



Centro Universitário de Brasília - UniCeub

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

Curso de Psicologia

A função do psicólogo hospitalar a partir da narrativa  
de profissionais de saúde

Suellen Santos da Silva

Brasília-DF

Julho-2009

Suellen Santos da Silva

A função do psicólogo hospitalar a partir  
da narrativa de profissionais de saúde

Monografia apresentada ao Centro  
Universitário de Brasília como requisito  
básico para a obtenção do grau de  
Psicólogo da Faculdade de Ciência da  
Saúde.

Professora orientadora: Morgana de  
Almeida e Queiroz

Brasília-DF, julho/2009



Centro Universitário de Brasília - UniCeub

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

Curso de Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela Comissão Examinadora composta por:

---

Professora Morgana de Almeida e Queiroz

---

Professora Ciomara Schneider

---

Professora Miriam May Phillippi

A Menção Final obtida foi:

---

## Agradecimento

*A todos aqueles que estiveram e permaneceram comigo nesta empreitada, o meu sincero agradecimento: VALEU, MEU POVO.*

*Em especial....*

*A Deus pelo sopro de vida.*

*Aos meus pais que com muita sabedoria me ensinaram tudo que sei e com muito esforço me proporcionaram começar e concluir essa fase importantíssima da minha vida.*

*Aos meus irmãos Júnior, Simone, Marco e Eliana que são os melhores, mais engraçados e meus maiores apoiadores.*

*Ao meu namorado, Diogo, que é e sempre será o homem da minha vida e com quem quero dividir todos os momentos da minha vida, sejam eles bons ou ruins, meus sonhos, meu futuro, tudo em mim.*

*Aos meus amigos Raquel, Júnior, Sueny, Gláucio, Simone, Flávio, Clarisse, Álvaro, Juliana, Sérgio e aos tios e tias que são meu porto seguro, irmãos de todas as horas, irmãos não sanguíneos, mas de coração.*

*Aos profissionais que se dispuseram a participar deste trabalho.*

*À minha orientadora Morgana, grande exemplo de profissional e mulher que conheci nos últimos tempos e que me encorajou, com suas sábias palavras, a elaborar e a concluir este trabalho.*

## Sumário

Resumo.....	vi
Introdução.....	7
Capítulo I.....	11
1.1 Psicologia: ciência e profissão.....	11
1.2 O desenvolvimento da Psicologia da Saúde.....	13
1.3 A Psicologia Hospitalar.....	16
Capítulo II.....	21
2.1 O trabalho multiprofissional em saúde e o psicólogo.....	21
Capítulo III.....	27
3.1 Metodologia.....	27
3.2 Participantes.....	28
3.3 Materiais.....	29
3.4 Levantamento de informações.....	29
3.5 Procedimento para a análise de informações.....	30
Capítulo IV.....	32
4.1 Resultados.....	32

4.2 Análise de informações e discussão.....	33
Capítulo V.....	54
5.1 Considerações finais.....	54
Referências Bibliográficas.....	59
Anexos.....	63
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UniCeub)	
Anexo B - Roteiro de entrevista semiestruturado	
Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

## Resumo

Este trabalho monográfico constitui-se em uma pesquisa com o objetivo de refletir sobre a função do psicólogo hospitalar a partir da narrativa de profissionais de saúde. O trabalho encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresentamos um breve histórico sobre o desenvolvimento da Psicologia como ciência e, posteriormente, como profissão. Descrevemos também o surgimento da Psicologia da Saúde como vertente da Psicologia, a qual extrapola os limites dos consultórios, trabalhando com indivíduos enfermos na promoção e/ou manutenção da saúde e sua extensão às instituições hospitalares originando a Psicologia Hospitalar. Esta, observamos, tem como objetivo intervir nos processos de saúde-doença, internação e tratamento, envoltos pela relação entre paciente, família e equipe, utilizando-se de teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas num contexto hospitalar. No segundo capítulo abordamos algumas questões, tais como o processo de saúde-doença que vem sendo considerado contemporaneamente como o equilíbrio dos fatores biológicos, psicológicos e sociais, os quais compõe o ser humano, e a atuação multiprofissional em saúde que a partir da ideia biopsicossocial do processo de saúde-doença, se faz necessária. A razão disso é que um único profissional, sozinho e isolado, não é o suficiente para analisar o paciente, os aspectos que o circunda e para fornecer diagnóstico e prognóstico preciso e seguro; nesse sentido, exploramos ainda o relacionamento desses elementos inerentes aos serviços de saúde com o psicólogo hospitalar. O terceiro capítulo é composto pela descrição da pesquisa a qual tem caráter exploratório, qualitativo e utiliza-se da técnica de entrevista semiestruturada para a coleta de informações e pelo procedimento de análise das informações obtidas, orientados de acordo com a proposta de análise de narrativa/conteúdo de Bardin (2002). No quarto capítulo apresentamos os resultados obtidos nas entrevistas realizadas com profissionais de saúde e procedemos à análise dos mesmos correlacionando-os com as bases teóricas expostas nos capítulos anteriores. O quinto e último capítulo é composto pela síntese das informações obtidas relacionadas à prática de estágio acadêmico vivenciado pela aluna pesquisadora.

**Palavras-chave:** psicologia hospitalar; processo de saúde-doença; trabalho multiprofissional em saúde.

Neste trabalho a autora busca refletir sobre os aspectos do contexto hospitalar referentes à atuação do psicólogo neste ambiente, sua função, contribuição e questões relacionadas ao mesmo, como a concepção do processo de saúde-doença e o trabalho multiprofissional em saúde. Para tanto, entrevista-se profissionais de saúde, dentre eles fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiro e médicos com o objetivo de caracterizar a função do psicólogo hospitalar a partir do entrelaçamento das informações obtidas oriundas da vivência profissional dos entrevistados, com a concepção contemporânea do fenômeno saúde-doença e o trabalho multiprofissional em saúde.

Num retrospecto do nascimento do hospital em comparação com o hospital contemporâneo podemos pontuar inúmeras diferenças em sua função, seus componentes e o público que ali é assistido. Isso porque, na Antiguidade, no ano 360 d. C., quando o formato do hospital surgiu, sob o controle direto da religião cristã, esta era uma instituição de função assistencial com fins prioritariamente sociais (Campos, 2003). As figuras assistidas pelo hospital eram os pobres que viviam perambulando pelas ruas, sem condições financeiras, que além de receber assistência devido a sua situação, quando enfermos eram tidos como indivíduos perigosos para a saúde da população, uma vez que, com suas doenças, poderiam contagiar os demais.

O hospital iniciou-se como sendo um espaço destinado para exclusão e separação do pobre e do doente do restante da sociedade; tinha caráter de lugar onde morrer e para obtenção do último sacramento, uma vez que, orientado pelas premissas cristãs, religiosos ou leigos que compunham o cenário hospitalar da época em atos, a primeira vista, de caridade, ofereciam possibilidades para a salvação da alma do pobre ali aprisionado vislumbrando conseguirem sua própria salvação (Foucault, 1995).



Bem diferente dos moldes atuais, o hospital foi dominado por pessoas com as demais intencionalidades, mas nenhuma delas estava relacionada à cura dos indivíduos ali inseridos. Os médicos nessa época exerciam sua função de forma individualizada, domiciliar e destinada apenas aos enfermos com recursos financeiros, sendo sua atuação evidenciada somente em situações de crises e norteadas pela prescrição de receitas. O hospital estava fora da formação e da vivência do médico (Foucault, 1995). A independência do hospital e da Medicina continuou até meados do século XVIII; entretanto, com o Renascimento e o Iluminismo, houve grandes transformações e realizações no campo da ciência, novas descobertas e teorias transformaram várias áreas do conhecimento, dentre elas a Medicina (Ribeiro, 1996).

O hospital então, com o objetivo terapêutico, ou seja, de curar enfermidades, surge no final do século XVIII, quando se medicaliza, dando ao médico o papel de gestor da instituição hospitalar e retirando tal responsabilidade das comunidades religiosas. O médico ao inserir-se e tomar posse do espaço hospitalar organiza, disciplina e comanda todos os espaços e todas as ações ali existentes. Atrelado a um arcabouço teórico consistente e formalizado ele transforma o hospital no espaço do orgânico, do corpo e da doença, deixando de lado a função assistencial e social que desempenhava.

Neste período, segundo Ramos (2006), teorizavam-se acerca da mecanização do ser humano e na dicotomia de suas partes – mente e corpo –, sob a influência dos postulados do filósofo francês René Descartes (1596-1650) e pelo avanço tecnológico da ocasião. A partir disso, houve a formulação do modelo biomédico de entendimento e atendimento à saúde que, orientado por seus preceitos universalistas e deterministas, direcionou a prática de todos os componentes do contexto hospitalar.

Concomitantemente com a consolidação do modelo biomédico nas práticas hospitalares inúmeros estudiosos, a partir de pesquisas e formulações teóricas, estruturaram a

Psicologia como ciência e, posteriormente, como profissão, em meados do século XIX. Com sustentação teórico-metodológica a prática profissional do psicólogo esteve relacionada inicialmente à educação e às organizações e, por conseguinte, aos consultórios particulares, clínicas e hospitais de saúde mental.

No século XX nasce a Medicina psicossomática, mostrando que a doença engloba muito mais do que a lesão orgânica em si. Diante de suas ponderações e fomentada pela necessidade de uma nova visão de indivíduo, de saúde-doença e de tratamento a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou como conceito de saúde e doença como sendo um processo resultante da interação dos elementos biológico, psicológico e social os quais são inerentes ao homem. Essas modificações de conceitos e entendimento de homem e de saúde-doença suscitaram uma reformulação nas práticas hospitalares que, aliadas aos progressos da medicina no século XX, resultaram na reforma dos hospitais que se ampliaram, passando a atender toda a sociedade não só com finalidades curativas ou de intervenção em crises, mas de reabilitação e prevenção.

Nesse momento, com o surgimento de uma maneira diferenciada de se pensar sobre o homem e sobre o processo de saúde-doença o hospital abre as portas para a inserção de outros profissionais, uma vez que, com a complexidade do fenômeno saúde-doença, o atendimento ao indivíduo ali inserido não poderia ser mais oferecido por um único profissional, mas sim por um grupo multiprofissional. Assim, orientado pelos preceitos de sua ciência, o psicólogo entra no hospital, timidamente, com o objetivo de se somar aos outros profissionais que, além do médico, acoplam seus saberes em prol das necessidades dos pacientes.

Com a expansão de sua atuação, o psicólogo ao inserir-se no hospital, ao conhecer a dinâmica do mesmo e ao estar em contato com profissionais de formações variadas teve que

adaptar suas teorias e técnicas ao contexto hospitalar. Nessa empreitada de atuação no âmbito hospitalar os expoentes fizeram com que houvesse uma ressignificação da prática clínica em Psicologia. Nesse sentido, surge uma modalidade em Psicologia denominada de Psicologia da Saúde, a qual extrapola os limites dos consultórios, das escolas e das práxis organizacionais para trabalhar com indivíduos enfermos na promoção e/ou manutenção da saúde. Quando inseridos nas instituições hospitalares a Psicologia Hospitalar tem como objetivo intervir nos processos de saúde-doença, internação e tratamento, envoltos pela relação entre paciente, família e equipe, utilizando-se de teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas num contexto hospitalar.

## Capítulo I

### 1.1 Psicologia: ciência e profissão

De acordo com Schultz & Schultz (1991), a Psicologia é uma das mais antigas disciplinas acadêmicas e, ao mesmo tempo, uma das mais recentes. Segundo os autores, no século V a. C. Platão (427 a. C. – 347 a. C.), Aristóteles (384 a. C. – 322 a. C.) e outros sábios gregos já se preocupavam com o homem e a sua interioridade, sendo eles os primeiros a tentar a sistematizar uma Psicologia.

Bock (2002) elucida que os filósofos pré-socráticos, além de definirem como objeto da Psicologia o “estudo da alma”, nomearam como pressupostos básicos da mesma os pensamentos, o amor, o ódio, a irracionalidade, as percepções e as sensações. Entretanto, foi Sócrates (469 a. C – 399 a. C.) que deu consistência à Psicologia ao se preocupar com o elemento que diferenciava o homem dos animais, o que denominou de razão, sendo este conceito o pontapé inicial ao desenvolvimento posteriormente das teorias sobre consciência. O passo seguinte na construção do objeto da Psicologia foi dado por Platão (427 a. C. – 347 a. C.), discípulo de Sócrates (469 a. C – 399 a. C.), que a partir dos postulados de seu mestre definiu a cabeça como o lugar ocupado pela razão e a alma. Aristóteles (384 a. C. – 322 a. C.), por sua vez, ofereceu como contribuição à Psicologia a inovadora idéia do fim da dicotomia entre corpo e alma. Tais pensadores além de fundarem a Filosofia apresentaram grandes contribuições para o desenvolvimento dos primeiros objetos de estudo da Psicologia.

