

É provável que a adoção da “Psicologia Hospitalar” como um objeto de RS encontre explicação no que Spink (2018) diz ser uma tradição brasileira de nomear áreas por meio dos locais de trabalho. Essa tradição, observada na segunda linha narrativa da figura 02, pode ter

facilitado a objetivação do conceito, ao também possibilitar uma associação com a estrutura arquitetônica do hospital, bem como o cotidiano e as demandas hospitalares.

Pode-se inferir que, assim como a psicoterapia breve e a “Psicologia Hospitalar” funcionaram como imagem e significação, a associação da “Psicologia Hospitalar” com o hospital cumpriu o mesmo papel. Ela veio servir, para os participantes, como elemento que torna o fenômeno familiar, melhor delimitado e de fácil apreensão das ideias e posturas adotadas. A associação direta com o hospital, inclusive, ganha uma relevância e presença ainda maior pelo fato de os instrumentos metodológicos serem aplicados no local em que os psicólogos atuavam. Dessa forma, a “Psicologia Hospitalar” foi uma representação que, para os psicólogos entrevistados, esteve ligada a duas imagens, cujas significações estão intrinsecamente relacionadas.

A Psicologia da Saúde, nesse interim, e, possivelmente, graças ao estímulo dos instrumentos metodológicos, pareceu provocar nos psicólogos uma necessidade de, por meio de diversas tentativas, buscar vincula-la com a “Psicologia Hospitalar”, com o intuito de fornecer alguma resposta para os pesquisadores. De acordo com os discursos da figura 01, os participantes, portanto, estavam se esforçando para encaixar ideias esparsas (Psicologia da Saúde), em um conjunto prévio e organizado de pensamentos sistematizados (a “Psicologia Hospitalar”), mas que não pode ser considerado um processo de ancoragem ou de objetivação.

Faltou para a Psicologia da Saúde, além da característica da relevância cultural ou espessura social propostas por Sá (1998), as condições indutoras das RS descritas por Moscovici (2015), como: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência. No que se refere à dispersão, não se pode considerar que o grupo de psicólogos estava imerso em uma grande quantidade de informações acerca da Psicologia da Saúde, as quais seriam posteriormente selecionadas e materializadas.

O contato dos psicólogos com esse campo do conhecimento ocorreu de forma tangencial, tardia e pontual advindo de leituras paralelas, capacitações, mestrados e/ou especializações que traziam temáticas de prevenção e saúde pública, por exemplo, mas não enfocavam uma Psicologia da Saúde em si. O fato de os profissionais apresentarem uma média de 17,75 anos de formados, impediu o alcance na graduação de disciplinas específicas, bem como de discussões apoiadas sob a ótica da Psicologia da Saúde.

A Psicologia da Saúde também não foi capaz, ainda, de despertar interesse na amostra como um todo, a ponto de serem escolhidos os aspectos mais relevantes do objeto e que caracterizariam a etapa da focalização. Além do mais, sem o cumprimento das condições anteriores, não foi possível a existência de uma opinião dominante/hegemônica, a qual os

demais membros do grupo se vejam impelidos a seguir, e que caracterizaria a pressão à inferência.

Essa busca dos participantes em fornecer uma resposta ao que os pesquisadores perguntaram, gerou o que Sá (1998) denomina de pseudorrepresentação, já que o objeto de pesquisa não cumpriu os requisitos necessários, perante o grupo pesquisado, para emergência de uma RS de fato. Essa pseudorrepresentação, segundo Sá (1998), possibilita a falsa impressão de que os participantes possuem uma representação formada do objeto da pesquisa.

Nessa pseudorrepresentação, foi interessante observar o exercício mental dos psicólogos, os quais se dividiram, em suas falas, ao colocar a Psicologia da Saúde enquanto antônimo, sinônimo ou complemento da “Psicologia Hospitalar”. Dessa forma, o que se encontrou de Psicologia da Saúde foram apenas *definições* sustentadas em um caráter mais recente, abrangente e teórico desta.

Conforme demonstrado na primeira linha narrativa da árvore 01, detectou-se uma concepção de pares opostos e excludentes, no qual, a Psicologia da Saúde seria diferente da Hospitalar pelo fato de a primeira se debruçar sobre aspectos da saúde, enquanto a segunda trata de aspectos do adoecimento e hospitalização. A primeira *definição*, portanto, se utiliza da separação entre saúde e hospital, concebendo este último como um local de doenças e ações curativas. Nesse sentido, a “Psicologia Hospitalar” seria adepta do modelo hospitalocêntrico que estruturou o campo no país (Sebastiani, 2014), enquanto a Psicologia da Saúde se voltaria para práticas de prevenção e promoção, tendo na Atenção Primária em Saúde (APS) sua aplicação prioritária, embora não exclusiva (Alves, 2008).

Na segunda linha narrativa da árvore 01, é possível verificar uma concepção em que a Psicologia da Saúde seria sinônimo da “Psicologia Hospitalar”. A definição se baseia na aproximação entre saúde e hospital e/ou uma redução da saúde ao contexto hospitalar. Pode ser um resquício histórico de uma época em que o hospital era tido como maior símbolo do atendimento em saúde (Werner Sebastiani & Chaves Maia, 2003). Soma-se a isso, a percepção de que as duas terminologias contam com o psicólogo enquanto parte integrante de equipes interdisciplinares.

Essa linha narrativa denota uma mudança de nomenclatura de “Hospitalar” para “Saúde” apenas por convenção, sem que houvesse reformulações conceituais e de práticas, nem considerasse a Psicologia da Saúde um objeto representacional próprio. Esta, na verdade, foi percebida como uma “Psicologia Hospitalar” que teve seu nome alterado.

Já na terceira linha narrativa da árvore 01, a saber, que trata ambas as denominações como pares complementares, o caráter mais teórico da Psicologia da Saúde interagiria com a

“Psicologia Hospitalar”, englobando esta última. É uma definição que se utiliza da ideia de saúde ampla e multideterminada, a qual para Alves et al. (2017) constitui o alicerce da Psicologia da Saúde.

Embora a atuação em diferentes equipamentos de saúde tenha sido citada, por alguns participantes, como uma das características da Psicologia da Saúde, a relação desta com uma visão holística, bem como a promoção e prevenção pareceu ser preponderante para as discussões em torno de uma ênfase teórica desse campo psicológico.

Para Alves et al. (2017) este se refere a um campo autônomo, mas também interdisciplinar ao fazer uso de conhecimentos de áreas diversas, sejam elas externas ou internas à própria psicologia. A propósito disto, os autores enfatizam que a Psicologia da Saúde vem ampliando as práticas de saúde, já que a promoção da saúde e a prevenção de doenças podem se materializar enquanto em um rol de possibilidades de atuação dirigidas aos três níveis de complexidade em saúde.

A definição trazida pela terceira linha narrativa procurou inserir no ambiente hospitalar elementos considerados novos para este, como prevenção e promoção, mas que ainda estão em um nível teórico e com pouca circulação de saberes. Como nos mostra Angerami-Camon (2010), embora seja uma instituição para promover saúde e cuidado, o hospital é compreendido como um ambiente gerador e potencializador de malefícios aos doentes.

É visto como centrado na doença, na supremacia do saber médico e no empobrecimento das relações entre profissional e doente (Gomes & Pergher, 2010). Apesar de órgãos governamentais e pesquisadores buscarem uma reformulação da representação hospitalar, enfatizando o hospital como um lugar de prevenção, promoção e humanização do cuidado, esse é um desafio ainda em implantação e que tem encontrado resistências (Brasil, 2013; Silva et al., 2011).

Observa-se, portanto, *definições* de Psicologia da Saúde que remetem a um campo recente, amplo e de ordem teórica, mas que se mostram bastante fragmentadas e confusas nos participantes quando buscam compará-la com a “Psicologia Hospitalar”. Parece nítido que a Psicologia da Saúde não faz parte do repertório cotidiano dos profissionais, sendo um elemento que não possui repercussão para os psicólogos em sua atuação em hospital. Aparenta, portanto, ser um elemento estranho à prática, existindo inclusive, uma participante que relatou, de maneira explícita, não saber do que se tratava a Psicologia da Saúde, esperando o gravador ser desligado para perguntar a que se referia determinado assunto.

