

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Psicologia

***ESTUDO DO CAMPO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR CALCADO
NOS FUNDAMENTOS DE GESTÃO:
Estrutura, Processos e Resultados.***

Andréa Maria Valle da Silveira

Belo Horizonte
2010

ANDRÉA MARIA VALLE DA SILVEIRA

***ESTUDO DO CAMPO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR CALCADO NOS
FUNDAMENTOS DE GESTÃO:
Estrutura, Processos e Resultados.***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Dr. José Newton Garcia de Araújo.

**Belo Horizonte
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S587e Silveira, Andréa Maria Valle da
Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados / Andréa Maria Valle da Silveira. Belo Horizonte, 2010.
162p. : il.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Hospitais - Psicologia. 2. Qualidade da assistência à saúde. 3. Acreditação.
I. Araújo, José Newton Garcia de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU:159.964.2

Andréa Maria Valle da Silveira
ESTUDO DO CAMPO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR CALCADO NOS
FUNDAMENTOS DE GESTÃO:
Estrutura, Processos e Resultados.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

José Newton Garcia de Araújo (Orientador) – PUC Minas

Silvia Maria Cury Ismael – H Cor/SP

João Leite Ferreira Neto – PUC Minas

Para Jair, com todo o meu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, Marina, por me ensinar o significado de coragem; ao meu pai, Júlio, por descortinar a importância de ser idealista diante do que se acredita; às minhas irmãs, Cecília e Valéria, pelo prazer da inconfundível convivência fraterna e solidária.

Aos mestres que marcaram de forma especial os caminhos da minha formação, à Nancy Ramacciotti de Oliveira, à Bellkiss Romano e à Sílvia Cury Ismael.

Agradeço especialmente às minhas analistas, Eva Denari, com quem aprendi o caminho para o divã, nos primórdios de minha formação. E à Gisele Brito, com quem compartilho a ousadia de transformar sonhos em realizações.

Ao Dr. Mário Osvaldo Vrandecic, que, por seu entusiasmo pelo universo da qualidade, me apresentou um caminho repleto de desafios.

Aos colegas de trabalho com os quais convivi e aprendi a compartilhar os encantos da Psicologia Hospitalar. Para todos que integram o Biocor Instituto/MG, berço de muita aprendizagem e carinho. Em especial, à equipe de psicólogos hospitalares da qual sinto muito orgulho de ter participado e ajudado a construir.

Agradeço à Dra. Maria Aparecida Braga, pelo apoio sempre constante para a consolidação da Psicologia Hospitalar no universo da Terapia Intensiva.

Aos colegas do GT de Psicologia Hospitalar do CRP/MG – Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, por compartilhar o desejo de aprimoramento de nossa especialidade.

Agradeço aos professores do Mestrado, de forma especial à Roberta Carvalho Romagnoli, Jaqueline de Oliveira Moreira, João Leite Ferreira Neto, Maria Ignez Costa Moreira e Andréa Guerra, por fomentaram as dúvidas e o desejo de questionar. Aos meus colegas e à equipe da secretaria.

Agradeço ao meu orientador, José Newton, pela sabedoria com que conduziu nosso trabalho. E, sobretudo, por sua sensibilidade em reconhecer, e nos permitir perceber os caminhos do desejo pelo objeto de pesquisa.

Mais que buscar acordos e desacordos com os autores abordados, essa forma de análise propõe-se a adotar uma atitude de indagação crítica para realizar algumas notas no traçado de uma genealogia do campo disciplinar, um olhar histórico que mais que organizar uma cronologia possa dar conta das condições de constituição de seus saberes e domínios de objeto; que possa pensar não só o “desenvolvimento” conceitual de suas idéias, mas estas e as áreas problemáticas que o campo do saber inaugura como a complexa articulação de: a urgência histórica que torna possível o surgimento de um campo disciplinar, as necessidades sociais que o fazem desdobrar-se, os a priori conceituais a partir dos quais ordena seus conhecimentos e os dispositivos tecnológicos que inventa.

Ana Maria Fernandez, 2006

RESUMO

Esta dissertação realizou um estudo do campo da Psicologia Hospitalar, utilizando os fundamentos de gestão da qualidade como vértice de análise, tendo em vista a atual disseminação de práticas de gestão da qualidade no cenário da saúde, representadas pela implantação de sistemas como a Acreditação Hospitalar. Seu objetivo foi estudar a Psicologia Hospitalar, nos moldes de gestão da qualidade preconizados por Donabedian (2005): estrutura, processos e resultados, identificando pressupostos inerentes à construção de um espaço funcional e a delimitação deste campo. Foi realizada uma revisão da bibliografia pertinente ao objetivo central e levantamento das Legislações pertinentes. Foi apresentada a delimitação do campo da Psicologia Hospitalar, identificando: os eixos de intervenção: a) a unidade assistencial – paciente/família; b) a equipe como objeto de intervenção participativa, além de espaço das práticas multidisciplinares; c) a instituição, como instância que se favorece, direta e indiretamente, das ações desta especialidade; os atributos do campo: a) proatividade; b) sistematização e c) integração. A dimensão da comunicação foi tomada como fator de integração. A partir desta linha de pensamento, foi realizada uma proposta de revisão e atualização dos esquemas representativos do campo, adotados comumente na literatura. Foi realizado o aprofundamento do estudo das condições do campo da Psicologia Hospitalar a partir dos seguintes fundamentos de gestão: a) estrutura: que inclui aspectos da qualificação, do dimensionamento da equipe, de saúde e segurança ocupacional, de legislação e do prontuário; b) processos: que inclui a sistematização da assistência, a lógica de processos e a elaboração de base documental; c) resultados: construção de indicadores, metas e melhoria contínua. Em contraponto, foi utilizado o estudo de Gaulejac (2007) sobre a ideologia e o poder gerencialista como fundamento de análise crítica. Os resultados mostram a necessidade de consolidação da delimitação do campo da Psicologia Hospitalar, do incremento de instrumentos normativos e de legislação como fatores de preservação das condições de trabalho e a importância de manter constante alerta e senso crítico quanto às práticas gestionárias.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar. Gestão da Qualidade. Acreditação