Os autores Figueiredo & Sain (1991), Sebastiani & Maia (2005) elucidam que como ciência e posteriormente como profissão, a Psicologia foi estruturada em meados do século XIX, representada pelos trabalhos do alemão W. Wundt (1832 – 1920), considerado pioneiro pelo desenvolvimento de um projeto de pesquisa em Psicologia como ciência independente, na criação de instituições destinadas à pesquisa, ao ensino da Psicologia e na formação de inúmeros psicólogos. Ainda segundo os autores, outros estudiosos como: Titchener (1867 –

1927), ex-aluno de Wundt e disseminador da obra do seu mestre, porém com algumas modificações que destoavam completamente dos pressupostos do seu professor; J. Dewey (1859 – 1952), J. Agel (1869 – 1949), H. A. Carr (1837 – 1954) opositoristas dos pressupostos titchenerianos e fundadores da psicologia funcional; J. B. Watson (1878 – 1958) precursor do comportamentalismo que deveu aos funcionalistas alguns de seus pressupostos básicos; M. Wetheiner (1880 – 1943), K. Koffka (1886 – 1941) e W. Kohler (1887 – 1967) desenvolvedores da psicologia da Gestalt; B. F. Skinner (1904 – 1990) comportamentalista como Watson, mas com claras diferenciações em seus pressupostos; e, por fim, J. Piaget (1896 – 1980) e S. Freud (1856 – 1939) que, além de se preocuparem com interface entre as experiências do indivíduo e sua constituição biofisiológica, construíram explicações mais profundas acerca do fenômeno psicológico; todos esses foram os principais responsáveis pela consolidação da Psicologia como ciência e, por conseguinte, como profissão.

Os estudiosos citados acima deram à Psicologia sustentação teórico-metodológica para embasarem a prática profissional do psicólogo. Conforme elucidado por Figueiredo e Sain (1991), a profissão de psicólogo esteve inicialmente ligada à educação e ao trabalho com a utilização de testes psicológicos para selecionar funcionários ou ainda para classificar o aluno a uma classe que lhe fosse adequada. Não desmerecendo a importância do psicólogo nessas áreas de atuação, os autores ressaltam que, nos dias de hoje, “quando se fala em psicólogo, o leigo logo pensa no psicólogo clínico” (p. 85). Corroborando com o ressaltado pelos autores, Spink (2003) alega que, anteriormente, a atuação do psicólogo se restringia às atividades exercidas em consultórios particulares; porém, acrescenta a atuação em hospitais e em ambulatórios de saúde mental, sendo essas duas últimas, entretanto, completamente subordinadas aos paradigmas da Psiquiatria. Tal fato apontado pela autora nos remete a um retrocesso, ou seja, à dependência da ciência psicológica a outra ciência, fato já superado por Wundt, como mostrado anteriormente.

Para Baptista, Baptista & Dias (2003), a partir do século XX, outras áreas foram beneficiadas pela Psicologia, como a mídia e o trânsito, ambas consideradas pelos autores como áreas relacionadas à saúde. Spink (2003) afirma que “a psicologia chega à área da saúde ‘miúda’, tateando, buscando ainda definir o seu campo de atuação e sua contribuição teórica” (p. 30). Guimarães (1999) ressalta que a Psicologia da Saúde promete ser a mais próspera vertente de pesquisa e assistência em Psicologia para os próximos séculos, devido ao reconhecimento da interposição exercida por aspectos psicológicos e sociais no processo de saúde – doença, reconhecido por meio de evidências clínicas e metodológicas originadas por pesquisas que como resultado, ao redor de todo o mundo, obteve a participação do psicólogo em equipes médicas como um profissional de saúde.

## 1.2 O desenvolvimento da Psicologia da Saúde

Com a concepção do modelo biopsicossocial em saúde surge a Psicologia da Saúde com o objetivo de ampliar a prática da atuação do psicólogo. Embasada no saber psicológico a Psicologia da Saúde vai ao encontro de uma ação mais social e abrangente, trabalhando com indivíduos enfermos na promoção e/ou manutenção da saúde. Nesse sentido, Vankolck (1975) citado em Chiattonne (2002), alega que o psicólogo da saúde:

Trabalha também em organizações médicas e hospitalares, quer hospitais comuns, clínicas de repouso, enfermarias psiquiátricas ou comunidades terapêuticas e institutos de reabilitação integrando equipe com assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e médicos em várias especialidades, visando um atendimento completo do paciente e sua recuperação (p. 93).

Nesse sentido, conforme apontado por Baptista; Baptista & Dias (2003), o desenvolvimento da Psicologia da Saúde no mundo não é muito diferente do que acontece no Brasil. Para Rodríguez – Marín (1994), citado pelos autores acima, na Espanha, a Psicologia da Saúde começou a ser o foco das atenções nos anos 1970, concomitantemente com o interesse pela Psicologia Comportamental. Para o autor, somente entre os anos 1980 e 1990 é que a nova área de atuação do psicólogo teve o seu desenvolvimento acentuado por congressos, publicações de periódicos e pela discussão de tópicos como promoção de saúde, estresse, doenças cardiovasculares, aspectos psicológicos de doenças como diabetes, obesidade, AIDS, relação entre cirurgia e medo, intervenções por meio de *biofeedback*, prevenção e intervenção em abuso de substâncias.

Paralelamente ao ocorrido na Espanha, na Europa Central, mais especificamente na Áustria, a Psicologia da Saúde se estabeleceu como uma área da Psicologia científica a partir dos anos 1980, onde as discussões acerca da causa, desenvolvimento, formação e manutenção dos processos de saúde e doença foram fomentadas, de acordo com Egger (1994), citado em Baptista; Baptista & Dias (2003).

Hornung e Gutscher (1994), citados em Baptista; Baptista & Dias (2003) assinalam que na Suíça a atuação do psicólogo na área da saúde iniciou-se com pesquisas relacionadas ao enfrentamento de doenças, mais especificamente com pacientes com câncer e cardíacos. Os autores apontam ainda, que estudos sobre as doenças organizacionais, relação entre suporte social e doenças, influência da família nas situações de doenças, também foram propulsores da evolução da Psicologia da Saúde no país.

Tardiamente na Alemanha, a Psicologia da Saúde foi formalmente estabelecida em 1992, com pesquisas que permitiram uma prática apropriada para a atuação do psicólogo na área. A dedicação à pesquisa no país permitiu aos profissionais uma reflexão sobre risco em

saúde, comportamento preventivo, saúde nos esportes, intervenções primárias e crise social relacionada à saúde, segundo Schroder (1994), citado em Baptista; Baptista & Dias (2003).

Saindo da Europa, Guimarães (1999) afirma que nos Estados Unidos o relacionamento entre a Psicologia e a saúde já existia desde 1911, quando a *APA - American Psychological Association* - promoveu uma discussão sobre o papel do psicólogo na formação do médico e em 1950 quando essa prática foi regulamentada visando ensinar aos estudantes a lidarem com a condição humana de seus pacientes. Em contrapartida, Terborg (1998), citado em Baptista; Baptista & Dias (2003), alega que os Estados Unidos, apesar de desconsiderarem questões culturais, condições políticas e aspectos econômicos como influenciadores na saúde ou na doença, consideram que a Psicologia da Saúde teve grande desenvolvimento no país. Apesar de ser uma área nova da Psicologia científica, os Estados Unidos são palco, desde os anos 1980, de um dos mais importantes periódicos sobre a Psicologia da Saúde.

Da América do Norte para mais perto do Brasil, precisamente na América Latina, Averasturi (1985), citado em Spink (2003), comenta que em Cuba, já nos anos 1960, elaboravam-se programas para a integração plena da prática psicológica aos serviços de saúde não só na atenção primária, ou seja, para prevenção e educação, mas também nas áreas de pesquisa e formação de recursos humanos.

Baptista; Baptista & Dias (2003) alegam que, assim como nos países apresentados e em outros, o desenvolvimento da Psicologia da Saúde foi semelhante no Brasil. Contudo, questões políticas e sociais peculiares dos países em questão foram fundamentais na criação e na evolução da área. Visto o seu progresso, Averasturi (1985), citado em Spink (2003), concorda que a Psicologia da Saúde é bem-vinda; porém, ela não pode ser restrita aos centros de atenção a saúde para a elaboração de programas preventivos, construção de cartilhas, treinamentos comunitários e na elaboração de políticas de saúde, mas deve ser extensiva aos ambientes hospitalares. Este segundo campo para a atuação do psicólogo é o mais novo



expoente para a prática do referido profissional e destaca-se aqui com a área da Psicologia as Saúde a ser estudada e pesquisada.

### 1.3 A Psicologia Hospitalar

Considerando que a Psicologia e a Psicologia da Saúde consolidaram-se passo a passo, a construção da especialidade em Psicologia Hospitalar não foi diferente. Sebastiani & Maia (2005) constata que o Brasil tem sido considerado, por algumas pesquisas, como o precursor e maior investidor nos estudos e pesquisas em Psicologia Hospitalar. Em contrapartida, Angerami (2002) afirma que no Brasil pouco se tem escrito sobre os pioneiros da Psicologia Hospitalar, sendo ele um dos poucos a se dedicar a este campo. Conforme apontado pelo autor, mesmo antes da Psicologia ser regulamentada como profissão no país, em 1962, como mostra a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962 psicólogos já desbravavam o contexto hospitalar. Sem demérito aos que advogaram pela causa da Psicologia Hospitalar, entre os principais expoentes da área no Brasil temos Matilde Neder que em 1954, na Clínica Ortopédica e Traumatológica da Universidade de São Paulo (USP), organizou o serviço de atendimento psicológico aos pacientes pré e pós-cirúrgicos; e Wilma Romano Lamosa Bellkiss que em meados dos anos 1970 organizou e implementou o serviço de Psicologia no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), o qual objetivava atender à população cardiopata.

No que se refere às bases teórico-metodológicas para a prática do psicólogo no contexto hospitalar, Angerami (2002) esclarece que os primeiros a desenvolver a Psicologia Hospitalar no Brasil utilizaram-se de adaptações técnicas de seus instrumentos teóricos, acoplando-os à realidade hospitalar. Ratificando as considerações do autor, Fongaro e Sebastiani (1996) relatam que na fase de sua construção, a Psicologia Hospitalar toma emprestada de áreas a fins da Psicologia, como organizacional, clínica, social e educacional

subsídios para auxiliar na sua prática. Entretanto, os autores elucidam que a recém-chegada prática profissional tem mostrado aos seus adeptos que exige uma sistematização própria, construída por meio da prática para contribuir na inserção do novo profissional às instituições hospitalares e para que a sua contribuição possa somar às dos demais profissionais da área da saúde.

O reconhecimento formalizado da atuação do psicólogo nos espaços hospitalares tem ocorrido com a movimentação de políticas públicas, como ressaltam Bruscato, Kitayama, Fregonese & David (2004). Entre essas políticas estão: a exigência da inclusão, pelo Ministério da Saúde, em todo o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 3.432/1998, da atuação do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva e no trato com gestante de alto risco; a presença do psicólogo em setores de transplantes, conforme as Portarias nº 2.042/1996 e nº 3.407/1998; e, por fim, a presença obrigatória de psicólogo hospitalar nos serviços de saúde pública e privada, que ainda tramita pelo Senado Federal objetivando a aprovação e que é fruto do Projeto de Lei do Senado Federal nº 77/2003, de autoria do senador João Alberto de Souza (PMDB-MA), que acrescenta tal dispositivo à lei de regulamentação da profissão do Psicólogo.

Para Sebastiani & Maia (2005), a Psicologia Hospitalar é a área que intervém nos processos de doença, internação e tratamento, envoltos pela relação entre paciente, família e equipe, utilizando teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas num contexto hospitalar. Como esclarecem os autores, os psicólogos inseridos nesta área concentram seu trabalho nas reações que podem agravar a situação do paciente ou dificultar o processo de restabelecimento da saúde. Além disso, temas como o processo de morte e morrer, perdas irreversíveis causadas pela doença, angústia e sofrimento ocorridos no período da internação também são enfoques da psicologia hospitalar.

Segundo Angerami (1995), o objetivo central da Psicologia Hospitalar é a minimização do sofrimento causado pelo processo de hospitalização. Já para Campos (1995), cabe que a Psicologia Hospitalar:

(...) leve o indivíduo a conhecer suas potencialidades, perceber as relações com suas atitudes e suas próprias experiências, sua doença e suas reações no contexto da vida, fortalecendo suas possibilidades pessoais de enfrentar e lidar com as situações de crise, buscando evitar ou aliviar o sofrimento psicológico que causam (p. 90).