As RS da “Psicologia Hospitalar”, por sua vez, como explanado anteriormente, aparentaram ter seus elementos advindos dos saberes eruditos da psicologia clínica. Existindo, inclusive, ocasiões em que ambas estiveram tão entrelaçadas que a “Psicologia Hospitalar” foi absorvida pela clínica completamente, não necessitando, para alguns participantes, de uma nomenclatura específica para sua definição.

Ao tentar responder ao objetivo geral da pesquisa, ou seja, quais as RS que o público-alvo possuiu sobre a Psicologia da Saúde, a resposta parece ser que não houve representações sobre esse campo psicológico, mas apenas *definições* bastante divergentes quanto à delimitação da Psicologia da Saúde. Os conhecimentos eruditos desse campo psicológico aparentaram não migrarem para o meio estudado, nem sofrerem uma circulação expressiva entre os participantes. As RS apreendidas foram a de uma “Psicologia Hospitalar” de vertente clínica e associada ao local de atuação.

Assim, as RS que repercutiram sobre a atuação do psicólogo não se referem à Psicologia da Saúde, mas sim dizem respeito ao esquema: “Psicologia Hospitalar” – clínica – hospital – psicoterapia breve. A forma como se deu essa repercussão na prática em hospital é o assunto do próximo tópico, em que será discutida a segunda categoria originária da análise da enunciação, ou seja, as “Concepções acerca da atuação psicológica em hospital”.

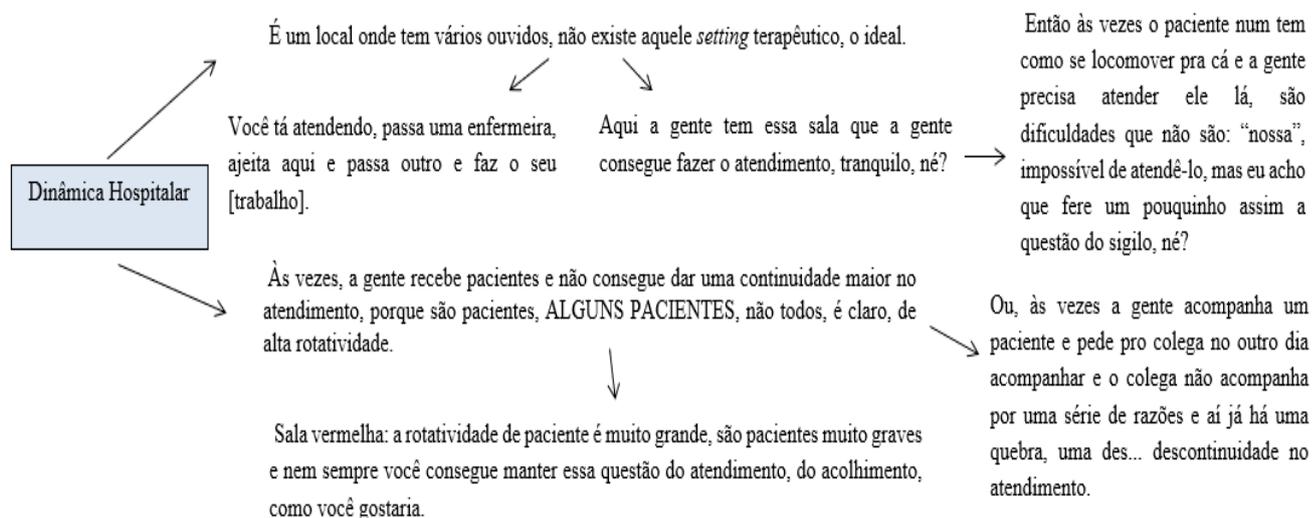
3.2 – Concepções acerca da atuação psicológica em hospital

Esta categoria reuniu as peculiaridades enfrentadas pelos participantes na sua atuação em hospital, buscando demonstrar como as RS apreendidas na categoria anterior vieram interferir na prática do psicólogo. Dessa forma, surgiram como componentes da segunda categoria: a própria dinâmica hospitalar e o atendimento de públicos com condições específicas. As discussões em torno da dinâmica hospitalar estão reunidas na árvore de associação de sentidos da figura 03, na qual é possível distinguir duas linhas narrativas. Já as informações referentes ao atendimento de públicos específicos foram distribuídas nas árvores das figuras 04, 05 e 06. A figura 04 reuniu as falas a respeito do atendimento de pacientes em ala pediátrica, ao passo que as ilustrações 05 e 06 trataram, respectivamente, dos pacientes entubados e daqueles em coma, ambos em contexto de UTI adulto.

Conforme observado na figura 03, a dinâmica hospitalar foi interpretada, por parte dos psicólogos, como um empecilho para a prática psicológica, em virtude de duas questões principais, tratadas nas linhas narrativas da árvore. Na primeira linha estão as falas referentes ao fato de os atendimentos acontecerem, muitas vezes, nas enfermarias, ferindo o sigilo e a

privacidade, além de deixarem os atendimentos mais susceptíveis à interrupção de outros profissionais. Já na segunda linha, as discussões disseram respeito à alta rotatividade dos pacientes, o que impediu a continuidade dos atendimentos, seja pelo psicólogo que percebeu a demanda ou pelos demais colegas de profissão que acompanham os casos.

Figura 03 – Árvore de associação de sentidos: Dinâmica Hospitalar



Observa-se nos trechos selecionados que, mesmo inserido em contexto hospitalar, este não parece ser um ambiente no qual parte dos psicólogos se sinta totalmente familiarizado e confortável em relação à rotina e o funcionamento. Para tanto, as características do consultório, em seus moldes clínico e privatista, são resgatados enquanto elementos familiares e facilitadores do trabalho do psicólogo, mas que, embora se tente, não são adequados para replicação no hospital.

Essas são algumas das situações em que as RS da “Psicologia Hospitalar” ao estarem ancoradas com a perspectiva clínica propiciaram estranhamentos e desconfortos no profissional de psicologia. A partir dessas circunstâncias, é possível pensar na característica de dinamicidade das representações sociais levantada por Moscovici (2015).

Assim, as RS da “Psicologia Hospitalar” se mostraram dinâmicas, talvez pelo fato de no interior da perspectiva clínica, coexistirem duas visões: uma de vertente mais tradicional e outra chamada de clínica ampliada. Dessa forma, no quesito de dinâmica hospitalar, as RS se alternaram entre uma vertente e outra, promovendo inúmeros embates entre si a depender da situação enfrentada.

É provável que, ao se referir à ambiência física do hospital, os psicólogos sintam falta de um *setting* terapêutico definido, em que o psicólogo e o paciente ficariam resguardados em uma sala, protegidos de qualquer barulho ou interrupção externa e com um controle maior acerca da condução do tratamento. Essa é uma das condições da clínica tradicional, impostas por Freud (1980), com vista ao desenvolvimento do vínculo terapêutico ou transferência, mas que no hospital é colocada em xeque.

Como bem aponta Chiattonne (2014) e Ismael (2005), no âmbito hospitalar o *setting* terapêutico é indefinido e peculiar, pois não é possível atingir esse ambiente ideal de confidencialidade e preservação da intimidade, realizando-se atendimentos em corredores, salas de espera, enfermarias, enfim, em todo o lugar onde exista o encontro do psicólogo com o doente. Sabe-se também que no hospital, o aprofundamento das temáticas é impossibilitado, em decorrência de uma alta hospitalar, transferência para outro hospital ou até mesmo, o óbito da pessoa atendida (Ismael, 2005).

Assim, ao perceberem a impossibilidade de um *setting* terapêutico clássico, os psicólogos pesquisados adequam a visão clínica aos preceitos da psicoterapia breve, mantendo o viés psicoterápico, mas adaptando a prática às circunstâncias hospitalares.