ABSTRACT

The field of Hospital Psychology was studied based on the fundamentals of quality management and the system of hospital accreditation, largely used nowadays in health-care programs. The objective was to study Hospital Psychology based on the principles proposed by Donabedian (2005): structure, process and results. The delimitation of this field of psychology practice and the construction of a space for the function of the psychologist was identified. A review of the literature was performed as well as the study of the related legislation. The field of hospital psychology was presented with the identification of the axis of intervention: a) the assistance unity, patient-family; b) the team, as an object of participative intervention, beyond multidisciplinary practices; c) the institution, where the practice of this specialty is performed and the field attributes like proactivity, systematization and integration. The communication was considered a factor of integration. Based on this line of thought, a revision of the representative schemes of the field commonly adopted by the literature was proposed. A study of the conditions of hospital psychology was done based on the following management principles: a) structure, including aspects of the quality certification, dimension of the team, occupational health-care and security, legislation and medical charts; b) process, including organization design of the assistance, the logic of the processes and the elaboration of data and c) results, including the development of measurements for quality, and continuous improvement. As a counterpart, the study of Gaulejac (2007) was taken in consideration, depicting the ideology and management power as the fundamentals of critical analysis. The results showed the necessity of the delimitation of the field of psychology practice in hospitals, the increasing normative instruments and legislation as factors used to promote and preserve the conditions for the job, as well as the importance to keep constant attention and critical attitude towards management practices.

Key words: Hospital psychology. Management of Quality. Accreditation

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Esquema gráfico representativo dos campos de atuação da Psicologia Hospitalar	30
FIGURA 2 Esquema proposto para representação dos eixos de atuação em Psicologia Hospitalar	38
FIGURA 3 Representação do modelo de Processos	104

LISTA DE ABREVIATURAS

Ex. – Exemplo

Etc. – Etcétera

Org. – Organizador

LISTA DE SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CCAH – Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCHSA – Canadian Council for Health Services Accreditation
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CPD – Centro de Processamento de Dados
CRP/MG – Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI – Equipamento de Proteção Individual
GT – Grupo de Trabalho
HC – FMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCor – Hospital do Coração da Associação do Sanatório Sírio de São Paulo
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
ICUESS – Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale
INCOR – HC – Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de São Paulo
INEFTI – Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva
ISO – International Organization for Standardization
JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare
MAV – Malformação Artério-venosa
MS- Ministério da Saúde
NIAHO – National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations
ONA – Organização Nacional de Acreditação
OSHAS – Occupational Health and Safety

PCR – Parada Cardiorrespiratória
PDCA – Plan-Do-Check-Act
PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade
PMA – Programa de Meio Ambiente
PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
PNHAH – Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
POP – Procedimento Operacional Padrão
PPA – Programa de Prevenção de Acidentes
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RH – Recursos Humanos
RN – Resolução Normativa
SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor
SCP – Sistema de Classificação de Pacientes
SESMT – Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho
SOMITI – Sociedade Mineira de Terapia Intensiva
SUS – Sistema Único de Saúde
TI – Tecnologia da Informação
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: A PSICOLOGIA HOSPITALAR E SEUS VÉRTICES	13
1.1 Justificativa	21
1.2 Objetivos.....	27
1.2.1 <i>Objetivo Geral</i>	28
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	28
1.3 Metodologia.....	28
1.3.1 <i>Procedimentos Metodológicos</i>	29
2 PSICOLOGIA HOSPITALAR: A DELIMITAÇÃO DO CAMPO	30
2.1 Atributos do campo da psicologia hospitalar	38
2.1.1 <i>Proatividade</i>	38
2.1.2 <i>Sistematização da assistência</i>	43
2.1.3 <i>Integração</i>	51
2.2 Eixos de intervenção do campo	58
2.2.1 <i>O paciente e a família: uma unidade assistencial</i>	58
2.2.2 <i>A equipe</i>	65
2.2.3 <i>A Instituição</i>	72
3 A PSICOLOGIA HOSPITALAR VISTA PELO VÉRTICE DA GESTÃO	79
3.1 Estrutura	81
3.1.1 <i>Qualificação</i>	82
3.1.2 <i>Dimensionamento da equipe</i>	87
3.1.3 <i>Saúde e Segurança ocupacional</i>	92
3.1.4 <i>Legislação: panorama atual</i>	94
3.1.5 <i>Registro em prontuário</i>	98
3.2 Processos.....	101
3.2.1 <i>A formulação de uma base documental: procedimentos, protocolos, rotinas e registros</i>	109
3.3 Resultados: indicadores, metas e melhoria contínua	113
3.3.1 <i>Indicadores de qualidade como reflexo da humanização: da avaliação de satisfação à responsividade</i>	120
4 A GESTÃO PELO VÉRTICE DA CRÍTICA	124
5 CONCLUSÃO	136
REFERÊNCIAS	141
ANEXOS.	148

1 INTRODUÇÃO: A PSICOLOGIA HOSPITALAR E SEUS VÉRTICES

Estudar o campo da Psicologia Hospitalar pelo vértice da gestão se descortina como uma tarefa desafiadora. Sobretudo quando essa vertente parece caminhar em outra direção, do que até então consideramos os traços básicos de nosso ofício.