No que diz respeito à atenção ao paciente, Bruscato; Kitayama; Fregonese & David (2004) esclarecem sobre a atuação do psicólogo hospitalar da seguinte forma: “Com o paciente, seu trabalho é bastante específico, atuando de forma situacional, no sentido não só da resolução de conflitos, mas também da promoção da saúde” (p. 38). Campos (1995) ressalta que, além da assistência ao paciente, é pertinente ao psicólogo hospitalar estabelecer um elo entre paciente, família e equipe de saúde.

Para um tratamento especializado e qualificado despendido ao paciente, Belkiss (1999) informa que é de suma importância para orientação do trabalho do psicólogo, entender sobre a dinâmica dos espaços físicos hospitalares e a influência dos mesmos sobre o processo de hospitalização do indivíduo. A autora ressalva que na Unidade Ambulatorial, junto ao paciente, o papel do psicólogo hospitalar é o de atuar por meio de programas que auxiliem o paciente, ainda externo ao hospital, a lidar com questões acerca da sua doença, do prognóstico e de situações que enfrentará quando adentrar ao local. Na Unidade de Emergência ou Pronto-Socorro, a autora afirma que o trabalho do psicólogo é pertinente e mais comum, em situações de crises, sendo de sua competência a “identificação correta do problema e uma contra-referência efetiva e eficaz; identificar e acompanhar os casos, conhecer as histórias pregressas

dos doentes; colaborar com o tratamento médico” (p. 55). Tais procedimentos permitem ao paciente maior participação em seu tratamento, como sujeito atuante no processo, e alivia o estresse do mesmo a situações comuns ao ambiente emergencial. Como aponta a autora, na Internação ou Enfermaria, o atendimento aos pacientes é focal, devido à curta estada no local; entretanto, deve abranger os aspectos intrínsecos à hospitalização como doença, saúde, prognóstico, diagnóstico, dificuldades adaptativas na instituição hospitalar e o relacionamento com a família e a equipe de saúde.

Da mesma forma que Belkiss (1999), Pregnoatto & Agostinho (2003) identificam a Unidade de Terapia Intensiva como o lugar no hospital para o maior desenvolvimento de reações psíquicas, sendo função do psicólogo auxiliar o paciente a restaurar o estado de ordem orgânica e emocional, muitas vezes abalados em níveis inesperados devido ao contexto. Para os autores uma forma de o psicólogo alcançar tal façanha se dá por meio da orientação ao paciente sobre as rotinas do setor, avaliação do estado psíquico e de adaptação do doente e, como nos outros setores hospitalares, ser o porta-voz do paciente. Assim, mediando as relações entre paciente, família e equipe de saúde.

Na perspectiva do que alguns autores como Angerami (1995); Campos (1995); Baptista; Baptista & Dias (2003); Bruscato, Kitayama, Fregonese & David (2004) destacam como fundamental na atuação do psicólogo temos o atendimento a família. Os autores identificam que com o grupo familiar, cabe ao psicólogo hospitalar: levantar informações acerca do paciente; informar aos familiares sobre o processo de hospitalização, focalizando as necessidades e as consequências emocionais oriundas do processo de saúde-doença; incentivar a família a ser ativa no processo de hospitalização quando possível, ressaltando a importância do papel psicossocial que desempenham; prestar assistência psicológica à família focalizando a doença, necessidades de adaptação ao cotidiano hospitalar, o tratamento e sentimentos que envolvam o processo.

Ainda como atribuição do psicólogo hospitalar, Campos (1995), Bruscato; Kitayama; Fregonese & David (2004) ressaltam a atuação do mesmo junto à equipe de saúde. Suas competências perante os profissionais são o direcionamento do pensamento dos demais para a individualidade dos pacientes e para os aspectos subjetivos da doença, sendo estes pilares para a construção da humanização do atendimento; ser agente da comunicação entre as especialidades, ou seja, promotor do trabalho multiprofissional; ponte entre paciente - equipe e família - equipe. Todavia, os autores alertam que cabe ao psicólogo não adotar uma postura que supervalorize o saber psicológico diante da equipe, sendo essa uma das questões éticas que envolvem a prática da Psicologia no contexto hospitalar, como o sigilo profissional.

Conforme a evolução da Psicologia Hospitalar se deu, observa-se que ela é uma das mais novas especialidades da Psicologia, e talvez uma das mais promissoras. Ela cresceu e adquiriu reconhecimento científico entre outras profissões, visto a ousadia de profissionais da área em se lançarem em um espaço desconhecido para a produção de conhecimento e pelas contribuições trazidas por tal empreitada.

A atuação do psicólogo no contexto hospitalar tem proporcionado muito mais do que um novo campo para o saber psicológico, ou ainda, mais uma forma de atuação profissional. Ela tem propiciado a reflexão e a discussão de conceitos e condutas sedimentadas e ultrapassadas, que circundam o hospital, assim como questões referentes ao processo de saúde-doença e a inserção de outros profissionais na área da saúde, aspectos estes que serão tratados no capítulo seguinte.

## Capítulo II

### 2.1 O trabalho multiprofissional em saúde e o psicólogo

De acordo com Giannotti (1996), disciplinas como a Psicologia e a Psiquiatria, enquanto especialização da Medicina, progrediram como ciência, até a chegada da orientação psicossomática em Medicina, que demonstrou a necessidade de integrar estas ciências numa área de conhecimento comum: a saúde. Ramos (2006) ressalta que a terminologia medicina psicossomática foi utilizada primeiramente por Felix Deutsch, em meados dos anos 1920, sendo que sua base teórica principal foi fundada por Helen Dunbar. Para ambos os autores, no início, a psicossomática se referia somente aos fatores organicistas e psicológicos, desconsiderando os fatores socioculturais como influenciadores no processo de saúde-doença. Entretanto, atualmente, a visão multifatorial da psicossomática é evidente, pois a mesma respeita e considera as interações entre os fenômenos biológicos, psicológicos e sociais.

Conforme apontado por Giannotti (1996), contemporaneamente, a doença física e a saúde não podem ser encaradas como processos exclusivamente orgânicos. Na mesma linha de raciocínio, Rey (2004) ressalta a importância de se ter um modelo de conceito de saúde que perceba o homem como um ser total e não esteja vinculada exclusivamente à inexistência de sintomas de doenças, sendo os aspectos não biológicos também considerados no que diz respeito à saúde humana. Visto isso e embasada nos avanços de pesquisas em Fisiologia, Medicina, Sociologia e Psicologia, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, norteia as noções de doença e saúde, sendo a segunda caracterizada como um estado de bem-estar físico, social e mental, não sendo unicamente a ausência de enfermidade ou doença o que caracteriza a mesma. Dessa forma observa-se o surgimento de uma maneira diferenciada de se pensar sobre o processo de saúde-doença (Bruscato; Kitayama; Fregonese & David, 2004).

As representações contemporâneas acerca do fenômeno saúde – doença enquanto fenômeno complexo transpõem os princípios do reducionismo, determinismo e universalismo do modelo científico de entendimento e atendimento biomédico do século XIX, que, conforme evidenciado por Leão (1994), nos dias atuais, dentro da instituição hospitalar “tem sido o modelo de atuação que influencia a conduta de todos os profissionais que a integram” (p. 138).

Como elucidado por Ramos (2006), o modelo biomédico consolidou-se por meio de pesquisas e da fisiologia experimental. Segundo a autora, a interação entre os aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais foram substituídos pela anormalidade biológica, resultando na conceituação da doença como um desvio da normalidade ou um desequilíbrio não natural. A autora afirma que o fato de o homem ser reduzido às suas partes e a causa para a desordem biológica ser única caracterizaram o cunho reducionista e universalista desse modelo científico; a identificação de padrões acerca da normalidade, por meio de pesquisas, estabeleceu parâmetros sobre a doença e a saúde e, com isso, a generalização dos sintomas e das doenças ratificaram a idéia de universalismo.

Todavia, autores como Ramos (2006), Ribeiro; Araujo; Mesquita; Machado & Carreiro (2004) compartilham da ideia de que o padrão de doença e saúde proposto pelo modelo biomédico, que muito contribuiu para o tratamento especializado de sintomas orgânicos, oriundos de doenças, passou a ser questionado, devido a não compreensão da amplitude dos fatores que influenciam o processo de saúde-doença. Para eles, tal fato proporcionou o desenvolvimento de um modelo que compreendesse os aspectos inerentes ao sujeito, os fatores responsáveis pela manutenção do processo de saúde-doença e uma forma de atendimento compatível.

Ratificando o que foi exposto até o momento, autores como Fossi & Guareschi (2004) reafirmam que o homem vai além de um corpo físico e assim o atendimento integral à

saúde é fundamental. Visto isso, um único profissional, sozinho e isolado não é o suficiente para analisar o paciente, os aspectos que o circunda e para fornecer diagnóstico e prognóstico preciso e seguro (Ribeiro; Araujo; Mesquita; Machado & Carreiro, 2004). Para Giannotti (1996), atualmente:

(...) o que se pretende em relação à saúde, não seria de competência de um único profissional, mas uma tarefa multidisciplinar. Profissionais de áreas diversas, representantes de várias ciências, agregar-se-iam em equipes de saúde, tendo como objetivos comuns: estudar as interações somatopsicossociais e encontrar métodos adequados que propiciem uma prática integradora, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença (p. 15).

Diversos profissionais apresentam um lugar determinado para o trabalho na área da saúde, entre eles estão aqueles que não assistem diretamente as pessoas hospitalizadas, como agentes de limpeza e higienização, radiologista, copeiras, camareiras, e outros (Fossi & Guareschi, 2004). Dentre os que assistem diretamente os pacientes, e aqui serão considerados como a equipe multiprofissional, estão os médicos, residentes acadêmicos, farmacêuticos, fonoaudiólogos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos (Fossi & Guareschi, 2004; Campos, 1995; Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, 2004).

Para atender ao indivíduo em sua totalidade, as especialidades não podem formar um simples conglomerado em um mesmo local. A integração dos profissionais, como elucidada Fossi & Guareschi (2004), ou a interconexão, como explana, Ramos (2006), é imprescindível para que o atendimento possa englobar a amplitude do sujeito e os fatores que o influenciam no processo de saúde – doença.



Fica evidente, de acordo com Giannotti, (1996); Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, (2004); Fossi & Guareschi, (2004), a gama de terminologias para se retratar a integração dos profissionais de saúde. Destaca-se aqui o proposto por Peduzzi (1998), citado em Bruscato; Kitayama; Fregonese & David (2004) como sendo o referencial teórico de multiprofissionalidade a ser seguido neste trabalho, sendo ele um complexo de ações e não atos isolados. Para tanto, o autor define duas dimensões inseparáveis para o trabalho multiprofissional sendo a primeira, a articulação das ações que se referem à integração dos trabalhos de forma que a análise e as intervenções possam ser oriundas de um processo conjunto, onde as especificidades são respeitadas e a flexibilidade das mesmas é essencial; e a segunda, a interação dos profissionais a qual ressalta que a inter-relação e o vínculo entre os membros da equipe potencializam o cumprimento de uma tarefa.

A Psicologia passa a ocupar um lugar de decisão no hospital, sendo parte do tratamento designado e oferecido ao paciente (Angerami, 2002). Há quem diga, como More; Crepaldi; Queiroz; Wendt & Cardoso (2004), que a Psicologia ao ser comparada com as outras ciências que formam uma equipe de saúde multiprofissional é tida como recente. No entanto, sua inserção no ambiente hospitalar tem mostrado contribuição e sido de grande valia, haja vista a atual relevância da interação dos aspectos psicológicos, biológicos e sociais como influenciadores no processo de saúde – doença. Assim sendo, para Fongaro e Sebastiani (1996), a base que permeia as atividades do psicólogo no hospital mostra uma visão de paciente, não fragmentada, mas como um todo, como um indivíduo biopsicossocioespiritual o que garante a ele respeito e dignidade.

O psicólogo hospitalar tem como palco de atuação a mediação entre a esfera individual e da saúde; possui, fundamentalmente, pela própria constituição de seu objeto de estudo, suas fronteiras permeáveis às contribuições de uma variedade de outras ciências afins (Bruscato, Kitayama, Fregonese & David, 2004), Dessa maneira, “é conveniente junto à

equipe, que o psicólogo esteja atento e colabore para o trabalho interativo, contribuindo para o saber multidisciplinar, facilitando o processo comunicacional” (Campos, 1995, p. 97). Entretanto, a idéia de que ao psicólogo, exclusivamente a ele, é cabível a responsabilidade pela sensibilização do corpo de saúde para uma visão integradora de indivíduo e para os benefícios do trabalho em equipe multiprofissional é considerada incompleta (Guiannotti, 1996). Desse modo, o trabalho em equipe deve ser visto como um processo que demanda o repensar de papéis e atitudes (Costa, 2007).