Ao analisar alguns discursos da figura 03, é possível perceber que, ao se reportarem à dinâmica hospitalar, os psicólogos podem se sentir limitados tanto em sua prática profissional quanto na condução dos casos atendidos. Eles reconhecem que o hospital impede a realização de um atendimento nos moldes tradicionais e por isso estes devem ocorrer no leito do paciente, com foco e duração específicos. Mas é uma adaptação que ainda causa incômodo em alguns psicólogos, os quais esboçaram certo alívio quando o paciente apresentava condições de se deslocar até a sala da psicologia.

Dessa forma, é importante destacar que, para os psicólogos pesquisados, a dinâmica hospitalar não impediu a realização do atendimento, mas apenas impôs dificuldades que foram superadas perante a relevância da intervenção psicológica, mesmo diante das características do ambiente. A mudança em sua prática pareceu ser muito mais motivada pelas barreiras institucionais do que um processo de conscientização a partir dos novos espaços que a psicologia conquistou com o decorrer dos anos.

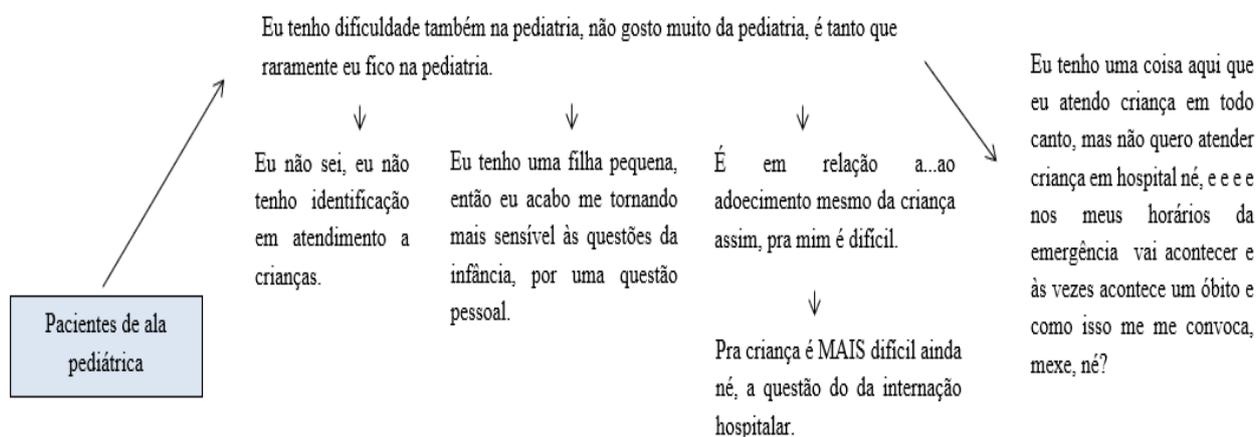
As RS de sua atuação no hospital continuam ancoradas na clínica, alternando entre uma concepção tradicional, objetivada quando o paciente é levado até a sala do psicólogo, e uma vertente mais ampliada, expressa na psicoterapia breve, em que o profissional se vê obrigado a fazer alterações em sua prática.

De acordo com o CFP (2019), o atendimento em enfermarias e demais localidades do hospital apresenta algumas especificidades a serem consideradas pelo psicólogo em sua atuação. Segundo a entidade, é preciso avaliar a condição emocional e orgânica do paciente no momento, bem como considerar: a disponibilidade da pessoa assistida/família para o atendimento, a dinâmica hospitalar e a presença de familiares. Assim, o órgão sugere adaptações ao *setting* terapêutico, flexibilidade metodológica perante o funcionamento do hospital e a preservação do sigilo dos familiares. O CFP (2019) propõe uma fuga dos modelos psicoterápicos tradicionais na busca pela atenção psicológica contextualizada e amparada na ética profissional.

Além da dinâmica hospitalar, os psicólogos relataram dificuldades no atendimento de públicos com condições específicas, estando se referindo aos pacientes de ala pediátrica, além das pessoas entubadas e/ou em coma no contexto de UTI adulto. Ao se analisar esses subcomponentes, por assim dizer, verificou-se a presença de fatores transferenciais, bem como a falta de manejo em situações cuja fala e a consciência do paciente estavam comprometidas.

Na árvore de associação de sentidos da figura 04, estão reunidas as falas sobre os pacientes em ala pediátrica. Nela é possível perceber que os aspectos de ordem transferencial propiciaram um desconforto, por parte dos profissionais, ao presenciar contextos de adoecimento e sofrimento infantil, embora também tenham sido notados processos transferenciais em circunstâncias de UTI adulto.

Figura 04 – Árvore de associação de sentidos: Pacientes em ala pediátrica



Como observado na figura 04, é possível que as RS acerca da “Psicologia Hospitalar”, ao estarem associadas com as RS acerca do hospital, ou seja, adoecimento, dor, morte, sofrimento e hospitalização, entrem em atrito com as concepções dos profissionais sobre a criança. A partir dos trechos presentes na árvore, vê-se que a criança seria o oposto de dor, sofrimento e morte, além de alguns profissionais se reportarem para o lugar de pais e lembrarem-se dos próprios filhos quando se dirigiram ao paciente da pediatria.

Dessa forma, um dos efeitos práticos dessa dificuldade nos atendimentos infantis foi a preferência por outros setores de atuação, que não a pediatria, quando da distribuição dos rodízios hospitalares, apesar de na emergência do hospital também poderem surgir atendimentos infantis. Foi uma representação que, ao se misturar com aspectos da vida pessoal dos profissionais se viu objetivada em uma dificuldade de atuação. Assim, a ala pediátrica, com raras exceções, tem sido designada para os psicólogos contratados, que possuem menor poder de escolha perante os profissionais de concurso público.

O aspecto afetivo das RS pareceu adquirir um posicionamento central nessa discussão. De acordo com Jovchelovitch (2008) o afeto é um dos componentes para o desenvolvimento de uma RS, ao se colocar na relação de uma pessoa com a outra. Para a autora, a ação provinda de uma representação social envolve, além de um processo cognitivo, as motivações, intenções, pensamentos e sentimentos de pessoas inseridas no meio social. Trazendo para a realidade da pesquisa aqui desenvolvida, o afeto pareceu ser determinante no comportamento de parte dos psicólogos em relação aos atendimentos originários da pediatria.

Conforme Calvetti, Silva e Gauer (2008), além das situações de estresse enfrentadas pelos profissionais da saúde em seu dia a dia, estes se encontram vulneráveis ao sofrimento de pacientes e familiares. Para os autores, os profissionais sentem a dor psicológica decorrente do processo de hospitalização, assim como as alegrias e tristezas provindas, respectivamente, da recuperação da criança e do falecimento de um paciente. O profissional de saúde, para os autores, tem que se deparar com sentimentos de onipotência e impotência, além de ter as expectativas da equipe, do paciente e da família, todas depositadas sobre ele.

Já no que se refere aos pacientes em contexto de UTI adulto, parte dos profissionais relatou falta de manejo nos casos em que a fala e a consciência estavam comprometidas, mais especificamente com os pacientes entubados, bem como aqueles em situação de coma. Esse foi um tema bastante divergente entre os psicólogos da pesquisa, trazendo questionamentos acerca da eficácia das intervenções e da possibilidade ou não de atuação nesses casos.