O cenário da saúde, na atualidade, encontra-se profundamente marcado pela disseminação de práticas de gestão da qualidade. Seja na esfera privada, pública ou beneficente, esta é uma tônica recorrente dos discursos de gestores de serviços de saúde e suas práticas vêm sendo incorporadas ao cotidiano dos profissionais deste âmbito.

Tendo em vista o avanço da psicologia hospitalar, bem como seu reconhecimento como especialidade, considera-se necessário conhecer este novo terreno, caracterizado por um “idioma da gestão da qualidade”. Cabe, ainda, reconhecer os pontos de convergência e divergência em relação à nossa prática; sobretudo, refletir sobre os possíveis e necessários diálogos com a gestão, sem, contudo, perder a visão crítica acerca desta.

Isso nos lança numa empreitada marcada por questionamentos, que partem da necessidade de identificar as fronteiras de delimitação deste campo de estudo, passam condições para a realização de nossa prática e seguem em direção às práticas da psicologia hospitalar tomadas pelo vértice da gestão. Deságuam numa análise das práticas de gestão pelo vértice da crítica.

Dentre os autores que colaboraram no estudo do campo da psicologia hospitalar, temos Angerami-Camon (1994) que, num enfoque da questão existencial que envolve o processo do adoecer, aponta que “a Psicologia, ao ser inserida no hospital, reviu seus próprios postulados, adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo escoramento da compreensão da existência humana.” (ANGERAMI-CAMON, 1994, p.15) Em publicação posterior, o autor destaca, ainda, que:

[...] ao psicólogo cabe a responsabilidade da conquista do hospital como campo de sua atuação profissional. E esta perspectiva apenas se tornará real quando sua reflexão o levar ao encontro de parâmetros que o conduzam a uma atuação permeada pela multiplicidade institucional. (ANGERAMI-CAMON, 1994, p. 19).

A Psicologia Hospitalar é conceituada por Simonetti como “o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento” (SIMONETTI, 2004, p.15), ressaltando que as intervenções são realizadas junto ao paciente-família e equipe, tal qual relata ao considerar que:

A Psicologia Hospitalar define como objeto de trabalho não só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e angústia geralmente negada dos médicos. (SIMONETTI, 2004, p.18).

Para Chiattonne e Sebastiani (1997, p.123), o trabalho em psicologia hospitalar caracteriza-se como um “campo sociopsicobiológico das patologias humanas”, implicando a doença como desarmonia impeditiva ao desenvolvimento integral do homem. Com isso, reforçam a noção da pluralidade de fatores inerentes ao processo de adoecer e tratar, além de um posicionamento quanto à saúde como questão existencial, com suas derivações políticas e sociais.

Ainda com Chiattonne e Sebastiani, observamos importante ênfase quanto ao reconhecimento da identidade profissional do psicólogo, no campo hospitalar, dificultado pela “ausência clara e definida da especialidade que impede um posicionamento mais preciso dos profissionais dentro do hospital” (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997, p.129). Os autores sugerem que esta indefinição reflete as diversidades teóricas inerentes à própria psicologia e questões relacionadas à disputa de saber, salientando, ainda, a “ausência de limites claros na própria tarefa no hospital” (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997, p. 129). Ao sintetizar os princípios fundamentais da psicologia hospitalar, num estudo sobre a ética, apontam a tríade paciente-família-equipe de saúde como elementos prioritários de assistência, o reconhecimento do hospital como seu campo de trabalho, o foco principal no paciente, a humanização como objetivo e, sobretudo, o compromisso com a vida. (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997, p. 138).

Para Giannotti (1996), o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar delinea uma nova especialidade, que prescinde de uma abordagem mais sistemática em sua investigação científica, marcada, fundamentalmente, pela multidisciplinaridade. Salienta os aspectos institucionais inerentes à prática, diferenciando três esferas de intervenções: focadas no paciente-família, ações de integração com a equipe de saúde, e o psicólogo como consultor, “com a instituição sendo o seu primeiro e mais importante cliente.” (GIANNOTTI, 1996, p. 33).

Temos, assim, como elemento marcante, a concepção da psicologia hospitalar como um campo de ação determinado pela presença de eixos de intervenção identificados por “paciente-família-equipe” e instituição. As considerações quanto à identidade profissional neste âmbito também correspondem a um fator crítico, bem como a necessária consolidação de instrumental teórico e técnico. É relevante a ausência de um consenso, quanto à denominação de Psicologia Hospitalar, em contraposição a definição de Psicologia da Saúde. Apesar de não nos atermos a esta discussão neste estudo, não poderíamos deixar de mencioná-la. Consideramos que estes questionamentos se constituem como um outro objeto de estudo.

Esta discussão se estende por razões teórico-metodológicas, posicionamentos políticos e críticas relacionadas à organização da atenção sanitária no Brasil, marcada pelo hospitalocentrismo. Há também um enfoque crítico dado ao fato de esta especialidade se constituir exclusivamente no cenário brasileiro. Neste sentido, questionamos uma tendência marcante em nossa cultura de valorizar o que é importado. Não seria o caso de questionarmos se a configuração proposta por psicólogos brasileiros apresenta uma originalidade capaz de respeitar as especificidades e reconhecer diferenças significativas de ambos os campos, preservando os aspectos identitários dos psicólogos?

Pois, ao se estudar aspectos que caracterizam o campo de atuação da Psicologia Hospitalar, veremos que não se trata, como referido por Castro e Bornholdt (2004), de uma denominação pautada numa lógica centrada no local de trabalho como fator determinante da área de atuação ao invés de um enfoque que priorize as atividades realizadas. Mas do reconhecimento de um campo de atuação que apresenta especificidades em seu *modus operandi* e principalmente quanto a delimitação de suas margens. Esta caracterização não representa fragmentação, mas respeito à diversidade dos campos de atuação em psicologia, da consideração à contextualização de operacionalização das práticas psicológicas e de prevenção quanto à possíveis distorções.