Inúmeros autores reconhecem que a atuação multiprofissional inter-relacionada é mais uma aspiração e um ideal que uma realidade (Guinnotti, 1996). Segundo Santos & Sebatiani (1996), o que era para ser óbvio na prática hospitalar, visto as considerações acerca das influências dos fatores biopsicossociais no processo de saúde – doença ainda está em fase de amadurecimento por parte dos profissionais de saúde para que essa obviedade possa efetivamente se tornar realidade. Para os autores, assim como Giannotti (1996); Fossi & Guareschi (2004); Bruscato, Kitayama, Fregonese & David (2004) existem melindres, dificuldade de interações, indefinição de papéis, competitividades geradas pela conquista de um espaço de trabalho, disputas de poder, ressentimentos oriundos da hierarquização dos profissionais de saúde, falta de conhecimento acerca das contribuições dos demais saberes, formações centralizadoras e individualistas o que acabam gerando sensações de onipotência. Tais fatores causam um entrave na efetivação significativa de um trabalho multiprofissional e na assistência global à saúde o que continua a perpetuar a noção, já ultrapassada, de dicotomia entre indivíduo - corpo - mente - social e, concomitantemente, a distorção da noção de saúde e de doença.

Como evidenciado por Angerami (2000), do psicólogo hospitalar nas equipes multiprofissionais é esperado que ele se insira, não apenas se inclua, mas se fixe, se afirme e interaja. Isso é estendido aqui para todos aqueles que integram uma equipe de saúde

multiprofissional. O trabalho em equipe – que propicie trocas de conhecimento entre os profissionais, o autoconhecimento, a interajuda, o repartir de ansiedades – só facilitará a atuação de cada profissional em benefício próprio, do paciente e da instituição hospitalar (Campos, 1995).

## Capítulo III

### 3.1 Metodologia

De acordo com Tittoni & Jacques (2001), a pesquisa é uma estratégia sistematizada utilizada como recurso ligado a diferentes estilos de produção de conhecimento científico. Ela possui aspectos teóricos, técnicos e éticos que possibilitam a produção e a legitimação do conhecimento. Segundo os autores, há um caminho denominado de metodologia que objetiva a integração do empírico e do teórico para a produção de conhecimento, podendo ter cunho quantitativo ou qualitativo.

Há muitos anos a metodologia qualitativa de pesquisa tem sido utilizada nas ciências, tendo ela muito a oferecer em pesquisas e estudos na área da saúde (Pope & Mays, 2005). Para Tittoni & Jacques (2001), a metodologia qualitativa possibilita conhecer dados analíticos diferentemente da metodologia quantitativa, a qual oferece dados numéricos como objetos de análise ao pesquisador. A pesquisa construída por meio de uma abordagem metodológica qualitativa possibilita o trabalho com as concepções subjetivas das pessoas a respeito de sua vida diária, por meio de instrumentos lógicos e planejados, dentre eles a entrevista e análise de discurso (Tittoni & Jacques, 2001). Para a pesquisa e o estudo do tema proposto optou-se pela abordagem metodológica qualitativa e a utilização dos instrumentos citados.

No que se refere à análise de discurso, utilizou-se neste estudo a reflexão de narrativas como técnica de pesquisa. De acordo com Jovchelovitch & Bauer (2007) o nome narrativa é oriundo da palavra latina *narrare* o que significa relatar, ou ainda contar uma história. Segundo os autores, o interesse pelos estudos com narrativa vem há muito tempo recebendo destaque, desde a *Poética* de Aristóteles (384 a. C. – 322 a. C.), na qual o homem se deparou com uma forma de se comunicar, falar e expressar sobre o sentimento e as situações que perpassavam sua vida.

Segundo Brockmeier & Harré (2003), a narrativa tornou-se, na última década, alvo de interesse de um amplo número de novas pesquisas científicas. Para os autores, a narrativa como novo gênero de filosofia de ciências é muito mais que a análise de “estórias que as crianças contam, discussões em festas e jantares em diferentes ambientes sociais, relatos de doença e de viagens ao exterior, autobiografias, as retóricas da ciência” (p. 526).

Conforme elucida Stephens (1992), citado em Galvão (2005), a narrativa constitui-se a partir da combinação de três elementos: História – a qual abarca as personagens envolvidas, determinados acontecimentos, espaço e tempo que possibilitam uma primeira interpretação do que é contado; Discurso – formato específico de como a história é apresentada; e Significação – uma última interpretação que o ouvinte/pesquisador obtém por meio do inter-relacionamento da história e do respectivo discurso. Para acessar os conteúdos das narrativas dos entrevistados foi empregada a entrevista como técnica de pesquisa.

Conforme Britten (2005), quando se refere à pesquisa em saúde, a técnica entrevista é a mais comumente utilizada. Esta pode ser organizada em duas modalidades: a primeira entrevista estruturada, ou seja, padronizada com perguntas fechadas e preestabelecidas pelo pesquisador, e a segunda semiestruturada. Dessa maneira, a entrevista é conduzida com uma estrutura solta, com questões abertas que determinam a área a ser explorada possibilitando aos envolvidos seguirem com uma ideia ou ainda despendem respostas mais detalhadas. Neste trabalho foi eleita a segunda modalidade de entrevista, pois por meio dela foi permitido descobrir a estrutura de sentidos dos entrevistados e evitar, ao máximo possível, impor a estrutura e as suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado.

### 3.2 Participantes

Os participantes da pesquisa são profissionais de saúde: dois médicos residentes, sendo um de cada sexo (M1) e (M2); uma nutricionista (N); uma fisioterapeuta (F) e uma enfermeira (E). Todos os participantes estão ou estiveram trabalhando em Hospital Geral.

Após o contato e convite com os sujeitos da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual garantiu o anonimato e completo sigilo sobre suas identidades.

### 3.3 Materiais

Para a realização da pesquisa foram utilizados mesa, cadeiras, roteiro de perguntas abertas semiestruturadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ainda foi utilizado um relógio, papel, caneta e gravador digital, para posterior análise das narrativas. A condução das entrevistas foi realizada pela aluna pesquisadora.

### 3.4 Levantamento de informações

O levantamento de informações foi realizado por meio de quatro entrevistas semiestruturadas com questões abertas, como ilustra o roteiro elaborado pela pesquisadora (ver anexo), que obedeceu aos critérios e exigências estabelecidos pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pela resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CPF), haja vista a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Brasília (UniCeub). (ver anexo)

As entrevistas tiveram duração aproximada de 60 minutos. Todas foram gravadas com a anuência dos participantes, a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo) e em seguida foram transcritas. As referidas transcrições foram todas realizadas pela aluna pesquisadora.

O local da realização da pesquisa foi o Centro Universitário de Brasília (UniCeub), bloco IX, subsolo, em sala cedida pela instituição de ensino, mediante autorização formal. As entrevistas foram realizadas em horários e dias distintos.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi utilizado como instrumento norteador para o pesquisador e não como algo a ser seguido meticulosamente, objetivando assim que os

entrevistados tivessem liberdade de expressão acerca do tema. Houve pouca intervenção por parte da aluna pesquisadora nas entrevistas.

### 3.5 Procedimento para a análise de informações

É notória a presença de aspectos como singularidade e complexidade nos conteúdos narrados durante um procedimento de entrevista. Dessa maneira, é de suma valia em um processo de análise que se incline a compreender os conteúdos das narrativas, de forma que esses aspectos não sejam desconsiderados. Dentre os procedimentos que podem contribuir para a análise, os conteúdos narrados foram submetidos à análise temática proposta pelo referencial teórico de Bardin (2002), a qual, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos, busca a construção de indicadores que permitem a produção de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção desses conteúdos.

Segundo Bardin (2002), a análise de conteúdo toma em consideração a análise dos significados, ou ainda, da temática dos conteúdos narrativos; esporadicamente, a sua forma e a distribuição são tidos como importantes. Para o autor, a análise de conteúdos tem por objetivo compreender o que está além dos significados elaborados pelos sujeitos tendo como intuito evidenciar o que está encoberto; sendo assim, “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras... é a busca de outras realidades através das mensagens”. (p. 38)

A partir dos interesses que compuseram o roteiro de entrevista semiestruturada, as narrativas oriundas dessas entrevistas foram analisadas e as respostas organizadas, sob a orientação do seguinte procedimento proposto por Bardin (2002): a) leitura flutuante – compreendida como a primeira atividade da pesquisa, teve como objetivo organizar, sistematizar e operacionalizar as ideias iniciais, buscando selecionar o material e explorar os

dados. Neste sentido, foi permitida a familiarização com o '*corpus*' do trabalho, ou seja, com o conjunto de documentos que foram submetidos aos procedimentos analíticos. b) Preparação do material – fase que antecedeu a análise propriamente dita. Constituiu-se na preparação formal, ou seja, na transcrição e edição das entrevistas, que teve como finalidade facilitar a manipulação da análise. c) Exploração do material – fase de pré-análise, a qual consistiu em decodificar os dados obtidos. Os dados brutos foram convertidos de forma sistemática em categorias de análise que permitiram uma descrição exata das características referentes ao conteúdo. d) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – fase de análise das categorias organizadas anteriormente, por meio da desocultação daquilo que estava escondido, latente, mais especificamente, o não dito. Assim, “realçar (...) o que se encontra em segundo plano (...) não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir, através de significantes ou significados (manipulados), outros significados de natureza psicológica, sociológica, política, histórica etc” (Bardin, 2002, p. 41).



## Capítulo IV

### 4.1 Resultados

As narrativas construídas durante as entrevistas possibilitaram que fossem levantadas informações sobre o entendimento dos profissionais de saúde acerca do trabalho do psicólogo que atua em contexto hospitalar e sobre questões relacionadas ao mesmo, como o entendimento do processo de saúde-doença e do trabalho multiprofissional em saúde. Assim, pelo compartilhamento das experiências verbalizadas pelos participantes, pôde-se refletir sobre aspectos que fazem parte de suas vivências no trabalho e implicam em suas atuações profissionais.

A partir das orientações de Bardin (2002), elucidadas no capítulo anterior, foi realizada a decomposição dos conteúdos brutos narrados e posteriormente organizados em categorias de análise. Os dados foram divididos em duas colunas: Coluna A - Conteúdo e a Coluna B - Categoria de Análise, ficando da seguinte maneira:

COLUNA A – Conteúdo	COLUNA B – Categoria de Análise
1) Compreensão do processo saúde-doença	1.1) Perspectiva pessoal. 1.2) Perspectiva a partir da prática profissional.
2) Compreensão acerca do trabalho Multiprofissional	2.1) Perspectiva pessoal. 2.2) Perspectiva a partir da prática profissional. 2.3) Sobre a implementação do trabalho multiprofissional no Brasil.
3) A função do psicólogo hospitalar	3.1) Com o paciente. 3.2) Com a família. 3.3) Com a equipe de saúde.

## 4.2 Análise de informações e discussão

### 1) Compreensão do processo de saúde-doença.

#### 1.1) Perspectiva pessoal.

Neste tópico acerca da compreensão do processo de saúde e doença, mais especificamente na categoria de análise sobre a compreensão pessoal que os profissionais de saúde entrevistados apresentaram sobre a questão, identificamos em todas as narrativas construídas, consonância com a ideia proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de que a saúde é conceituada como um “(...) estado de completo bem-estar físico, social e mental, não sendo unicamente a ausência de afecção ou doença” o que a caracteriza. Vide trechos das narrativas dos participantes:

F: Eu não consigo mais separar o sujeito. Eu já me habituei a entender o paciente em sua forma completa (aspectos físicos + psicológicos + sociais) e integrada e acho que isso é o correto!

N: Acredito que a saúde é o bem-estar físico, mental e social do ser humano!

E: Minha concepção do processo de saúde e doença baseia-se na pirâmide formada pelos aspectos físicos e psicológicos, onde todos são interligados. [...]

M1: Eu acho que é a harmonia do orgânico, do mental e também do social. Acho que se uma coisa estiver fora do eixo pode se refletir nos demais. Acho que não é apenas ausência de sintomas orgânicos e doenças que significa saúde! Desde sempre (universidade) aprendemos que a atenção tem que ser individualizada, você tem que conhecer a pessoa, você trata a pessoa, ou seja, você deve promover a saúde de determinada pessoa e não a cura da doença X.

M2: Acho o conceito da OMS sobre saúde legal porque ele mostra duas coisas: primeiro, a interdependência do físico, do psicológico e do social e, em segundo, ele mostra a questão do bem-estar que não significa necessariamente a ausência de um quadro patológico, mas significa que a pessoa está conseguindo desempenhar bem suas funções. [...] Nesse sentido a saúde é relativa porque a saúde que você tem, talvez não seja suficiente para um atleta, por exemplo. Esse conceito traz um individualismo!