Figura 05 – Árvore de associação de sentidos: Pacientes entubados em UTI adulto

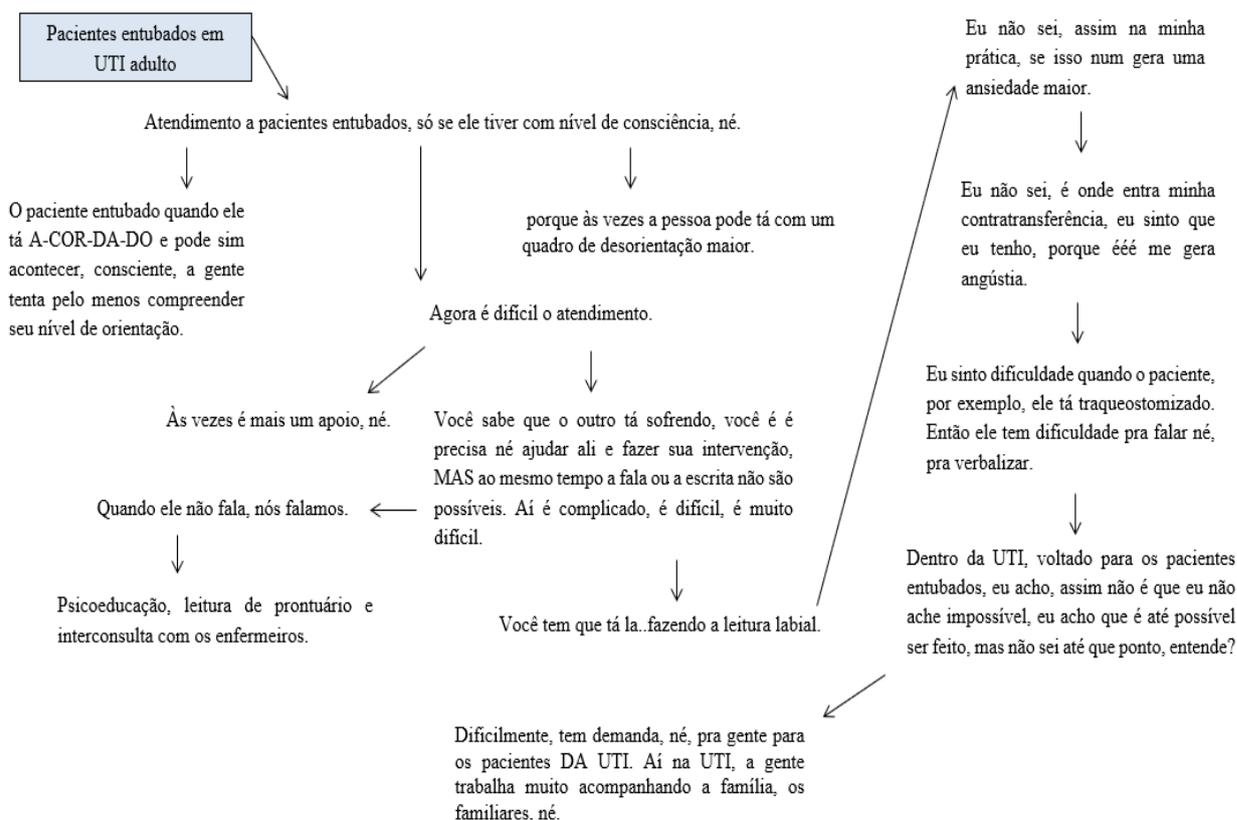
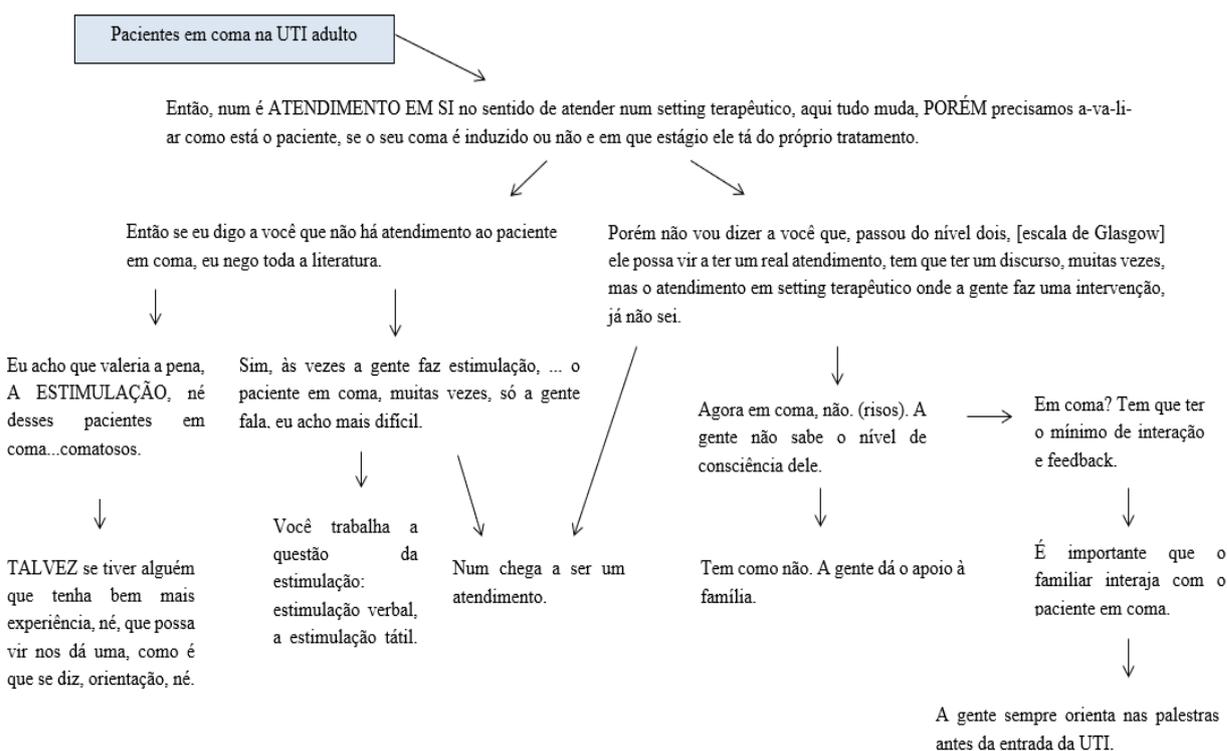


Figura 06 – Árvore de associação de sentidos: Pacientes em coma na UTI adulto



Ao comparar as falas das árvores de associação de sentidos descritas nas figuras 05 e 06, pode-se chegar à constatação que a raiz da problemática está na própria concepção de atendimento psicológico, a qual foi posta em debate. Para os psicólogos, um atendimento psicológico tem duas características principais: a interação verbal entre o profissional e a pessoa atendida, além da presença de algum nível de consciência e orientação do paciente.

Frente essa lógica, a atuação voltada ao paciente entubado, encontrada na árvore da figura 05, exigiu uma postura mais ativa do psicólogo durante o contato com o doente. Ao mesmo tempo em que foi vista por alguns como mais um apoio ou aconselhamento, denotando um sentido de menor utilidade da psicologia ou ainda de que haveria pouca coisa a se fazer nesses casos. Já em relação ao paciente comatoso (figura 06), as perspectivas pareceram ser ainda mais limitadas, sendo registradas reações de surpresa e riso, por parte de alguns profissionais, quando se perguntava acerca do atendimento para esse público.

Assim, é possível dizer que as RS da “Psicologia Hospitalar” podem não ter absorvido completamente os elementos que tratam das peculiaridades dos pacientes em contexto de UTI adulto. Talvez, porque as RS da “Psicologia Hospitalar” ao se ancorarem na vertente clínica tradicional ou ampliada, também deixam à mostra uma centralidade nas construções verbais do paciente e uma dependência no modo de intervenção, que analisa, prioritariamente, aspectos da fala do doente. Todas as abordagens teóricas dos participantes emergem do modelo clínico, e são, portanto, focadas na verbalização.