Neste contexto, favorável às distorções, se aponta o estudo publicado em 2003 por Rodriguez-Marín (CASTRO; BORNHOLDT, 2004) que apresenta uma síntese do que considera tarefas básicas do psicólogo que trabalha em hospital, elencadas abaixo:

1) função de coordenação: relativa às atividades com os funcionários do hospital; 2) função de ajuda à adaptação: em que o psicólogo intervém na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado; 3) função de interconsulta: atua como consultor, ajudando outros profissionais a lidarem com o paciente; 4) função de enlace: intervenção, através do delineamento e execução de programas junto com outros profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes; 5) função assistencial direta: atua diretamente como o paciente, e 6) função de gestão de recursos humanos: para aprimorar os serviços dos profissionais da organização. (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

Em nossa análise, as considerações apontadas na citação acima desconsideram os limites de atuação do campo da Psicologia Hospitalar, e abordaremos no capítulo 2 elementos que respaldam esta afirmação. Apontamos nossa posição favorável ao reconhecimento do campo da Psicologia Hospitalar como representativo de uma especialidade.

A partir deste contexto, debruçamos-nos num outro vértice para abordar as possibilidades de gestão dentro deste campo. E, como salientado por Angerami-Camon (1994, p.16), “Iremos caminhar por trilhas e caminhos que nos conduzirão a novos horizontes profissionais.”

Destarte, o presente estudo propõe o exame da Psicologia Hospitalar, na condição de um campo de atuação marcado por eixos de intervenção diferenciados, a partir de um vértice calcado nos fundamentos de gestão da qualidade em saúde. Para tal, tomaremos os conceitos idealizados por Donabedian (2005) pioneiro neste campo e que concebeu os elementos para a melhoria da qualidade.

A escolha deste autor deve-se ao fato de não ser nosso objetivo eleger uma metodologia específica de gestão da qualidade, um modelo de avaliação ou de certificação. Mas, a partir dos pressupostos essenciais destes sistemas de gestão, examinar o campo da psicologia hospitalar. Procuramos então identificar uma linha-mestra que permeasse os discursos gestionários, e chegamos aos postulados de Donabedian, a fim de utilizá-los como anteparo de nossas formulações.

O autor considera que há, no campo da saúde, um trinômio capaz de influenciar a qualidade da assistência prestada. Ao partir da premissa de que a gestão em saúde define-se pela atenção à tríade: *estrutura* – físico-funcional que inclui segurança, qualificação e estrutura física, *processos* – padronização de rotinas, e *resultados* – indicadores, como referido por Glickman e outros (2007, p.341), Donabedian expande a visão até então dominante, da qualidade atrelada estritamente aos procedimentos médicos.

Por “estrutura” se entendem, fundamentalmente, os aspectos de estrutura físico-funcional, equipamentos, segurança, qualificação de pessoal (DONABEDIAN, 2005, p. 695).

Os “processos” correspondem à organização e sistematização das atividades de assistência, pela definição e controle dos processos críticos, por meio do estabelecimento de padronização das rotinas.

Já a dimensão dos “resultados” corresponde ao que se espera de um determinado processo, de seu desempenho, qualidade ou produção, implicando o monitoramento dos processos, a partir do estabelecimento de indicadores. Permite a identificação de oportunidades de melhoria ou correções, no caso da ocorrência de desvios.

Este movimento buscou aprimorar a qualidade assistencial e destaca-se como embrião dos atuais programas de acreditação hospitalar. Foi iniciado em 1918, a partir da primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos, cujos resultados foram insatisfatórios (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p. 3). O então criado Colégio Americano de Cirurgiões estabeleceu, em meados de 1924, um Programa de Padronização Hospitalar, com foco na organização do corpo médico, no preenchimento adequado do prontuário e nos recursos mínimos para diagnóstico e terapêutica, aspectos ainda hoje primordiais na organização de uma assistência de qualidade.

Com a crescente sofisticação da assistência médica e disseminação de instituições de saúde, dentre outros fatores, foi criada, nos Estados Unidos, em 1951, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais – CCAH – que, no ano seguinte, delega o programa de Acreditação à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*.

Esta empresa de âmbito privado atua hoje em diversos países, inclusive no Brasil, onde é denominada *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* – JCAHO. Há o direcionamento de sua atuação para “a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional”, além de atividades de cunho educativo e formativo, por meio de publicações de normas, padrões e recomendações. (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005, p 5.).

Já no cenário brasileiro, a década de 1930 inaugura atividades com este foco, como apontam Feldman, Gatto e Cunha (2005, p. 5), ao indicar o trabalho realizado

por Odair Pedroso em 1935, na concepção de uma Ficha de Inquérito Hospitalar, para a então Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, seguindo-se à realização do Censo Hospitalar do Estado de São Paulo.

Posteriormente, na década de 1950, são estabelecidos os primeiros padrões mínimos que apontavam para a organização do hospital, seguidos, na década de 1960, pela classificação de hospitais atrelados à sua complexidade assistencial. Desde a década de 1970, a partir da publicação de normas e portarias regulamentadoras das atividades assistenciais, o Ministério da Saúde desenvolve a temática da Qualidade e Avaliação Hospitalar.