Na narrativa dos participantes M1 e em especial do M2 identificamos uma ressalva no conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS); no que se refere ao bem-estar, como sendo algo individualizado, ou seja, algo relativo, dinâmico e constituído na medida em que interagem satisfatoriamente o homem e o meio. Isso, para Rey (2004), remete a uma posição ativa do indivíduo em relação a sua própria saúde e resultando na responsabilidade do mesmo com a promoção de sua saúde aliada a uma consciência social e a iniciativas públicas.

Ainda sobre a individualidade percebida pelos profissionais, atrelada ao conceito de saúde, a partir do construto bem-estar, fica clara a revisão feita pelos profissionais de saúde contemporâneo dos princípios generalistas e estereotipadores do modelo biomédico que, conforme elucidado por Ramos (2006), foi o grande incentivador da prática de se categorizar doenças e enquadrar indivíduos em diagnósticos pré-moldados, o que veio a fomentar a ideia do normal e patológico no final do século XIX.

## 1.2) Perspectiva a partir da prática profissional.

Notamos nas narrativas construídas pelos participantes que o processo de saúde-doença está sendo entendido por eles como um processo dinâmico e individual de equilíbrio dos elementos físicos, psíquicos e sociais que perpassa a vida de qualquer pessoa, sendo que a

ruptura dessa harmonia biopsicossocial pode levar a um desequilíbrio e conduzir à doença. Assim, como o ser humano é um ser integral que possui corpo e mente como uma realidade, esta unidade que adocece, uma vez que ocorre uma inter-relação de ambos os seus componentes. Entretanto, alguns participantes explanaram em suas narrativas as dificuldades em se vivenciar esse conceito de saúde na prática, o que será considerado aqui como a segunda categoria de análise da compreensão do processo de saúde-doença.

Primeiramente, foi afirmado nas narrativas de alguns profissionais, como demonstram trechos abaixo, que na prática profissional viver e aplicar a complexidade e a globalidade do processo de saúde-doença é quase impossível por diversas razões, como: situações precárias de trabalho, falta de profissionais habilitados para entendimento e atendimento aos pacientes, falta de profissionais para a demanda exorbitante, falta de estrutura física para os atendimentos, falta de remuneração digna, dentre outros.

F: [...] eles (profissionais de saúde) precisam tomar posse do seu papel e fazer de uma forma bem feita respeitando o sujeito em sua complexidade. [...] eles devem ser capazes de lidar com o ser humano [...] para isso estão faltando verdadeiros incentivos governamentais. [...]

N: Falta que os profissionais assumam uma postura efetiva de profissionais de saúde [...] pensamos numa pessoa vítima de uma doença. Ainda mais quando se fala em hospital isso fica mais forte porque hospital é o lugar de gente doente e não um local onde as pessoas vão alcançar o seu bem-estar e o seu tratamento.

M1: Na prática, eu sempre tento ver isso (o atendimento global ao paciente), mas às vezes, você quer fazer uma consulta adequada com o paciente [...]. [...] quando observo que o paciente que está com queixas além do orgânico e você quer ouvir a pessoa para permitir que ela possa desabafar; só que tem umas 30 pessoas lá fora,

então você não consegue dar a assistência que você gostaria e a promoção da saúde é defasada [...]!

M2: O que eu vejo acontecer hoje são médicos e enfermeiros tentando atender o paciente em sua forma global como apoio psicológico e assistência social porque o sistema não supre a demanda, há falta de estímulos e estrutura [...]. [...] então o que eu vejo acontecer é a falta de avaliação global do paciente e conseqüentemente a falta de atendimentos adequados [...]. [...] a remuneração é baixa então não temos condições de fazer a consulta de 1 hora, por exemplo, para poder entender o paciente além das queixas [...].

Identificamos ainda, ao analisar as entrevistas dos profissionais N, M1 e M2 que como empecilho para a efetivação da compreensão biopsicossocial como inerente ao processo de saúde-doença, o descompasso entre a formação acadêmica e a realidade profissional é crucial. Com isso, vários profissionais imbuídos de uma ideologia complexa de sujeito e de seus processos ao entrar nos serviços de saúde são desmotivados e forçados a se enquadrar num sistema composto por compreensões distorcidas, simplistas e equivocadas de ser humano e da complexidade de seus processos.

N: Hoje me questiono muito sobre isso, somos profissionais de saúde ou de doença? Na teoria nós somos profissionais de saúde, só que o que eu vejo na prática é que saímos habilitados para lidar com doenças [...]!

M1: Vejo muito comprometimento em querer trabalhar numa concepção de saúde mais global, com médicos e profissionais novos, mas a partir do momento que eles entram e se deparam com a crise da saúde eles se entregam e se adéquam à situação. A realidade é cruel! Costumo dizer que o sistema de saúde está na UTI.

M2: Você é desestimulado do início ao fim. Você entra num serviço que está errado, fica em contato com profissionais formados por aquele serviço errado e, portanto, com mentalidades errada. Quanto à formação, posso falar das escolas médicas, que elas estão avançando muito na questão da humanização, mas não adianta de nada você sair com uma formação humanizadora, se quando você terminar aquilo, na prática, nada é seguido e nada é entendido [...].

Percebemos ainda, conforme ilustrado por fragmentos de narrativas abaixo, a precária ou quase nula educação em saúde da sociedade como impedimento à execução e ao fortalecimento de um atendimento global, pois os próprios indivíduos desconhecem a influência dos aspectos físicos, sociais e psíquicos no processo de saúde e doença, como propõe Fossi & Guareschi (2004). Assim, o paciente não reconhece que não traz apenas um órgão doente, mas também a ansiedade e os problemas psicológicos e sociais que dele decorrer, o que acaba resultando na desqualificação de determinadas especialidades.

N: [...] as pessoas não sabem o real significado da saúde, da doença e do hospital. Hoje em dia, as pessoas estão cada vez mais doentes e procuram tratar o pé doente, a diabetes, fazer a retirada de um câncer, fazer uma diálise e assim sempre focados na doença. Eu acredito que a política e a educação têm reforçado a ideia de doença e não de promoção de saúde ou prevenção!

M1: Acho que o ideal seria trabalhar com a promoção e com a prevenção, mas nem a própria população está preparada para isso. O ser humano tem dificuldade de poupar para o futuro; a pessoa que fuma vai pensar no câncer, mas não agora, só daqui a 30 anos. É muita coisa da cultura e mudar cultura é difícil!

M2: Em termos reais, acho esse conceito um horizonte difícil de ser alcançado pela maioria das pessoas, não só as pessoas mais pobres ou com menos acesso,

mas também aquelas com diversos recursos. Acho que a dificuldade de acesso à informação e de um serviço social e de saúde adequado dificultam o entendimento e a aplicabilidade desse modelo proposto pela OMS. [...] No serviço público, muitos hospitais cobram produtividade e os próprios pacientes também cobram; médicos que demoram muito com pacientes e quando você olha a fila de espera já imagina que vai ter gente xingando essa conduta do médico (despender 1 hora para atendimento do paciente além da queixa principal).

A partir da reflexão dos conteúdos das narrativas apreendemos que mesmo o adoecer alterando significativamente a vida do indivíduo com a ruptura na vida regular, separando-o das suas atividades corriqueiras, impondo-lhe novas situações, gerando uma desarmonização global acompanhada de alterações no campo psíquico e ocasionando manifestações nas interações sociais os pacientes não conseguem conceber a complexidade do adoecer, o que fomenta a busca por atendimentos imediatistas e focais.

## 2) Trabalho multiprofissional em saúde.

Como já ressaltado e discutido no tópico anterior, o homem e o processo de saúde-doença não se restringem à dimensão física ou orgânica; a partir dessa ideia, o modelo de atendimento e entendimento deve ser integral, assim como o respeito à complexidade do sujeito é fundamental. Sendo assim, ratifica-se a ideia proposta por Ribeiro; Araujo; Mesquita; Machado & Carreiro (2004) de que um único profissional, sozinho e isolado, não é o suficiente para atender a um paciente, verificar os aspectos que o circunda e para fornecer diagnóstico e prognóstico preciso e seguro.

## 2.1) Perspectiva pessoal.

Nas narrativas construídas pelos profissionais de saúde entrevistados foram apresentadas como perspectiva pessoal acerca do trabalho multiprofissional em saúde, as seguintes ideias:

F: Eu não entendo como multiprofissional ou multidisciplinar e sim como interdisciplinar mesmo. Onde há interação e o entendimento do papel do outro, troca de conhecimentos para que se consiga um excelente tratamento, nestes moldes a hierarquia é horizontal; você não se vê superior a ninguém, é um lugar que você vai para trocar mesmo e o foco é juntar nossas forças para realmente poder dar o melhor tratamento para aquele paciente. Todas as forças de todas as especialidades são pra isso e para se alcançar isso, todas as especialidades têm voz dentro da equipe e é o que eu acho certo!

E: [...] o trabalho em equipe acontece com a participação e a colaboração de todas as especialidades [...] O trabalho em equipe possibilita o atendimento e cuidados básicos que envolvam todas as partes que compõe o indivíduo. [...] A equipe multiprofissional nos auxilia nas soluções dos problemas, nos dando maiores possibilidades de resolubilidade.

N: Quanto à multidisciplinaridade para o paciente, a principal vantagem que vejo é que ele vai ser assistido por uma equipe que não vê só a questão da doença e sim um olhar focado no paciente, ou seja, na pessoa, então ela tem todo um conforto de que ela vai ser atendida não só na queixa principal que ela está tendo, mas todas as questões de vida vão ser avaliadas e discutidas por uma equipe. [...] Acho que a equipe tem a função de se apoiarem. O benefício da equipe não é só para o



paciente, e sim você pegar o conceito de saúde e dar as competências para cada um e todo mundo trabalhar em função da saúde.

Observamos nos conteúdos emergidos durante as entrevistas que a promoção à saúde não pode ser vista mais como de responsabilidade de um único profissional, pois é um assunto que diz respeito e deve ser conduzido por diversos profissionais de diversas disciplinas em prol das necessidades dos indivíduos e/ou pacientes.

Percebemos nos trechos acima que trabalhar com multiprofissionalismo em saúde, para os entrevistados, é propiciar uma visão mais global do paciente e dos processos que envolvam o adoecer e a recuperação do mesmo, sendo notório que para tal feito cada profissional deve se comprometer com a sua atuação e aceitar a atuação de outros como forma de contribuição para a saúde do paciente.

Notamos que alguns entrevistados, como N e F, apresentam como propostas de trabalho o multiprofissionalismo e a multidisciplinaridade. Entretanto, é importante ressaltar que, independente da nomenclatura, o trabalho em saúde deve ser realizado por uma equipe composta de profissionais que trabalhem em um mesmo ambiente; que estudem as interações somatopsicossociais; que encontrem métodos adequados capazes de propiciar uma prática integradora; que tenham como objetivo a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença; que concebam uma relação de troca entre os profissionais; que possibilite um trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas. Dessa maneira, o trabalho que contemple a complexidade do indivíduo e que vise à troca de saberes entre os diversos profissionais, sejam eles de propostas multidisciplinar, multiprofissional, transdisciplinar ou interdisciplinar é bem-vindo no que se refere ao atendimento em saúde do ser humano.

## 2.2) Perspectiva a partir da prática profissional.

Na reflexão dos conteúdos emergidos durante o procedimento de entrevista com a profissional N, percebemos que na prática profissional a efetivação do trabalho em equipe tem sido submetido às premissas do modelo biomédico por todos os agentes de saúde e com isso os diagnósticos e as intervenções têm sido centralizados em um único profissional – o médico - o que há alguns anos vem sendo questionado com o contemporâneo reconhecimento da complexidade do sujeito e do processo de saúde-doença.

N: O modelo que temos no país, não se vê sendo incentivado teoricamente; na prática o que nós vemos é o modelo biomédico, que é o médico tomando todas as decisões, não apenas médicas, mas nutricionais, psicológicas e sociais. O Brasil está evoluindo muito, mesmo com a influência da herança biomédica e com a resistência de profissionais da área da medicina que não permitem a invasão de outros profissionais. O que vemos é que eles estão assumindo o lugar de cuidador da saúde, ou melhor, o tratador da doença daquele paciente, que é o que limita demais a efetivação do trabalho da equipe. Tenho observado que a própria equipe se comporta de uma maneira equivocada para garantir o bem-estar físico, social e mental. Ela (a equipe) se guarda, se fecha, ela acha mais fácil trabalhar assim. [...]