A perspectiva psicanalítica é um excelente exemplo, já que é uma escola firmada sobre atos falhos, chistes, sonhos e lapsos, para citar alguns. Autores como Fiorini (2004), ao se proporem a discutir a psicoterapia breve, elencam uma série de intervenções ao discurso do paciente, como interrogar, assinalar, pontuar, recapitular a fala, entre outras. Existe, portanto, uma carência dos cursos de psicologia acerca da atuação em contextos específicos da saúde, sendo importante a realização de pesquisas, no intuito de verificar como estão sendo colocados esses conteúdos nos projetos políticos pedagógicos e estruturas curriculares (Schneider & Moreira, 2017). Um desses contextos específicos que mereceria atenção seria a própria Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Frente uma carência de representações que dessem suporte aos psicólogos atuantes em UTI, vê-se, na figura 05, que a impossibilidade de fala do paciente, em decorrência do tubo respiratório foi um fator complicador para boa parte dos profissionais e que permeou sua prática. O uso da leitura labial, do piscar dos olhos e da escrita, quando possível, foram recursos que costumaram incomodar o psicólogo e gerar dúvidas acerca da validade de suas intervenções.

Embora os profissionais expressassem a relevância da intervenção junto dos pacientes entubados, muitas vezes a mensagem transmitida pelo paciente não foi compreendida pelo profissional, deixando ambos os atores nervosos ou ansiosos. Dessa forma, gerar ansiedade em um paciente foi considerado uma conduta iatrogênica, levantando questionamentos se o psicólogo não estaria mais atrapalhando do que ajudando nessas situações.

Em termos práticos, os psicólogos se dividiram acerca da atuação nessas condições especiais, objetivando seus esforços, muitas vezes, para o atendimento dos familiares, especificamente. Ter uma representação que as ações do psicólogo se ancoram primordialmente ao âmbito verbal pareceu limitar o potencial terapêutico da psicologia, além de demonstrar o quanto a formação profissional precisa avançar na busca por abranger casos específicos de atuação.

Favorecer a comunicação não verbal de pacientes entubados ou impossibilitados de falar é um dos objetivos do psicólogo intensivista (Pereira & Feliciano, 2012), devendo o profissional criar outras formas de comunicação com os pacientes (Simonetti, 2018). Todavia, conforme Almeida Junior (2014) existem poucas produções científicas em Psicologia que abordem técnicas e práticas ao paciente impossibilitado de falar, sendo uma temática já muito discutida em trabalhos da medicina, enfermagem e da fonoaudiologia. Em sua revisão integrativa, por exemplo, o autor encontrou trabalhos que citavam a lousa mágica e as pranchas de comunicação alternativa como uma das ferramentas de atuação.

Quanto à prática psicológica ao paciente comatoso, conforme a figura 06, esta pareceu provocar estranhamento em alguns psicólogos, justamente por se ancorarem também na lógica de atendimento tradicional. Enquanto uma parcela relatou ser possível tanto a estimulação das funções psíquicas (efetuada por familiares ou pelo psicólogo) quanto à estimulação tátil, outros conceberam como impossível intervir nessa condição, dirigindo suas ações à família do paciente. Dois participantes expressaram necessitar de capacitação para intervir nesses casos.

Somou-se com a impossibilidade de fala, o rebaixamento do nível de consciência do paciente e a falta de interação enquanto elementos estranhos à atuação do psicólogo em pacientes comatosos. Os psicólogos parecem se amparar nas definições neuropsicológica e psicológica da consciência trazidas por Dalgalarondo (2019). Na primeira, o autor trata a consciência como a condição de estar acordado, lúcido e em estado de vigília, enquanto que na segunda concepção se volta para a capacidade do indivíduo entrar em contato com a realidade e interagir com o ambiente e seus objetos.

O comprometimento da consciência, portanto, foi um empecilho, conforme a figura 06, pelo fato de os psicólogos estarem familiarizados com contextos de interação e mais especificamente, interação verbal. A atuação psicológica estaria ancorada no diálogo e na capacidade de gerar *insights* no paciente, o que em estados de coma se torna inviável. Haberkorn (2006) afirma que nos casos de coma grau I e II é possível pensar em uma atuação do psicólogo, a qual teria por objetivo: “estimular o contato com a realidade, propiciar sentimento de segurança e sensação de existência, orientar sobre rotinas realizadas (...), conscientizar sobre o esquema corporal e tentar colaborar na reversão do estado atual” (p.103).

Talvez, uma possibilidade de atenuar o estranhamento perante a atuação com os pacientes da UTI, sejam eles com tubo, traqueostomia ou em coma, seria ampliar a noção de atendimento, enquanto qualquer ação intencional e com objetivos predeterminados a ser dirigida ao paciente, família, equipe de saúde e instituição. Além de inserir elementos novos às representações dos psicólogos, para que estes se percebam mais firmemente como profissionais da saúde, aptos e qualificados a intervir sobre aspectos da saúde geral dos indivíduos, estimulando os sentidos do paciente em seu âmbito global, ao invés de focar apenas no psiquismo.

Esse é um longo caminho a ser percorrido, pois como nos mostra Castro e Scherer (2012), os demais profissionais de saúde também tem uma visão limitada de seu papel nos casos de coma, por exemplo. Em estudo realizado pelas autoras, estas perceberam que o contato das diversas categorias profissionais com o paciente em coma apresentou uma prevalência do manejo técnico em detrimento do manejo interpessoal. Esse último, segundo as pesquisadoras, capaz de viabilizar a estimulação e recuperação dos pacientes. Os psicólogos, no estudo das autoras, não manifestaram interesse em participar, sob a justificativa de não possuírem tempo, levantando o questionamento nestas acerca de como tem sido a inserção da psicologia na UTI e da hipótese desses profissionais apresentarem pouco conhecimento sobre os níveis de consciência.

4.0 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, é possível inferir que a psicologia tem pela frente a missão de superar diferentes desafios. O primeiro diz respeito à própria Psicologia da Saúde, que pareceu não adentrar de forma consistente no hospital, ao passo que foi encontrada uma “Psicologia Hospitalar” de vertente clínica. Vê-se com muita preocupação a dificuldade que a

Psicologia da Saúde enfrenta para ser inserida no contexto hospitalar, já que a circulação dos saberes sobre ela parece ter sido limitada no grupo de psicólogos pesquisados, tanto em relação à temática, quanto a sua aplicabilidade em hospital.

Será necessário para a consolidação de uma Psicologia da Saúde aplicável aos três níveis de complexidade, que pesquisadores e psicólogos se voltem na construção de práticas que possam penetrar a rigidez do hospital e se mostrem como ferramentas úteis aos profissionais inseridos nesse contexto. Também é importante que se pesquisem estratégias que fortaleçam uma promoção da saúde aplicada também ao contexto hospitalar.

O segundo desafio refere-se a “Psicologia Hospitalar”, que pode ser útil à Psicologia da Saúde no cumprimento do primeiro desafio, ao servir como um dispositivo prático aos psicólogos. Mas que para isso, precisa agregar à sua herança curativa, aspectos de promoção da saúde, prevenção de doenças e humanização do cuidado, tornando o hospital, de fato, uma instituição da saúde. Também é preciso equilibrar a influência da Psicologia Clínica sob a Psicologia da Saúde e a “Psicologia Hospitalar” para que outros modelos também possam ser absorvidos por esses dois últimos, apresentando o mesmo nível de relevância da vertente clínica.

Pode auxiliar nessa tarefa de equiparação das vertentes, estudos que se voltem para públicos específicos do hospital, a exemplo de pacientes em UTI adulto. Essas pesquisas precisam ampliar a noção de atendimento psicológico, enfatizando a comunicação como um processo amplo, que ultrapassa a interação verbal, permitindo o toque, a avaliação dos batimentos cardíacos em monitor, a respiração do paciente, o piscar de olhos e a leitura labial como algumas das ferramentas possíveis. Assim, o psicólogo poderá expandir o potencial terapêutico de seu trabalho, atingindo públicos mais específicos e aumentando a relevância de sua atuação para as demais categorias profissionais.

Em nível institucional, seria importante desenvolver processos de capacitação, bem como elaborar um protocolo de atuação aos psicólogos da UTI, com vista a orientá-los em sua prática. Como sugestão de aquisição de material, podem-se citar as pranchas de comunicação, que auxiliariam os psicólogos e demais profissionais tanto em contexto de UTI, como em outras situações em que a fala do doente possa estar comprometida, a exemplo dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (AVE). Faz-se relevante também a construção de protocolos direcionados aos outros profissionais, demonstrando o que é competência do psicólogo ou referente à outra categoria profissional, ou ainda, que abarcaria todos os profissionais da saúde.