Esta visão encontrava-se alinhada ao conceito da Organização Mundial de Saúde – OMS, que, a partir de 1989, identifica a prática de Acreditação como elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na América Latina, como ressaltam Feldman, Gatto e Cunha (2005, p.7). Assim, diversos movimentos ocorrem durante a década de 1990, principalmente no eixo sul-sudeste do país, vindo a culminar com o lançamento oficial do Programa Brasileiro de Acreditação em 1998, e com a criação da ONA – Organização Nacional de Acreditação, em 1999. Esse cenário é particularmente importante, pois instituiu, no país, um método adaptado à cultura brasileira, uma vez que, até então, os recursos de avaliação e certificação disponíveis eram importados.

Cabe ressaltar que as primeiras certificações de gestão da qualidade realizadas em hospitais brasileiros ocorreram no final da década de 1990, utilizando o referencial ISO9000, no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, e no Hospital Biocor, em Belo Horizonte. Na atualidade, os hospitais no Brasil têm buscado a implantação de sistemas de gestão da qualidade e passaram a adotar métodos de avaliação e certificação desses sistemas, como a ISO 9001-2000, a ONA e a JCAHO, dentre outras.

Nossa ênfase inicial na apresentação da evolução histórica deste cenário deve-se ao fato de que essas mudanças introduzidas nas instituições hospitalares, ao longo das últimas décadas, influenciaram o exercício da psicologia hospitalar. Embora não seja o foco desta dissertação, um estudo dos pressupostos da Acreditação, estes são, sem dúvida, elementos marcantes na prática atual da psicologia hospitalar.

Ressaltamos que, para evitar privilegiar algum dos sistemas de avaliação existentes, pois existem metodologias distintas para a avaliação dos sistemas de

gestão em saúde, consideramos adequado eleger o traçado básico desses fundamentos, como apresentado por Donabedian (2005), por considerar sua maior abrangência e aplicabilidade em nosso meio.

Como salientam Greenfield e Braithwaite, “Acreditação, qualidade e melhoria contínua passaram a ser uma parte intrínseca do discurso e das atividades dos serviços de saúde.” (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008, p.172, tradução livre). E é alinhada a essa idéia de examinar o que está intrínseco, que propomos estudar o panorama atual da Psicologia Hospitalar.

Assim, ressaltando que o arcabouço teórico do qual se dispõe aponta, de modo consistente, para a aplicação das técnicas psicológicas, embasadas por distintas teorias da Psicologia, propõe-se investigar o “esqueleto” que sustenta esse sistema vivo e dinâmico, que se apresenta na prática assistencial.

Trata-se, aqui, da condição de gerenciar esta assistência, de conhecer e reconhecer os recursos, humanos ou não, que se possui para realizar a prática em si; de estabelecer os parâmetros para a organização do serviço e sistematização das rotinas assistenciais e de conhecer e dar visibilidade aos resultados alcançados.

Em outros termos, de identificar as condições da **estrutura** necessária à realização segura, qualificada e legal da psicologia hospitalar, dos **processos** realizados de maneira integrada, planejada e sistematizada e dos **resultados** monitorados advindos dessas práticas gerenciadas.

Este gerenciamento da rotina aponta ainda para a indefinição de aspectos regulamentares, do reconhecimento dos requisitos legais referentes ao psicólogo no âmbito hospitalar e da própria crítica à ausência de certos parâmetros neste contexto. Por exemplo, do tempo exigido para determinadas atividades como o atendimento numa UTI ou em Pediatria, ou mesmo a definição dessas rotinas de atuação e o monitoramento dos resultados da assistência atrelados ao planejamento. Isso se exemplifica, ainda, na necessidade de se definir os parâmetros que nos fazem priorizar determinadas clínicas ou unidades hospitalares, de acordo com o número de psicólogos de um serviço.

Esta consideração se justifica, pois, ao contrário de outras profissões, como a enfermagem ou o corpo médico, para as quais a carga horária de trabalho encontra-se atrelada às regulamentações, a psicologia não dispõe desses parâmetros, o que pode levar a distorções significativas da prática, tanto em termos da delimitação das atribuições do psicólogo hospitalar, quanto em termos da qualidade da assistência.

Não se trata de estabelecer padrões para limitar ou engessar o trabalho, mas indicar o que se espera, *a priori*, de um psicólogo hospitalar, isto é, o que se considera essencial em sua atividade, ou ainda, quais são as margens desta especialidade. Essa afirmativa se baseia numa preocupação quanto a distorções que podem ocorrer no campo, advindas da desinformação de gestores de saúde, às condições do mercado de trabalho e agravadas pela ausência de regulamentações específicas.

Portanto, esses elementos que poderiam indicar parâmetros para esta atividade também serviriam para indicar o que não cabe ao psicólogo hospitalar. Esta é uma discussão importante, pois, ao nos referirmos a intervenções realizáveis no âmbito da equipe e da instituição, cabe diferenciá-las das exercidas pelo psicólogo organizacional e de uma outra figura, ainda pouco valorizada ou reconhecida, que seria o psicólogo clínico do trabalho, lotado na saúde ocupacional.

Deparamos-nos, então, com uma lacuna na literatura e passamos a reivindicar o estudo deste papel gerencial na – e da – psicologia hospitalar. O que ora se propõe é pensar sobre a Psicologia Hospitalar para além dos referenciais teórico-clínicos, sejam a Psicanálise, a Psicologia Humanista, a Cognitivo-comportamental ou qualquer outra teoria aplicável ao contexto hospitalar, a partir de um questionamento que não irá privilegiar o manejo em si das intervenções realizadas pelo psicólogo, mas se voltará para outras condições necessárias e, sobretudo, favoráveis à sua inserção e consolidação no âmbito hospitalar. Estudar este aspecto de gerenciamento da psicologia hospitalar pressupõe compreender seu campo numa dimensão mais expandida, que vai muito além da clínica aplicada a um determinado contexto.