É importante ressaltar que mesmo com o avanço da Medicina e com a inserção de outros profissionais na instituição hospitalar – com o objetivo de atender à evolução do conceito de saúde durante anos – fatores como caráter curativo restrito das instituições hospitalares, o reconhecimento social e a responsabilidade civil e penal quanto ao resultado final das práticas em saúde fizeram com que o médico se tornasse a principal figura do hospital. Com isso, a categoria tem usufruído de uma situação dominante, o que tem acarretado na dificuldade em se implementar um efetivo serviço multiprofissional em saúde.

Assim, como apontado por Chiattonne (2002), na realidade da maioria das instituições de saúde ocorre que “[...] apesar da evidente necessidade de evolução da concepção da saúde como modelo de integração, considerando-se saúde como um assunto para muitos profissionais, a visão biopsicossocial em saúde ainda permanece contextualizada como um ideal” (p.109). É perceptível na fala dos entrevistados N, M1 e M2 que em suas vivências o atendimento biopsicossocial é despendido ao indivíduo de uma forma não multiprofissional, mas sim fragmentada, reforçando a concepção dualista acerca do homem e de seus processos, individualizada, sem interações e trocas de conceitos, de concepções, de experiências em busca do maior objetivo: o atendimento especializado ao paciente. Desse modo, essa situação acaba por fragmentar ainda mais o paciente uma vez que, na prática, a integração no atendimento é negado pelos profissionais.

N: Temos várias referências de hospitais com equipes tratando com médicos, nutricionistas e psicólogos, mas não temos referências algumas de hospitais que tenham essa equipe tratando junta, interagindo. Muitas vezes cada um faz o seu trabalho e eles não possuem momentos para discutir sobre a rotina do lugar e não casos, mas o que eles vão oferecer para cada paciente que chegar lá. Apesar de acreditar muito nisso, acho que é um processo.

M1: É, realmente. Não há comunicação em nenhum setor lá do hospital em que há uma equipe. Temos somente equipes. Eu só vejo as conversas por prontuário. Psicologia conduta. Fisioterapia conduta. Eu mesma, se encaminho o paciente para psicologia, só dou uma olhada no prontuário!

M2: [...] é o que existe hoje, um monte de profissionais que trabalham no mesmo lugar e que atendem o mesmo paciente [...]. A ideia do trabalho em equipe efetivamente, ainda tem muito que amadurecer.

À luz das entrevistas de M1 e F constatamos que é extremamente equivocado o fato de se responsabilizar unicamente o médico pelo reducionismo do atendimento. Na verdade, o que deve ser feito para um trabalho multiprofissional efetivo seria um repensar de atitudes e papéis como prevê Costa (2007), para que motive uma reflexão em todos os agentes de saúde, que inseridos no contexto hospitalar, propagam os princípios do modelo biomédico.

M1: [...] O médico não desqualifica a presença de outros profissionais, o negócio é que não temos apoio [...]. Então, as vezes não é só falta de conhecimento ou resistência do médico sobre a contribuição das outras áreas, e sim o sistema que não favorece o atendimento das outras áreas.

F: [...] Me pediram para fazer trabalho voluntário lá (Programa de Saúde da Família) porque eles estavam precisando muito. Para você ter uma idéia, o médico ortopedista é que estava fazendo alguns movimentos para suprir a falta do fisioterapeuta. Só que aí eu me pergunto: se estão precisando tanto porque não contratar, não é?

Para findar a categoria de análise acerca da realidade sobre o trabalho multiprofissional e embasado nos pressupostos de Bruscato, Kitayama, Fregonese & David (2004), alguns fatores foram apontados pelos entrevistados como percalços decisivos na formação e na efetivação da prática multiprofissional em saúde. Dentre eles destacamos: a) fatores extra-hospitalares: políticas salariais, mercado de trabalho; b) fatores intra-hospitalares, entre eles política de cargos e salários, situação econômico-financeira da instituição, condições físicas no âmbito hospitalar para a execução das atividades; c) fatores relativos ao trabalho, tais como tipo de atribuição de cada membro do grupo, nível de exigência das tarefas que competem a cada um, desgaste que a atividade impõe; d) fatores relativos ao grupo, onde se encontram profissionais integrantes, melindres nas relações

interpessoais dos profissionais de saúde, nível de motivação dos profissionais, nível de maturidade profissional, nível de envolvimento de cada um nas tarefas propostas; e e) fatores relativos ao indivíduo, como conteúdo cultural, nível de formação acadêmica, repertório comportamental, afetivo e emocional para estabelecer relações interpessoais e que facilite ou propicie o trabalho em grupo.

### 2.3) Implementação do trabalho multiprofissional no Brasil.

Sobre essa categoria de análise, observamos que todos os profissionais de saúde entrevistados apresentaram que para a implementação do atendimento multiprofissional efetivo no Brasil é preciso um conjunto de ações governamentais e profissionais.

F: [...] Então é um conjunto de ações governamentais e ações individuais dos profissionais.

N: Os governantes precisam pressionar e fiscalizar os dirigentes dos hospitais a constituírem equipes multiprofissionais e a trabalharem como tal [...]. Falta que os profissionais assumam uma postura efetiva de profissionais de saúde! [...] conscientização da população para a integralidade do ser humano com a divulgação de projetos nos moldes de atendimento multiprofissionais que tem dado certo, bem sucedidos, mostrando os benefícios que as equipes estão promovendo em termos de indicadores de saúde, por exemplo, quanto, por cento, reduziu do problema, quantos dias de internação reduziram. É preciso que as equipes que trabalham multiprofissionalmente se mostrem na mídia; não é só esperar do governo, é cada profissional ter a iniciativa de agir e isso começa na universidade. O profissional está saindo capenga da graduação e com uma visão distorcida. Falta envolvimento e vontade de alguns profissionais em se juntarem e trabalharem nessa perspectiva; de nada adiantaria o governo estabelecer leis sendo

que os profissionais não estão a fim de colocá-las em práticas, burlando e sendo corruptos.

E: [...] mais profissionais em todos os setores preventivos ou curativos, pois a demanda é muito grande tanto no setor público como no privado [...]. Acredito também na educação em saúde e educação continuada para que a população possa almejar, reconhecer e exigir um atendimento global que possibilite um equilíbrio não só dos aspectos orgânicos, mas psicológicos [...].

M1: Para se implementar o serviço multiprofissional eficaz faltam profissionais, falta recurso material e falta conhecimento de alguns profissionais e da sociedade.

M2: O paciente não está preparado, ele não foi educado sobre a importância do psicólogo, do fisioterapeuta, do nutricionista e do assistente social no hospital e fora dele. Talvez, se você tiver um atendimento multiprofissional por muitos anos oferecido à população, você consiga formar uma clientela que consiga compreender as vantagens do trabalho multiprofissional e do atendimento global. Acho que condições físicas, recurso físico, material e remuneração adequada estejam faltando e são necessários para que eles (profissionais de saúde) possam se dedicar ali!

Pensar na instauração de equipes multiprofissionais de saúde em instituições hospitalares exige, necessariamente, a reflexão sobre o atual sistema de saúde vigente no país, sua organização, gestão, condições de acesso da população aos serviços, condições institucionais nas quais se dá o trabalho dos profissionais, particularidades das unidades hospitalares nas quais as assistências são oferecidas, as características da população atendida (incluindo um estudo acerca do conhecimento em saúde que possuem) e, *a posteriori*, uma reformulação no atual quadro da promoção da saúde no país.

### 3) Função do psicólogo hospitalar.

De acordo com Sebastiani & Maia (2005), a Psicologia Hospitalar é a área que intervém nos processos de doença, internação e tratamento, envoltos pela relação entre paciente, família e equipe, utilizando teorias e técnicas específicas para a atenção às pessoas num contexto hospitalar.

#### 3.1) Com o paciente.

Nesta categoria de análise observamos que para os entrevistados F, E, M1 e M2 a principal função do psicólogo hospitalar frente ao paciente é auxiliá-lo no entendimento do diagnóstico e na adequação do mesmo ao tratamento. Nas falas dos referidos entrevistados é notável a consonância com a realidade de que dentro da instituição hospitalar, em oposto à prática clínica, não é o paciente que vai buscar o atendimento psicoterápico. Em geral, a equipe de saúde determina a necessidade de atendimento psicológico e faz a indicação. Cabe ressaltar aqui que o paciente sempre tem o direito de escolher se quer ou não o serviço psicológico. Dessa maneira, fica evidente que no contexto hospitalar os psicólogos hospitalares são aqueles que integram uma equipe multiprofissional e que possuem uma visão de homem como um ser biopsicossocial, conhecedor da realidade institucional, bem como de seus limites, assim respondendo para um desenvolver profissional (Chiattonne, 2002).

Pensando nessa questão, o atendimento psicológico a qualquer público, seja ele no consultório ou no hospital, precisa estar motivado e reconhecer que algo não vai bem para que o serviço psicológico se faça necessário. Portanto, na instituição hospitalar não só o encaminhamento de um especialista de referência é suficiente para a execução do atendimento psicológico.

F: Psicologia ajuda muito a gente a entender as questões emocionais que envolvem o processo de reabilitação [...] além de auxiliar no diagnóstico, na elaboração do plano de tratamento e na aplicação desse plano.

E: [...] O psicólogo deve agir aí, no auxílio ao paciente, para se fortalecer e entender as intervenções para seu tratamento.

M1: [...] encaminhei muito paciente com diagnóstico de câncer para a Psicologia, por identificar dificuldades de enfrentar o diagnóstico; eu percebo a desorientação desses pacientes em não saber o que fazer, medo do tratamento.

M2: Acho que os pacientes que eu indicaria para a Psicologia são aqueles com maior dificuldade em aceitar o seu problema e que, conseqüentemente, têm uma difícil adesão ao tratamento.

Frente às considerações dos entrevistados constatamos que o surgimento de uma doença por si só ocasiona impacto no campo físico e psíquico do indivíduo; quando aliado a uma internação hospitalar, as suas conseqüências são redobradas em quantidade e intensidade.

O processo de adoecer para Foucault (1975), citado em Calil (1995), “(...) tanto em designações psicológicas como orgânicas, se refere à situação global do indivíduo no mundo, sendo uma reação global do indivíduo tomado na sua totalidade psicológica e fisiológica”. (p. 49) Nesse sentido, além de ser uma experiência singular o adoecimento acarreta mudanças na vida do indivíduo, como limitações e adaptações à nova situação, temporária ou permanentemente. Com a doença, o indivíduo deixa de desempenhar seu papel de pai, mãe, estudante, trabalhador, cônjuge, etc. O indivíduo deixa de ser alguém para ser aquele que possui ou é portador de algo, deixa de se divertir, de conviver com amigos e familiares. Para alguns, conforme aponta Pitta (1999), o adoecer é motivo de vergonha, pois no atual quadro social em que vivemos, este implica deixar de produzir, logo, de ser.



O período de hospitalização, por sua vez, retira o indivíduo de suas funções corriqueiras, exige adaptabilidade às regras, rotinas e sujeitos da instituição hospitalar. Esse novo espaço contribui para o desequilíbrio do indivíduo, já desorganizado pelo diagnóstico da doença, suscitando estressores psicológicos como: sensação de abandono, dependência de terceiros e/ou familiares, medo que a doença impeça projetos e desejos, medo de perder seu papel, medo da dor, medo de procedimentos invasivos e mutilantes, medo do desconhecido, medo da morte e expectativas relacionadas à doença, à equipe de saúde e ao tratamento.

M2: Outra coisa que acho de fundamental importância para a equipe e para o psicólogo em especial é adequar as expectativas do paciente à realidade, auxiliando o paciente a entender o que está acontecendo e o que pode vir a acontecer e com isso que ele não espere nem mais nem menos. Acho que assim muitos problemas de relacionamento entre médico e paciente estão relacionados a essas expectativas.

Penna (1992) reforça o quanto é particular para cada paciente a forma de perceber e sentir o processo de adoecer e a hospitalização, bem como os sentimentos que circundam estes processos. Nesse sentido, as expectativas com relação à doença, ao tratamento e, em especial, da equipe de saúde apontadas pelo entrevistado M2 estão presentes em quase todos os indivíduos hospitalizados. Elas devem ser respeitadas pela equipe como inerentes ao processo em que o sujeito está inserido, aclaradas não só pelo psicólogo, mas por todos da equipe, com o objetivo de minimização e adequação das mesmas à realidade.

### 3.2) Com a família.

No atual quadro social em que vivemos a família é uma realidade social. Segundo Áries (1978), citado em Gomes (1998), ela tem como função atender a importante necessidade de aconchego e conforto aos indivíduos. Assim como para o indivíduo o processo de adoecer e de hospitalização são particulares, para as famílias não é diferente, ou seja, cada família sente e vive o momento de hospitalização de um ente querido de formas que lhe são peculiares. Para Campos (1995), quando a doença se instala no indivíduo, muitas vezes surgem, em consequência, crises e desajustamento do grupo familiar, uma vez que estes ficam angustiados, apreensivos, agressivos e ansiosos sobre a evolução da doença e do tratamento. A entrevistada N apresenta a seguinte característica para o grupo familiar em uma situação de hospitalização:

N: Acho que a família é o termômetro do paciente, ela conhece melhor o parente/paciente do que ninguém; os familiares é que são os acompanhantes dia e noite e sabem se o paciente está evoluindo, piorando ou se sentindo melhor.