Ainda em âmbito hospitalar, mostrou-se essencial durante a pesquisa, estudos que avaliem a saúde do trabalhador, dentre eles, o próprio psicólogo. Pois é perceptível o desgaste físico e emocional enfrentado por todos, interferindo diretamente na sua proatividade, qualidade de vida e atendimento de pacientes pediátricos, por exemplo. O hospital da pesquisa precisa levar em conta a possibilidade de ampliação de projetos como o “Cuidando do Cuidador” para que possam também abarcar o profissional de psicologia, como um público a ser atendido.

Espera-se que a pesquisa possa abrir caminho para novos estudos na área, reformulações didático-pedagógicas em universidades, bem como mudanças na dinâmica hospitalar. É importante que pesquisas sejam feitas em outros serviços dos diferentes níveis de complexidade, na verificação de realidades semelhantes ou não, bem como pesquisas futuras nesse hospital para constatação de alguma mudança da realidade.

É relevante também uma intensificação dos processos formativos em Psicologia da Saúde, com vista a superar a barreira da indiferença ou pouco interesse dos profissionais no assunto e de como aplicar esses conhecimentos no âmbito hospitalar. Só assim, será possível, mais adiante, elaborar representações sociais da Psicologia da Saúde. Sabe-se que esse é um longo processo, mas que é necessário demonstrar brechas no campo do conhecimento, no intuito de que novos pesquisadores possam se interessar em preenchê-las.

5.0 – REFERÊNCIAS

Abric, J. C. (2013). Las Representaciones sociales: aspectos teóricos. In: Abric, J.C. (Org.). *Prácticas sociales y representaciones*. 3 ed. México: Ediciones Coyoacán.

Almeida Junior, W. N. (2014). Técnicas e práticas psicológicas no atendimento a pacientes impossibilitados de se comunicarem pela fala. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 24-44. Recuperado em 07 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200003&lng=pt&tlng=pt.

Almeida, R. A., & Malagris, L. E. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, 14(2), pp. 183-202. Recuperado em 26 de janeiro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&tlng=pt.

Alves, R. F. (2008). *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal*. 269 f. Tese de doutorado (Doctorado en Antropología) – Universidad de Granada, Granada, España. Editor: Editorial de la Universidad de Granada. D. L: GR. 1983- 2008.

Alves, R.; Santos, G.; Ferreira, P.; Costa, A. & Costa, E. (2017). Atualidades sobre a psicologia da saúde e a realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. <https://dx.doi.org/10.15309/17psd180221>

Angerami-Camon, V. A. (2010). O psicólogo no hospital. In: Angerami-Camon, W. A., Trucharte, F. A. R., Knijnik, R. B., & Sebastiani, R. W. *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. (pp. 1-14). 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Ed. Rev. Ampl. São Paulo: Editora 70.

Borges, L. & Batista, M. N. (2018). Avaliação Psicológica em Saúde. In: M.N. Batista; R.R. Dias; A.S.D. Baptista (Org.). *Psicologia Hospitalar – teoria, aplicações e casos clínicos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução nº 466/2012, de 12 de Dezembro. *Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2016). Resolução nº 510/2016, de 07 de Abril. *Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana*. Recuperado em 04 de junho de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2013) Política Nacional de Humanização. *Cadernos Humaniza SUS: Atenção hospitalar*. 1ª ed., 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 23 de junho de 2020, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf

- Calvetti, P. Ü.; Silva, L. M. & Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *Psic: revista da Vetor Editora*, 9(2), 229-234. Recuperado em 04 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Castorina, J. A. (2016). La significación de la teoría de las representaciones sociales para la psicología. *Perspectivas en psicología*, 13(1), 1-10. Recuperado em 04 de abril de 2020, de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4835/483551471002/html/index.html>
- Castro, A. & Scherer, A. d'Avila. (2012). Características do manejo técnico e interpessoal apresentadas por profissionais da saúde na interação com pacientes em estado de coma. *Ciências & Cognição*, 17(2), 14-27. Recuperado em 08 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212012000200003&lng=es&tlng=pt.
- Castro, E.K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24, 48-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>
- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2007). Resolução CFP nº 013/2007. *Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro*. Recuperado em 27 de janeiro de 2020, de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-administrativa-financeira-n-13-2007-institui-a-consolidacao-das-resolucoes-relativas-ao-titulo-profissional-de-especialista-em-psicologia-e-dispoe-sobre-normas-e-procedimentos-para-seu-registro?origin=instituicao>
- CFP. Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) nos serviços hospitalares do SUS*. Brasília: CFP. Recuperado em 08 de março de 2020, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf
- Chiattonne, H. B. C. (2014). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning (pp.143-229).
- Dalgalarrodo, P. (2019) A consciência e suas alterações. In: Dalgalarrodo, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

- Díaz Facio Lince, V. E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71. Recuperado em 22 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005&lng=pt&tlng=es.
- Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 232-245. Recuperado em 04 de junho de 2020, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282024795016>
- Fiorini, H. J. (2004). Tipos de interação verbal do terapeuta. In: Fiorini, H J. *Teoria e Técnica de Psicoterapias*. Ed. ampl. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1980). Sobre o Início do Tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: (J.O. A. Abreu, Trad.) In: J. Salomão (Org.) *Edição standard brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol. XII, pp.163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1913).
- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa* (6 ed.). São Paulo: Atlas S. A.
- Gomes, J. A. D. L., & Pergher, G. K. (2010). A TCC no pré e pós operatório de cirurgia cardiovascular. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(1), 173-194. Recuperado em 07 de agosto de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Haberkorn, A. (2006) Atuação Psicológica na UTI. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C.; Lopes, S. R.A. (Orgs). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. (pp. 99-108) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. *A prática psicológica e sua interface com as doenças*, 1.

- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e Estado*, pp. 679-712. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922009000300004>.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 8 ed. São Paulo: Atlas.
- Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2). Recuperado em: 08 de março de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4391064>
- Moscovici, S. (2015). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 11 ed. Petrópolis: Vozes.
- Nóbrega, S. M. (2003). Sobre a Teoria das Representações sociais. In: Moreira, A. S. P.; Jesuíno, J. C. (Orgs). *Representações sociais: teoria e prática*. (pp. 51-80). 2 ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Pereira, H. & Feliciano, R. M. H. (2012). *A Importância da psicologia intensivista no contexto hospitalar*. Dissertação Mestrado em Terapia Intensiva, Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Brasília, DF.
- Piña, J. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-680. Recuperado em 22 de abril de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300019&lng=pt&tlng=es.
- Rateau, P. & Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *Revista CES Psicología*, VI (I), 22-42. Recuperado em: 07 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802013000100003&lng=en&tlng=es.

- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Schneider, A. M., & Moreira, M. C. (2017). Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. *Temas em Psicologia*, 25(3), 1225-1239. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.3-15Pt>
- Sebastiani, R. W. (2014). Histórico e evolução da Psicologia da Saúde numa perspectiva latino-americana. In Angerami-Camon, V. A. (org.). *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: Cengage Learning (pp.271-292).
- Silva, M. A. M.; Pinheiro, A. K. B.; Souza, A. M. A. & Moreira, A. C. A. (2011). Promoção da saúde em ambientes hospitalares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 596-599. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000300027>
- Simonetti, A.(2018). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. 8 ed. São Paulo: Artesã.
- Sobrosa, G. M. R., Zappe, J. G., Patias, N. D., Fiorin, P. C., & Dias, A. C. G. (2014). O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a partir da construção da Saúde Pública no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 4-9. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n1p4-9>
- Spink, M. J. P. (2018). Interlaced strands: Health psychology in Brazil from an autobiographic perspective. *Journal of Health Psychology*, 23(3), 397–407. <https://doi.org/10.1177/1359105317738259>
- Spink, M.J. & Lima, H. (2013). Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 71-99). Rio de Janeiro: Centro Edelstein de pesquisas sociais. Recuperado em: 11 de Fevereiro de 2019, de http://www.bvce.org.br/DownloadArquivo.asp?Arquivo=SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVAc.pdf

Vala, J. & Castro, P. (2013). Pensamento social e Representações Sociais. In: Vala, J. & Monteiro, M. B. (Coord.) *Psicologia social*. 9 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Werner Sebastiani, R. & Chaves Maia, E. M. (2003). Psicología de la salud en Brasil: 50 años de historia. *Suma psicol*, 25-42. Recuperado em 22 de abril de 2019, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=468660&indexSearch=ID>

Yamamoto, O.H. & Oliveira, I. F. (2010). Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. especial, p. 9-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000500002>

Yamamoto, O. H., & Cunha, I. M. F. F. de Oliveira. (1998). O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(2), 345-362. <https://doi.org/10.1590/S0102-79721998000200012>

– CONSIDERAÇÕES FINAIS –

No que tange às considerações finais, torna-se oportuno fazer o resgate dos objetivos, tanto geral como específicos da dissertação, com vista a verificar se os mesmos foram alcançados, bem como se os instrumentos metodológicos e as técnicas de análise foram efetivos para a compreensão da realidade institucional e do objeto de pesquisa. Tem-se a ciência que, embora os objetivos estejam separados entre os diferentes capítulos, reuni-los nesse ponto da dissertação é importante para propiciar uma visão global do estudo, além de poder demonstrá-los sob outra perspectiva.

De imediato, é importante dizer que, a maneira como os instrumentos foram elaborados permitiu aos pesquisadores adquirir as informações necessárias, pois as respostas quando não encontradas em pergunta específica, podiam ser visualizadas nas subsequentes. Assim, possibilitou perceber quando o participante queria desviar o assunto, mas também o inverso, ou seja, o quanto essa estruturação auxiliou no aprofundamento das respostas e na diminuição progressiva dos receios dos psicólogos em fornecer dados.

A combinação do questionário, da entrevista e do diário de campo também foi frutífera ao servir como dispositivos complementares, registrando as respostas escritas, mas também as falas (pelo gravador) e o comportamento do entrevistado durante a aplicação dos instrumentos. A escolha das técnicas de análise, a saber, a estatística descritiva e a análise da enunciação, também pareceram acertadas, na medida em que sua utilização conjunta permitiu a apreensão objetiva e subjetiva da realidade hospitalar, mas também de cada participante. Talvez, um aspecto negativo dos instrumentos metodológicos tenha sido a sua extensão, a qual pode ter deixado a coleta dos dados um pouco cansativa para os pesquisadores e os entrevistados, muito embora, também tenha sido decisiva para a riqueza dos resultados encontrados.

Quanto aos objetivos da dissertação, optou-se aqui por discuti-los em blocos e sem se preocupar com os limites dos capítulos para os quais foram planejados. Dessa forma, no que se refere aos objetivos de analisar as RS acerca da Psicologia da Saúde e saber se e como estas interferem na atuação do psicólogo, acredita-se que todos os capítulos contribuíram para atingir tais propósitos.

Apesar de os resultados se concentrarem no terceiro capítulo, conhecer a trajetória profissional (capítulo 1) e o repertório de condutas e práticas adotadas em contexto hospitalar (capítulo 2) auxiliou na compreensão de todo o contexto de elaboração das RS e de como estas últimas se expressaram no hospital pesquisado. É preciso dizer, que não foram

encontradas RS da Psicologia da Saúde, mas sim de uma “Psicologia Hospitalar” em sua vertente clínica e bastante relacionada com as demandas do hospital. A fragilidade da Psicologia da Saúde no contexto hospitalar foi vista de modo preocupante, pois embora o capítulo 2 demonstre uma evolução na compreensão das práticas psicológicas, o terceiro capítulo aponta que existem barreiras significativas para uma implantação mais efetiva e duradoura das condutas e intervenções de saúde.

A perspectiva clínica e a “Psicologia Hospitalar” se apresentaram como um *corpus* mais delimitado e mutuamente associado, cuja inter-relação com o hospital demonstrou como as dificuldades de adaptação à dinâmica hospitalar e o atendimento a públicos específicos são objetivadas como variáveis que tem interferido na prática do psicólogo.

Já os objetivos que pretenderam caracterizar a amostra, do ponto de vista demográfico e profissional já demonstraram, desde as informações iniciais, que a graduação não seria o *locus* do qual a maioria dos profissionais acessariam os conhecimentos sobre a Psicologia da Saúde. Foi uma amostra que já estava no mercado de trabalho quando essas discussões foram inseridas no meio acadêmico, denotando o peso que a pós-graduação e os cursos de formação tiveram para esse público. Foi, inclusive, dos programas de especialização e mestrado, bem como de formações e leituras paralelas que boa parte dos entrevistados conseguiu elaborar sua definição do que seria a Psicologia da Saúde, embora ainda de maneira confusa.

A caracterização das práticas psicológicas em contexto hospitalar, que também podem ser consideradas um aspecto do perfil profissional, demonstraram algumas surpresas. Embora, já se esperasse modos de atuação concernentes com a Psicologia Clínica, foi interessante perceber movimentos de reformulação de condutas tradicionais, valorização de intervenções em âmbito grupal e segurança em afirmar que a comunicação de óbitos não faz parte de suas atribuições. Percebeu-se que os profissionais já tem plena ciência de que práticas clínicas tradicionais não são adequadas ao contexto hospitalar, mas ainda não conseguem vislumbrar com clareza uma atuação alinhada com a Psicologia da Saúde.

Como característica de todo estudo científico, o objeto de pesquisa é um fenômeno inesgotável, podendo ser apreendido sobre diferentes óticas e metodologias, além de gerar novos problemas para investigação, despertando o interesse de diversos pesquisadores. Dessa forma, ficam aqui os questionamentos para futuros projetos de pesquisa: Que avaliação pode ser feita das condições de trabalho e saúde mental de psicólogos e dos demais profissionais em âmbito hospitalar? Como o referencial da Análise Institucional pode auxiliar na compreensão das relações intergrupais estabelecidas no hospital? Na prática, que similitudes e

discrepâncias podem ser detectadas ao se comparar o trabalho do psicólogo em diferentes instituições, de diferentes níveis de complexidade, sob a ótica da Psicologia da Saúde?

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E LABORAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E LABORAL

Nome: _____

Idade: _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Naturalidade: _____ Cidade em que mora: _____

Tempo de atuação neste hospital: _____

Vínculo empregatício:

() permanente/concursado () Contrato por tempo determinado

Áreas e locais em que realizou estágio (curricular e/ou extracurricular):

Instituição na qual concluiu a graduação: _____

Ano de conclusão da graduação: _____ Perspectiva teórica que adota _____

Possui algum curso de graduação, além do de Psicologia? () Não () Sim. Se sim, qual?

Dentre as opções abaixo, marque as opções que se referem a sua formação profissional, para além do curso Superior em Psicologia.

[] Curso(s) de aperfeiçoamento/Aprimoramento. Qual (is)? _____

[] Curso de especialização. Área: _____

Instituição: _____ Ano: _____

[] Programa de mestrado. Área: _____

Instituição: _____ Ano: _____

[] Programa de doutorado Área: _____

Instituição: _____ Ano: _____

Desempenhava outra profissão antes de ser psicólogo? _____ Qual? _____

Há quanto tempo você atua como psicólogo? _____ Em quais locais, você já atuou como psicólogo, antes do hospital? _____

Já atuou em outros hospitais, além deste? Se sim, em quais? _____

Exerce ou exerceu alguma atividade paralela ao trabalho neste hospital? _____ Se sim, qual? _____

Em qual (is) setor (es) você atua neste hospital? _____

Qual a sua carga horária de trabalho neste hospital? _____ Atua em regime de plantão? _____ Se sim, qual é a escala? _____

Como você se identifica em sua atuação no hospital? _____

Em quais setores do hospital, você acha possível a atuação do psicólogo? _____

Dentre as atividades listadas abaixo, quais você considera possíveis de serem efetuadas no hospital?