Contudo, o fato de elegermos os fundamentos de gestão como vértice de estudo do campo a psicologia hospitalar não nos isenta de uma análise crítica quanto aos impactos dessas práticas gestionárias. Para embasarmos as reflexões críticas ao longo deste estudo, tomaremos a abordagem de Vincent de Gaulejac (2007), em seu estudo sobre a ideologia e o poder gerencialista.

Destarte, organizamos esta dissertação da seguinte forma: neste Capítulo 1, apresentamos a justificativa, objetivos e metodologia adotada; no Capítulo 2, abordamos a delimitação e as especificidades do campo da psicologia hospitalar, por se tratar de um fator preponderante para o mapeamento do estudo; no Capítulo 3, examinamos aspectos do campo da psicologia hospitalar pelo vértice dos

fundamentos de gestão da qualidade: estrutura, processos e resultados; o Capítulo 4 destina-se à uma análise crítica das práticas gestionárias no universo da saúde.

Serão disponibilizados, no anexo, alguns instrumentos, procurando identificar sua aplicação especificamente para a psicologia hospitalar, tais como: o ciclo do PDCA, utilizado pelos sistemas de gestão da qualidade e a Recomendação sobre a Sistematização da Atuação do Psicólogo Hospitalar, de 07 de agosto de 2009, veiculada pelo CRP/MG.

1.1 Justificativa

“O devir está apoiado no passado.”

(ROUCHY, 2001)

Consideramos oportuno este estudo, pois a Psicologia Hospitalar constitui um promissor campo de trabalho para o psicólogo no Brasil, sendo considerada uma nova área de atuação, apesar de seus primeiros registros datarem da década de 1950, a partir do trabalho de Matilde Neder (apud SILVA; TONETTO; GOMES, 2006). A constatação de que este campo apresentava especificidades na aplicação das práticas clínicas, nas relações estabelecidas com os membros de uma equipe e com a instituição na qual o trabalho se realizava, foi um fator que contribuiu para a formação de um campo disciplinar, despertando a necessidade de produção de conhecimento. Deu-se assim o início da construção de um corpo teórico de investigação do campo da Psicologia Hospitalar, no qual se identifica a priorização de três eixos de intervenção: paciente, família e equipe.

Para situar a posição da psicologia hospitalar em relação à consolidação profissional, ressaltamos que a Psicologia foi reconhecida como profissão pela Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962 (BRASIL, 1962) e que os cursos de graduação nascem, formalmente, em época muito próxima. Temos, assim, que a tessitura da especialidade realiza-se paralelamente à da própria Psicologia.

Em um trabalho que resgata o pioneirismo da Psicologia Hospitalar, Angerami-Camon (2009) apresenta uma trajetória cronológica dos eventos significativos até 1996, registrando que as intervenções de Matilde Neder no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC – FMUSP), em 1954, são o marco do início das

atividades psicológicas em hospitais, tendo como foco a atenção aos pacientes cirúrgicos. Transferindo-se, em 1957, para o Instituto Nacional de Reabilitação da USP, hoje Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas da USP, Matilde Neder habilitou um campo de formação, especialização e pesquisa para psicólogos na área de Reabilitação.

Nas décadas posteriores, são organizados outros serviços de psicologia, de significativa relevância, como no então Instituto da Criança da FMUSP, em 1956, e na década de 1970, o Serviço de Psicologia do INCOR – HC – FMUSP, pela Dra. Belkiss Wilma Romano (apud SILVA; TONETTO; GOMES, 2006, p.28). Em Belo Horizonte, iniciavam-se as atividades no Hospital Mater Dei, por Marisa Decat de Moura. O foco na formação dos psicólogos permeou o trabalho desenvolvido por essas profissionais, o que acentua o cunho acadêmico dessa especialidade.

Já a década de 1980 é marcada pela aproximação dos psicólogos hospitalares com o campo científico, com a realização do I Encontro de Psicólogos da Área Hospitalar (1983) e o início das atividades departamentais em sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

A realização do I Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, no final da década de 1990, vem reafirmar a identidade deste campo como espaço de construção científica.

Partindo da posição inicial de um campo de conhecimento, a psicologia hospitalar seguiu em direção ao reconhecimento de um campo de trabalho especializado. Neste contexto, cabe ressaltar que a psicologia hospitalar foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia – CFP, a partir da Resolução nº. 014/00 (2000). Apesar de controvérsias sobre a delimitação de campos de ação na psicologia, este passo representa uma formalização da especialidade, inclusive quanto ao reconhecimento social e político.

O desenvolvimento da psicologia hospitalar ficou registrado na produção científica brasileira, na qual se observa uma natural predominância de temas voltados para o vértice da clínica. Assim, os aspectos clínicos associados à prática do psicólogo em hospitais são abordados com a necessária frequência, sobretudo se considerarmos ser a formação clínica fundamental para a atuação profissional. (ANGERAMI-CAMON, 1994; ANGERAMI-CAMON, 1997; ANGERAMI-CAMON, 2009; OLIVEIRA; ISMAEL, 1995; MOURA, 2000; SIMONETTI, 2004).

Identificam-se, ainda, trabalhos focados em distintas clínicas médico-cirúrgicas tais como a oncologia, a cardiologia, a ginecologia e obstetrícia etc., os quais examinam as reações emocionais despertadas por fatores peculiares da clínica em questão, bem como as repercussões que determinadas doenças podem ter para o paciente e seus familiares.

Outra vertente importante trata dos estudos que partem da especificidade de certas unidades hospitalares (Pediatría, UTI, Pronto Socorro, Hemodiálise etc.), na análise do impacto psicológico que a dinâmica de cada qual pode ter para o manejo clínico do psicólogo.