No âmbito hospitalar, uma das grandes motivações do estresse psicológico aos membros de uma família estão relacionados à falta de informações e esclarecimentos precisos e coerentes ao vocabulário dos indivíduos acerca das regras da instituição hospitalar e das condições do ente hospitalizado. Para Campos (1995), o apoio psicológico aos membros da família é necessário e fundamental, para que além da oportunidade de falar de seus medos, de expressar seus sentimentos e, principalmente, de esclarecer suas dúvidas, o psicólogo possa ajudar a família conscientizando-a da real situação do doente, incentivando a família a ser ativa no processo de hospitalização quando possível, ressaltando a importância do papel psicossocial que desempenham, prestando assistência psicológica à família focalizando a

doença, as necessidades de adaptação ao cotidiano hospitalar, ao tratamento e aos sentimentos que envolvam o processo.

É interessante pontuar aqui, assim como foi feito por F em sua entrevista, que os vários aspectos envolvidos no processo de saúde-doença e de hospitalização devem ser aclarados para os familiares, pois estes precisam sentir-se apoiados e seguros, com suas dúvidas esclarecidas para, assim, assumirem com firmeza uma postura de apoio e auxílio àquele que se encontra em condições atípicas.

F: Vejo a importância do psicólogo em lidar com as famílias, em auxiliá-las a entender o diagnóstico e tratamento. É mais fácil ter sucesso no tratamento quando a família sabe o que está acontecendo [...].

### 3.3) Com a equipe de saúde.

Ao se pensar em equipe de saúde subentende-se, assim como Chiattonne (2002), uma combinação de profissionais que trabalham em um mesmo local, com uma finalidade comum, atuando interdependentemente, realizando trocas de informações, ou seja, profissionais que falam a mesma linguagem em prol do paciente, dos familiares e, conseqüentemente, de si mesmos.

Para os entrevistados F e N uma das funções de uma equipe de saúde mais ressaltadas foi a de apoio mútuo entre os seus membros. O fato de fazer parte da equipe, de ser considerado por alguns membros como importante no atendimento ao paciente, à família e aos próprios componentes da equipe no que diz respeito à elaboração do diagnóstico, do plano terapêutico e na aplicação deste, confere ao psicólogo hospitalar o reconhecimento científico entre outras profissões, o que vem aspirando há alguns anos.

F: Acho que outro papel da equipe e do psicólogo na equipe de saúde é o suporte e o apoio mútuo. [...]

N: Vejo o psicólogo como aquele que vai nos apoiar nas nossas decisões [...] e também interferir nas condutas com planos terapêuticos junto com os planos dos outros profissionais.

E: [...] toda equipe deve ter um psicólogo, pois nem sempre nós e os demais profissionais estamos com a cabeça boa e com o emocional estabilizado [...] o psicólogo auxilia na reflexão e na elaboração de alternativas para se enfrentar situações e problemas.

Todavia, cabe salientar aqui, assim como feito por Giannotti (1996), que “não tendo o reconhecimento institucional, o trabalho do psicólogo corre o risco de converter-se no exercício de uma subpsicologia [...] acabando por se converter num auxiliar da tarefa médica. Na posição de aspirante, a sua tarefa não será percebida como essencial”. (p. 33)

Ainda referente à categoria de análise da equipe de saúde, foi ressaltado pela entrevistada N como função do psicólogo a mediação de conflitos intraequipes. Os conflitos que permeiam o relacionamento interpessoal dos profissionais de saúde estão sob a influência do desgaste ocasionado pela rotina sempre intensa da instituição hospitalar que eleva os níveis de ansiedade e de estresse. Outros aspectos, como dificuldade de interações, indefinição de papéis, competitividades geradas pela conquista de um espaço de trabalho, disputas de poder, ressentimentos oriundos da hierarquização dos profissionais de saúde, falta de conhecimento acerca das contribuições dos demais saberes, formações centralizadoras e individualistas (o que acabam gerando sensações de onipotência) são circunstâncias que regulam as relações interpessoais dos membros da equipe e que devem ser intermediadas pelo psicólogo. Porém, o apoio dos outros membros é essencial, pois ao estar inserido no contexto hospitalar o psicólogo também é alvo das consequências do cotidiano hospitalar e das intempéries dos relacionamentos interpessoais.

Um bom relacionamento interpessoal entre os membros da equipe de saúde, de forma que possibilite trocas de conhecimentos e apoio entre os profissionais, facilitará a atuação de cada um em benefício do paciente, do familiar e de si próprios.

N: [...] o psicólogo media conflitos entre a própria equipe, devido à Psicologia estudar as questões relacionadas a pessoas. [...]

O apoio psicológico à equipe foi apontado pelos entrevistados F e M2 como essenciais aos profissionais de saúde; observa-se a falta de tal assistência aos profissionais e o reconhecimento que os mesmos dispõem a esse tipo de atividade o que ressalta, mais uma vez, a importância do psicólogo no âmbito hospitalar.

F: Outra forma pela qual a Psicologia ajuda a equipe seria em situações de frustrações. [...]

M2: Assistência psicológica para equipe é algo que não existe para ajudar a lidar com as frustrações e estresse, mas quando se trabalha em equipe subentende-se que cabe às pessoas que nela trabalham ajudarem-se no que cada uma for capaz.

Vale ressaltar nas colocações logo abaixo, de N, que algumas funções foram pontuadas como inerentes ao psicólogo; entretanto, para M2 além de ser função do psicólogo, a assistência psicológica, ou apoio mútuo como foi pontuado por ele, pode ser dada pelos profissionais que se encontram em uma equipe, visto que a mesma é composta por profissionais de formações variadas que, ao trabalharem juntos, vivenciam de forma particular as mesmas situações, assumem as mesmas responsabilidades e compartilham das mesmas decisões o que requer entrosamento, apoio e auxílio. Esses elementos são de competência de todos os envolvidos na equipe de saúde, ou ainda na instituição hospitalar.

Na mesma linha de raciocínio é imprescindível pontuar que o que outrora foi afirmado por Campos (1995), Bruscatto; Kitayama; Fregonese & David (2004), como de função exclusiva do psicólogo como direcionamento do pensamento dos demais profissionais para a individualidade dos pacientes e para os aspectos subjetivos da doença – sendo estes pilares para a construção da humanização do atendimento – ser agente da comunicação entre as especialidades, ou seja, promotor do trabalho multiprofissional, é observado como fundamentais na atuação de qualquer membro do corpo de saúde. Sendo assim, a concepção entre os psicólogos de que ao ingressar nas instituições hospitalares, imbuídos de uma ideologia que enfatiza a visão integradora dos processos de saúde-doença e de hospitalização, são agentes responsáveis pela mudança do pensamento fragmentado, universalista e tecnicista da instituição médica não é suficiente. É necessário que todos os médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e os demais sejam promotores da humanização dos atendimentos, da relevância dos aspectos psicológicos e sociais no diagnóstico e no tratamento dos indivíduos hospitalizados.

N: Como contribuição, acredito que o psicólogo possa oferecer aos membros da equipe o olhar humano sobre o outro. O psicólogo prepara a equipe para a abordagem do paciente, faz o intermédio entre a equipe e também interfere nas condutas com planos terapêuticos junto com os planos dos outros profissionais.

M2: A humanização no hospital não é função só do psicólogo ou dos outros profissionais de saúde, mas de todos aqueles que estão trabalhando naquela área. É função do profissional de segurança, daquele que transporta mantimento, do pessoal da higienização, etc. Todos devem ter a compreensão da situação de uma pessoa hospitalizada.

## Capítulo V

### 5.1 Considerações finais

O interesse pela presente pesquisa surgiu a partir da experiência de um ano de estágio acadêmico da aluna pesquisadora na área hospitalar, onde se teve a oportunidade de:

- Percorrer todas as dependências de um hospital geral desde as unidades de internação, ou enfermarias, nas quais os atendimentos psicológicos eram oferecidos aos pacientes e seus familiares, que no referido contexto encontravam-se envoltos por sentimentos de ansiedade, angústia, medos, fantasias e agressividade. Alguns deles foram receptivos ao serviço psicológico e outros completamente avessos; até os Centros de Terapia Intensiva (CTIs) nos quais os atendimentos também foram oferecidos aos pacientes e aos familiares, sendo que aos familiares se tornara mais comum devido ao fato de que muitos pacientes encontravam-se sob a influência de medicamentos que os induziam a um estado de coma; outros, por estarem impossibilitados de estabelecer contato por meio da fala, uma vez que utilizavam auxílio para respiração ou para alimentação, o que dificultava a verbalização, mas de nenhuma maneira a comunicação com a Psicologia ficou impedida, pois instrumentos como escrita ou indicação de letras, sílabas e palavras possibilitavam o diálogo entre o psicólogo e o paciente.
- Perceber a oferta do atendimento psicológico a toda e qualquer clientela, inclusive crianças na Unidade de Internação Infantil, mais precisamente na brinquedoteca ou no Centro de Terapia Intensiva Neonatal. Nestes locais, muitas vezes o atendimento psicológico era focado nos pais. Nos setores de internação de adultos e nos Centros de Terapia Intensiva para adultos que como clientela havia adultos jovens, adultos na meia idade e idosos.

- Estar em contato com os diversos profissionais que compunham esse cenário hospitalar – médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas – que indicavam atendimento psicológico a paciente e a familiares por identificarem sintomas de depressão, ansiedade, resistência e agressividade como obstáculos na reabilitação dos pacientes ali assistidos.

A partir disso, em especial do relacionamento do psicólogo com os outros profissionais de saúde, surgiram interesses e reflexões sobre o tema de pesquisa que versaram sobre a compreensão desses profissionais acerca da atuação do psicólogo no âmbito hospitalar e algumas questões relacionadas ao mesmo, como o entendimento do processo de saúde-doença e o trabalho multiprofissional em saúde.

Para consecução deste trabalho foram realizadas entrevistas com profissionais da Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem e Medicina que aqui foram nomeados como a equipe de saúde a ser pesquisada, uma vez que assistem diretamente aos pacientes e na prática do estágio, vivenciada pela aluna pesquisadora, demonstraram maior envolvimento com o psicólogo hospitalar.

Em consonância com a maior parte das referências bibliográficas que embasaram esse trabalho, as informações levantadas nas entrevistas indicaram que, na compreensão dos profissionais de saúde entrevistados a atuação do psicólogo no hospital é recente e tímida, em virtude da pequena inserção deste no referido contexto. Apesar disso, o seu reconhecimento científico, como facilitador do processo de saúde-doença e do processo de hospitalização, tem sido evidenciado por muitos profissionais. Em geral, o atendimento psicológico foi apontado como fundamental ao paciente, à família e a toda equipe de saúde, sendo o último identificado como um dos mais defasados nas instituições hospitalares hoje em dia.



A partir das entrevistas, pôde-se perceber que, a efetivação da atuação do psicólogo no hospital só será possível se houver uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, da sociedade e das políticas públicas acerca das concepções de sujeito, de saúde e doença que estão como pano de fundo do atendimento hospitalar atual. Ficou evidenciado que a visão cartesiana de indivíduo e a perspectiva medicalizada de saúde, como algo que contemple exclusivamente a ausência de afecção ou doença, estão naturalizadas, tomando por base as considerações de Spink & Spink (2006) e estão sendo naturalmente perpetuados ao longo dos tempos como processos e características considerados invariantes e universais, resultando na imobilização dos indivíduos a pensarem e questionarem as concepções e práticas naturalizadas nos ambientes hospitalares.

Constatou-se nos relatos dos entrevistados que o indivíduo deve ser concebido como um ser formado pelos elementos biológico, psicológico e social e o processo de saúde-doença deve ser entendido como resultante do equilíbrio ou desequilíbrio desses elementos. Dessa maneira, para manter ou atingir o estado de saúde, ou seja, o equilíbrio dos aspectos mencionados, não é possível, no contexto hospitalar, atuar isoladamente, mas sim é necessária uma atuação conjunta e abrangente.

Diante disso, verifica-se que para um atendimento que contemple toda a dimensão biopsicossocial do indivíduo no processo de saúde-doença, não só a inserção do psicólogo hospitalar aliada aos profissionais da medicina é suficiente para atender tal complexidade, mas sim um conjunto de profissionais, oriundos de especialidades diversas que juntos na mesma espacialidade – o hospital –, certos da influência dos aspectos físico, psicológico e social no processo de saúde-doença, possam proporcionar a promoção e a manutenção da saúde aos indivíduos ali assistidos.