- Apoio matricial/ matriciamento
- Promoção da saúde
- Prevenção de doenças
- Acolhimento
- Atendimentos em grupo
- Interconsulta
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia em grupo
- Avaliação Psicológica
- Exame das funções psíquicas
- Cuidados Paliativos
- Atendimentos de pacientes com transtorno mental
- Manejo da dor crônica

- Preparo para procedimentos médicos em geral
- Preparo para procedimentos cirúrgicos

- Grupos de discussão de casos clínicos
- Aconselhamento Psicológico

- Estimulação Precoce de recém- nascidos e crianças

- Noticiar óbitos

- Atendimentos aos familiares dos pacientes

- Atendimentos à equipe de saúde do hospital

- Atendimentos a pacientes entubados

[] Atendimentos a pacientes em coma

[] Outra. Qual (is)? _____

Você considera que sua formação profissional lhe preparou para atuar em hospitais?

[] Sim. Por quê? _____

[] Não. O que você acha que deveria ter estudado para se sentir melhor capacitado nesse contexto? _____

Possuiu alguma disciplina na graduação sobre Psicologia da Saúde? Ou Psicologia Hospitalar? Áreas afins? _____

Que conhecimentos você acha útil para a sua atuação e que não foram contemplados na graduação? _____

Ou na pós-graduação? _____

Onde você ouviu falar acerca da Psicologia da Saúde? _____

Onde você busca conhecimentos/informações para estar atualizado?

[] Livros

[] Congressos, simpósios, fóruns, entre outros eventos

[] Cursos de formação

[] Sites

[] Outro _____

[] Não tenho conseguido buscar informações atualmente

Qual foi a última vez, que você buscou atualizar seus conhecimentos?

[] Na última semana

[] No último mês

[] Nos últimos seis meses

[] No último ano

[] A mais de um ano

[] Outro. _____

[] Não lembro quando foi a última vez

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Quais foram os motivos que fizeram você optar pela atuação em hospitais?

Quais são as demandas para a Psicologia mais frequentes neste hospital?

Existe alguma demanda dirigida à Psicologia que você considera não ser de competência do psicólogo? Quais? _____

Que técnicas, intervenções ou atividades você faz uso neste hospital? _____

Na sua atuação, existe algum trabalho ou intervenção que desejasse implantar no hospital?

O que te impede de começar esse projeto? _____

O que facilitaria a execução desse seu projeto? _____

Para você, em qual (is) setor (es) do hospital o trabalho do psicólogo se faz mais útil? _____ Por

quê? _____

Em qual (is) setor (es) você sente mais dificuldade de trabalhar como psicólogo?

_____ Por

quê? _____

Para você, como e de que forma o psicólogo pode contribuir trabalhando no hospital? _____

Para você, quais as dificuldades que o psicólogo enfrenta em sua atuação no hospital? _____

O que você considera positivo em ter um psicólogo no hospital? _____

Você tem contato com os demais profissionais no cotidiano do hospital? Ou não é possível? _____

Que tipo de contato? _____

Quem são esses profissionais? _____

Você tem contato com os demais psicólogos do hospital? Ou não é possível? _____

Que tipo de contato? _____

Como você avalia o trabalho dos demais profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros) no hospital? _____

Como os demais profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros) avaliam o trabalho do psicólogo no hospital? _____

Como você avalia o trabalho dos demais psicólogos no hospital? _____

Como os demais psicólogos avaliam o seu trabalho no hospital? _____

Como você avalia o seu trabalho no hospital? _____

Para você, o que é Psicologia da Saúde? E Psicologia Hospitalar?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**, sob a responsabilidade de Izak Alves dos Santos e da orientadora Railda Sabino Fernandes Alves, de forma totalmente voluntária.

Antes de decidir sobre sua permissão para a participação na pesquisa, é importante que entenda a finalidade da mesma e como ela se realizará. Portanto, leia atentamente as informações que seguem.

A pesquisa “**PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**” tem por objetivo geral, analisar as representações sociais elaboradas por psicólogos atuantes em hospital acerca da Psicologia da Saúde, apresentando como objetivos específicos:

- Identificar as definições do público-alvo a respeito da Psicologia da Saúde;
- Saber se (e como) as representações sociais da psicologia da saúde interferem na prática do profissional atuante em hospital;
- Verificar as formas de apropriação dos espaços hospitalares pelos psicólogos;
- Conhecer a formação profissional, os referenciais teóricos, as técnicas e as estratégias de intervenção adotadas pelos profissionais em sua prática profissional no contexto hospitalar;
- Compreender as categorias de auto identificação dos psicólogos atuantes em hospital;
- Elaborar o perfil da amostra estudada.

Para realizar essa pesquisa de campo, apenas com sua autorização realizaremos a coleta dos dados. Assim, serão utilizados uma entrevista, um questionário e o diário de campo, respeitando os dias e horários combinados com cada participante. Tanto a entrevista quanto o questionário serão aplicados de forma individual, com a presença do pesquisador, sendo o processo gravado, por meio de aparelho de áudio. Ao final de cada encontro, o pesquisador fará

as anotações que achar pertinentes no diário de campo, além de transcrever integralmente a entrevista que lhe foi concedida.

Cabe salientar que, na possibilidade de as perguntas gerarem desconforto aos participantes, o pesquisador, na condição de psicólogo, está disposto a realizar intervenções na minimização dessa condição, sendo importante dizer que os benefícios trazidos pela pesquisa são maiores, pois propiciam o entendimento de como se efetiva a prática profissional de psicólogos no contexto hospitalar na cidade de Campina Grande-PB, podendo incitar, futuramente, a realização de novas pesquisas, processos de capacitação e formação profissional no fortalecimento e/ou reversão da realidade constatada.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo. O participante terá assistência e acompanhamento durante o desenvolvimento da pesquisa de acordo com Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Os dados individuais serão mantidos sob sigilo absoluto e será garantida a privacidade dos participantes, antes, durante e após a finalização do estudo. Os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em congressos e publicações científicas, sem qualquer meio de identificação dos participantes, no sentido de contribuir para ampliar o nível de conhecimento a respeito das condições estudadas.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Desta forma, garante-se que todos os encargos financeiros, se houverem, ficarão sob responsabilidade do pesquisador (Res. 466/12 IV 3.g e h).

Será garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em caso de dúvidas, você poderá obter maiores informações entrando em contato com Izak Alves dos Santos, através do telefone (83) 99837-2014 ou através do e-mail: izakalvessantos@gmail.com, ou do endereço do Prédio de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, localizado na Rua Baraúnas, n º 351 – Bairro Universitário, Campina Grande - PB. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos

sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no 2º andar, Prédio Administrativo da Reitoria da Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB e da CONEP (quando pertinente).

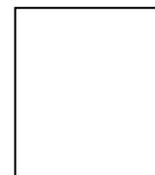
CONSENTIMENTO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **“PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL”** e ter lido os esclarecimentos prestados no presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____ autorizo a participação no estudo, como também dou permissão para que os dados obtidos sejam utilizados para os fins estabelecidos, preservando a nossa identidade. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador



Impressão dactiloscópica

OBS.: O TCLE será elaborado em duas vias; rubricadas em todas as suas páginas. As assinaturas devem ficar na mesma folha.

APÊNDICE D– TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ (TAGV)**

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “**PSICOLOGIA DA SAÚDE E PRÁTICA PSICOLÓGICA HOSPITALAR: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E REPERCUSSÕES NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Railda Sabino Fernandes Alves e Izak Alves dos Santos a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa (nome completo do pesquisador responsável), e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que

envolve Seres Humanos.

Campina Grande, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

Importante: IMPRIMIR EM DUAS VIAS, uma fica em posse do participante e a outra com o pesquisador responsável. Havendo mais de uma folha, todas devem ser rubricadas.