Ressaltamos, ainda, o vértice teórico constituído por circunstâncias clínicas bastante peculiares, como as tentativas de suicídio, a atenção aos pacientes queimados, a assistência a pacientes com doenças infecto-contagiosas ou a atenção aos pacientes com problemas de infertilidade. Outro ramo teórico importante apresenta ênfase na aplicabilidade das técnicas psicológicas no campo hospitalar, sejam entrevistas, avaliações psicológicas, grupos, dinâmicas etc., principalmente quanto à especificidade da área, quer seja com foco no paciente, na família e na equipe. Aliás, esta tríade é constante foco de atenção de publicações (SIMONETTI, 2004; ROMANO, 2008).

Ainda no contexto literário, observa-se a disponibilidade de material fundamentado em distintas teorias, como a Psicanálise, a Psicologia Humanista, a Cognitivo-comportamental, dentre outras, com importantes discussões e estudos de caso baseados em seus distintos conceitos e aplicabilidade. Apesar de fundamentais em seu conteúdo, constituindo matéria obrigatória na formação de psicólogos hospitalares, observa-se uma ênfase exclusiva na questão clínica emergente ou latente, e secundariamente nos reflexos multidisciplinares mobilizados ou ainda de cunho institucional.

Já as questões elementares que permeiam esta prática, como a morte e a terminalidade, a bioética, a interdisciplinaridade, a relação médico-paciente, a humanização, os aspectos de natureza institucional, dentre tantos temas fundamentais, são também abarcados pelas referidas publicações. Pode-se dizer, portanto, que há vasto material que aborda a dinâmica do cotidiano do psicólogo hospitalar.

Esta proposição fundamenta-se ainda numa reflexão complementar sobre a condição atual do campo da saúde no Brasil, especificamente no âmbito hospitalar,

marcado pela noção de sustentabilidade das instituições. O cenário hospitalar contemporâneo tem apontado para a necessidade de que as organizações procurem adotar ferramentas de gestão de seus recursos, com foco na sobrevivência no mercado. As instituições de saúde têm, portanto, lançado mão, nos últimos anos, de ferramentas e métodos de administração antes aplicados no campo industrial. Isso se deu pela percepção de que, em saúde, alguns conceitos tornavam-se distorcidos em vista da natureza do trabalho em si. A noção de que urgência, vida e morte não se poderiam contrapor às noções de produtividade e resultados marcaram discursos resistentes à apropriação dessas novas tecnologias de conhecimento, principalmente entre médicos.

É certamente uma lógica capitalista que se impõe, e que não pode ser negada, pois hoje a saúde converte-se em objeto de consumo, permitindo a proliferação de convênios, seguros de saúde e cooperativas, que se apresentam como intermediários de uma relação em que as partes mais frágeis seriam os usuários e os profissionais.

Se a lógica predominante aponta para a produção, a produtividade, a resolutividade, como isso se apresenta para a psicologia hospitalar? Os psicólogos se veem cobrados a estabelecer indicadores e metas de atendimento, por exemplo. Mas existe a atenção para não estabelecer algo que vai além de sua realidade, apenas como forma de atender à demanda? Sabemos o que é e como se pode construir um indicador e com base em que estabelecer sua meta? Como se define quantos psicólogos são necessários para prestar assistência em uma UTI de 20 leitos? É necessário que o psicólogo hospitalar tenha conhecimentos sobre biossegurança? E de quem seria a responsabilidade pela transmissão desses conhecimentos? Quais são as atribuições do psicólogo hospitalar diante da equipe e quais não devem ser suas intervenções (ainda que demandadas pela instituição hospitalar)? Como definir indicadores de qualidade em psicologia hospitalar? Como utilizar ferramentas de gestão em psicologia hospitalar?

Nesse contexto, refletir sobre os alicerces que sustentam a Psicologia Hospitalar pode nos remeter à necessidade de mapeamento estrutural dessa especialidade, até mesmo quanto ao lastro da legislação, a partir de um outro vértice: a gestão dos recursos da psicologia hospitalar em si. Pois, na prática, estamos diante de diversas questões, sem parâmetros de resposta, que afligem os profissionais desta área.

Esses questionamentos, que parecem tão distantes da prática clínica, têm sido dirigidos aos psicólogos dos hospitais que adotam sistemas de gestão da qualidade. Assim, apontam para a realidade de que, mesmo como psicólogos hospitalares, também são responsáveis pela “gestão” do seu setor, ainda que submetidos às questões de ordem institucional, hierárquicas e afins. Não se trata aqui, portanto, de discutir a autonomia na gestão de seus recursos, mas da necessidade de responder às questões gerenciais que lhes são dirigidas, como as acima exemplificadas, sem, no entanto, “enrolar a corda no próprio pescoço”. Para isso, é preciso conhecer formas de aplicação destes recursos gerenciais no universo da psicologia hospitalar, do que trataremos mais à frente.

Destarte, tomamos como metáfora um projeto arquitetônico, cuja beleza da arte-final e funcionalidade da edificação não exibem seus sistemas hidráulicos, elétricos ou seus alicerces, ainda que subentendidos em sua existência e importância. É dessa secundária arte que se pretende falar ao traçar as linhas de sustentação, ao focalizar o que se encontra “entre - as - paredes” ou no subsolo da construção, por assim dizer, de um campo denominado Psicologia Hospitalar.

Mas como todo projeto – ou estudo – arquiteta-se em resposta a uma ideia, necessidade ou desejo, a pesquisa em tela segue o mesmo caminho: parte de nossa experiência desde 1992, na área da saúde, no exercício da psicologia hospitalar. Neste percurso, emergiram diversos desafios provenientes da implantação de um serviço de psicologia hospitalar. Assim, fatores como a sua estruturação, organização, definição de prioridades na assistência, definição de rotinas para atenção aos pacientes e seus familiares, gerenciamento da demanda de atendimento psicológico advindo de diversos setores, em contrapartida com o número de psicólogos integrantes da equipe, passaram a compor o cotidiano profissional.