Assim, como elucidado pelos entrevistados, é fundamental a formação de equipes multiprofissionais para o atendimento à saúde. É pertinente que todos os profissionais se desfaçam do individualismo profissional, da resistência à inovação, das sensações de onipotência e autossuficiência, das ambições desenfreadas, das fantasias de perda de espaço, do desconhecimento e conseqüente desrespeito às contribuições das inúmeras ramificações das ciências da saúde e entreguem-se a um trabalho conjunto e integrado, no qual a troca de saberes e experiências sejam protagonistas do espaço hospitalar. É necessário ainda que o suporte científico e pessoal de cada um favoreça à resolução de situações-problemas e que ele sirva como apoio mútuo para o enfrentamento de ansiedades, angústias, medos e fantasias; tudo isso em prol das necessidades dos indivíduos/pacientes e de um serviço que tenha como finalidade a promoção e manutenção da saúde, que preze o indivíduo que adoece e não a doença que o assola.

Nesse sentido, acredita-se que quando as equipes de saúde compreenderem e interiorizarem a real concepção de homem, do processo de saúde-doença e as contribuições do trabalho multiprofissional em saúde, conseqüentemente, a efetivação e a importância do trabalho do psicólogo hospitalar será concretizada e as diferenças, os medos e as fantasias que pairam sobre todos os envolvidos na instituição hospitalar serão amenizadas.

Nessa perspectiva, beneficiam-se os pacientes e seus familiares que usufruem de atendimento psicológico que facilite ou amenize determinados aspectos já citados, oriundos do processo de adoecimento e potencializados por um processo de hospitalização. Beneficiam-se os membros das equipes de saúde e as instituições hospitalares, pois passam a ter um aliado no desenvolvimento de planos de tratamento, na divisão de responsabilidades, no auxílio para lidarem com ansiedades, angústias e fantasias, por fim oferecendo um serviço especializado. Beneficiam-se ainda, a Psicologia e os seus adeptos, com a abertura de um campo de atuação de extrema importância que extrapola as atividades concernentes à saúde

mental, aos consultórios, as práticas organizacionais e a outras formas de atuação do profissional psicólogo.

Oriundos dessa pesquisa, vários temas como humanização dos atendimentos nos hospitais gerais, educação em saúde para a sociedade, políticas públicas vigentes, grades curriculares das graduações em ciências da saúde no país, condições reais de trabalhar em saúde no país dentre inúmeras outras foram identificadas neste trabalho como fundamentais na atuação do psicólogo e inerentes ao serviço de saúde. Porém, devido às limitações de tempo e ao foco principal dessa pesquisa ter sido restrito à função do psicólogo hospitalar, esses temas apontados não puderam ser discutidos. Sugere-se que outros pesquisadores, de áreas diversas, ousem desenvolver trabalhos que questionem e reflitam sobre os temas aqui propostos e vários outros que estão envolvidos com a temática da saúde, para que assim suscitem mudanças em todas as instâncias desde as políticas em saúde, passando pelos profissionais de saúde e os seus centros formadores até a população assistida para que possamos alcançar a excelência no atendimento hospitalar no Brasil.

Corroborando com as ideias expostas até agora, há preocupação da aluna pesquisadora em divulgar os resultados aqui encontrados para colaborar com os estudos e pesquisas futuras, bem como expandir as pesquisas teóricas a respeito da psicologia hospitalar, e ainda colaborar com a inserção do psicólogo nas instituições hospitalares, enquanto membro atuante da equipe de saúde que venha a possibilitar uma visão e compreensão mais completa do homem, vislumbrando um cuidado pautado nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano.

## Referências Bibliográficas

- Angerami, V. A. C. (1995). O psicólogo no hospital. In: Angerami, V. A. C.; Trucharte, F. A. & Cols. *Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática*. São Paulo: Pioneira.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Psicologia da Saúde: Um Novo Significado para a Prática Clínica*. São Paulo: Pioneira.
- \_\_\_\_\_ (2002). *O doente, a Psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Baptista, N. M.; Baptista, A. S. D. & Dias, R. R. (2003). A Psicologia da Saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar. In: Baptista, M. N. e Dias, R. R. (Orgs.) *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Baptista, N. M.; Dias, R. R. & Cols. (2003). *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições.
- Belkiss, W. L. R. (1999). Potencialidade dos locais físicos do hospital em desencadear reações psíquicas. In: *Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Britten, N. (2005). Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. 2ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Brockmeier, J. & Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. [www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a11.pdf). Acesso em: 23 mar. 2009.
- Bock, A. M. B. (2002). *Psicologia: uma introdução ao estudo da psicologia*. São Paulo: Saraiva.

- Bruscato, W. L.; Kitayama, M. M. G.; Fregonese, A. A. & David, J. H. (2004). O trabalho em equipe multiprofissional na saúde. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C. & Lopes, S. R. A. (Orgs). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Calil, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais gerais*. São Paulo: EPD.
- \_\_\_\_\_ (2003). Adentrando um hospital. In: *Psicologia Hospitalar*. São Paulo: EPU.
- Chiattonne, H. B. C. (2002). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: Camon, V. A. A. (Org.). *Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira.
- Costa, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 5, 8, jun, p. 107 – 124.
- Figueiredo, L. C. & Sain P. L. (2003). *Psicologia: uma (nova) introdução*. São Paulo: EDUC.
- Fongaro, M. L. & Sebastiani, R. W. (1996). Roteiro de avaliação psicológica aplicada ao hospital geral. In: Angerami, V. C. (Org.). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Fossi, L. B. & Guareschi, N. M. F. (2004). A psicologia e as equipes multidisciplinares. *SBPH*. 7, 1, 29 - 43.
- Foucault, M. (1995). O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal.

- Galvão, C. (2005). Narrativas em educação. *Ciência & Educação*. Disponível em: [www2.fc.unesp.br/cienciaeducacao/include/getdoc.php?id=267&artiche=98&mode=pdf](http://www2.fc.unesp.br/cienciaeducacao/include/getdoc.php?id=267&artiche=98&mode=pdf). Acesso em: 20 Mar.2009.
- Giannotti, A. (1996). *Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas: psicologia em instituições médicas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Guimarães. S. S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: Kerbauy, R. R (Org). *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. São Paulo: ARBytes.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, W. M. (2007). Entrevista narrativa. In: Bauer, W. M. & Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Vozes.
- Leão. N. (1994). O paciente terminal e a equipe interdisciplinar. In: Bellkiss. W. R. (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira.
- More, C. L. O.O.; Crepaldi, M. A.; Queiroz, A. H.; Wendt, N. C. & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. Disponível em: [www.babsfc.ufsc.br](http://www.babsfc.ufsc.br). Acesso em: 20 mar.2009.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 25 maio.2009.
- Penna, T. L. M. (1992). Psicoterapias Breves em Hospitais Gerais. In: Filho, J. M. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pitta, A. M. F. (1999). *Hospital: Dor e Morte como Ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Pope, C. & Mays, N. (2005). Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. 2ª edição. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Pregolato, A. P. F. & Agostinho, V. B. M. (2003). O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva. In: Baptista, M. N. & Dias, R. R. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

- Ramos, D. G. (2006). *A psique do corpo: a dimensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus.
- Rey, F. G. (2004). *Personalidade, Saúde e o Modo de Vida*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Ribeiro, C.; Araújo, D.; Mesquita, E.; Machado, F. & Carreiro, J. (2004). Interdisciplinaridade no contexto hospitalar. Disponível em: [www.frb.br/ciente/imprensa/psi/saude/p.7.ribeiro,c.interdisciplinhosp.pdf](http://www.frb.br/ciente/imprensa/psi/saude/p.7.ribeiro,c.interdisciplinhosp.pdf). Acesso em: 20 mar.2009.
- Ribeiro, P. R. M. (1996). *Saúde Mental: dimensão histórica e campos de atuação*. São Paulo: EPU.
- Santos & Sebastiani (1996). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: Angerami, V. C. (Org.). *E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira
- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (1991). *História da Psicologia Moderna*. 15ª edição. São Paulo: Cultrix.
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). *Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico*. Acta Cirúrgica Brasileira. São Paulo. v. 20 supl.1.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e Saúde. Práticas, saberes e sentidos*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.
- Tittoni, J. & Jacques, M. G. G. (2001). Pesquisa. In: Jacques, M. G. G.; Strey, M. N.; Bernardes, M. G.; Guareschi, P. A.; Carlos, P. A. & Fonseca, T. M. G. *Psicologia Social Contemporânea: Livro Texto*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Vozes.

## **Anexos**



Brasília, 12 de maio de 2009.

Memo. 180/09

Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UniCEUB

Para: Morgana de Almeida Queiroz

Assunto: Encaminhamento do Parecer CAAE 0054/09

Prezada Pesquisadora,


Encaminhamos o parecer N° CAAE 00054/09 referente ao projeto “A função do psicólogo hospitalar a partir da narrativa de profissionais de saúde”. O mesmo encontra-se aprovado por este Comitê de Ética em Pesquisa e está em condições de ser iniciado.

Ressaltamos a necessidade de atenção aos incisos IX. 1 e IX. 2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Após o seu encerramento, solicitamos o envio do relatório, conforme anexo, até 03 de julho de 2009.

Aguardamos as adequações solicitadas.

Cordialmente,

  
Marília de Queiroz Dias Jácome

Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB

Coordenadora

## **Roteiro de entrevista semiestruturada**

### 1. Realidade profissional

Como é o seu local de trabalho?

Na realidade vivenciada por você quais os impasses e vantagens para o exercício de sua profissão?

Como anda a qualidade do atendimento aos pacientes?

### 2. Saúde e doença

Qual a sua compreensão sobre o processo de saúde – doença?

Qual a importância dos processos psicológicos no processo de saúde - doença?

### 3. Trabalho multiprofissional

Qual a sua concepção acerca do trabalho multiprofissional?

O trabalho multiprofissional é vivido por você?

Quais os benefícios e impasses para o trabalho multiprofissional?

Para você qual a função do psicólogo no âmbito hospitalar?

Como você descreve o efeito da atuação do psicólogo no contexto hospitalar?

**Centro Universitário de Brasília**  
**Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**  
**DE ACORDO COM A RESOLUCAO 196/96 DO CONSELHO**  
**NACIONAL DE SAUDE E NA RESOLUCAO CPF N°. 016/2000**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa que tem como escopo a conclusão do curso de graduação em Psicologia no Centro Universitário de Brasília. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília - UniCeub.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

**Projeto: A função do psicólogo hospitalar a partir da narrativa de profissionais de saúde.**

Caro participante,

Sou aluna do curso de Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCeub, sob a orientação de Morgana Queiroz. Pretendo desenvolver uma pesquisa sobre a função do psicólogo hospitalar a partir da narrativa de profissionais de saúde, objetivando refletir sobre a vivência dos mesmos com o referido psicólogo.

De acordo com a metodologia que será utilizada, utilizaremos uma sessão de entrevista semiestruturada que será gravada pela própria aluna pesquisadora e posteriormente degravada.

Fique assegurado(a) de que o seu nome será mantido em sigilo, e caso seja necessária sua identificação isso será feito por meio de suas iniciais. O procedimento de análise será uma revisão bibliográfica juntamente com o conteúdo adquirido das verbalizações do entrevistado.

Você terá inteira liberdade para se recusar ou retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa sem nenhuma penalização. Será garantido o sigilo absoluto sobre sua identidade, pois apenas o pesquisador e o orientador terão acesso a essas gravações.

Os resultados finais da pesquisas serão tornados públicos, podendo ser divulgados em apresentações de congressos e/ou em trabalhos escritos e publicados, porém sempre com o cuidado de preservar o sigilo acerca da identidade do participante.

Desde já agradeço a sua colaboração e coloco-me à sua disposição para maiores informações e esclarecimentos. Em caso de dúvida você pode entrar em contato com os pesquisadores pelos e-mails descritos abaixo, além do Comitê de Ética em pesquisa do UniCeub.

---

Suellen Santos da Silva

Aluna de graduação

Centro Universitário de Brasília – UniCeub

Faculdade de Ciências da Saúde – FACS

Curso de Psicologia

Contato: [suellensantoss@gmail.com](mailto:suellensantoss@gmail.com) – (61) 8140 - 9383

---

Morgana Queiroz

Professora de Psicologia e Orientadora de Monografia

Centro Universitário de Brasília – UniCeub

Faculdade de Ciências da Saúde – FACS

Curso de Psicologia

Contato: [morgana.q@yahoo.com.br](mailto:morgana.q@yahoo.com.br) - (61) 9202-8351

**♦ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo A função do Psicólogo Hospitalar a partir da narrativa de profissionais de saúde, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Suellen Santos da Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_