Ao longo do tempo, mais especificamente dos últimos onze anos, além desses desafios, fez-se necessário conhecer e aplicar práticas de gestão no serviço de psicologia hospitalar, isto é, na prática assistencial em si, a partir da formulação de procedimentos documentais, da apresentação de evidências de que se realizava uma assistência sistematizada, planejada, com organização e métodos de avaliação, tais como os pertinentes aos indicadores de qualidade, como veremos adiante.

Dessa forma, atrelaram-se à clínica outras fontes de conhecimento, as quais impactaram diretamente a primeira. Este cenário constituiu-se, principalmente, a

partir de processos de Certificação ou Acreditação pelos quais passam as instituições hospitalares na atualidade, o que exige do psicólogo conhecimento e ações não pertinentes à sua formação. Este talvez seja o principal ponto de partida deste trabalho: compartilhar experiências a partir de uma reflexão rigorosa, respaldada pela teoria, entrelaçando, assim, fontes de conhecimento e ação que, mesmo distintas entre si, como campos de saber aplicam-se simultaneamente.

A autora desempenhou a função de especialista em saúde em ambulatório de especialidades no município de Cubatão, São Paulo, seguida pela atividade de psicologia hospitalar na equipe do Hospital do Coração da Associação do Sanatório Sírio, HCor, São Paulo e, posteriormente, como psicóloga hospitalar e coordenadora do serviço, designado por Coordenação da Comunicação e Qualidade no Biocor Instituto, hospital da região metropolitana de Belo Horizonte e referência no Estado de Minas Gerais.

Cabe ressaltar que esse percurso profissional abrange ainda experiências advindas como avaliadora e auditora de sistemas de gestão da qualidade, tanto pelos princípios da ISO, quanto pela metodologia ONA. Essas atividades certamente despertaram interesse pela análise da importância e contribuição que os sistemas de gestão da qualidade têm no desenvolvimento institucional e, sobretudo, por ser foco do presente trabalho, na organização de um serviço de psicologia e em sua visibilidade. Outro aspecto relevante trata da importância de se aprimorar uma visão sistêmica da instituição na qual o psicólogo hospitalar encontra-se inserido.

Neste quesito, a parceria de trabalho mantida no Biocor Instituto, reconhecido hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais, de 1998 a 2008, foi fundamental. Por tratar-se de um hospital marcado pelo foco na Qualidade e no pioneirismo, certificado pelas Normas ISO 9.000 desde 1997 e mais recentemente pela ISO 14.000 e OSHAS 18.000, Acreditado com Excelência pela metodologia ONA, teve ainda seu Sistema de Gestão da Qualidade premiado em diversas ocasiões, com o Prêmio BANAS, o PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde, o PMQ – Prêmio Mineiro da Qualidade.

Outro fator preponderante aponta para a nossa participação no Grupo de Trabalho (GT) de Psicologia Hospitalar do Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, CRP-04 situação que reforçou a percepção quanto à necessidade de criar caminhos mais consistentes e, sobretudo, mecanismos de regulação para a sistematização na área em foco.

Todas as experiências elencadas acima não se constituem apenas como uma trajetória profissional, mas indicam um percurso marcado pela necessidade de estruturar um serviço de Psicologia Hospitalar, enfrentar situações novas não relacionadas especificamente com a prática da clínica em instituição de saúde. Apontam, ainda, para a necessidade de responder às demandas institucionais relacionadas à gestão da qualidade e da gestão dos próprios recursos, a partir da utilização de metodologias, muitas das quais desconhecidas, que não faziam parte de qualquer formação prévia. Colegas de outros serviços enfrentaram e enfrentam essas mesmas dificuldades.

Destarte, numa visão e análise retrospectiva, pretende-se entremear o arcabouço teórico pertinente à Psicologia Hospitalar com a Psicanálise e a Psicossociologia, sendo os dois últimos temas elegidos pela autora como referencial teórico de suas reflexões, com a prática desenvolvida durante essa trajetória profissional. Tentaremos questionar e apontar fatores que possam colaborar para a consolidação da Psicologia Hospitalar. Serão abordados os aspectos de inserção no espaço funcional, a qualificação profissional, a sistematização da assistência, a relação com a instituição e o monitoramento dos resultados.

A tônica deste estudo não será a cronologia, para exprimir etapas alcançadas ao longo de um tempo, nem a análise de fatores estritamente institucionais, desta ou daquela organização, mas, em um sentido amplo, o estudo da evolução de processos, de redes de relacionamento e de percepções quanto às possibilidades do campo, isto é, dos diferentes eixos da atuação do psicólogo hospitalar.

Não se pretende, portanto, oferecer um relato do que foi realizado, mas apontar reflexões e horizontes que ainda podem ser trilhados, onde quer que seja e por quem quer que assim pretenda, segundo as necessárias exigências do cenário da saúde na atualidade.

1.2 Objetivos

O que aqui se propõe é prestar uma contribuição para a psicologia hospitalar, a fim de expandir os vértices de exame deste campo, além de apresentar, de forma acessível e sobretudo aplicável, alguns conceitos e ferramentas de gestão que passam a integrar o cotidiano do psicólogo hospitalar.

1.2.1 Objetivo Geral

Estudar a Psicologia Hospitalar, nos moldes de gestão da qualidade preconizados por Donabedian (2005): estrutura, processos e resultados, identificando pressupostos inerentes à construção de um espaço funcional.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Realizar a revisão da literatura sobre a psicologia hospitalar no Brasil, a partir do objetivo central.
- b) Identificar e analisar a abrangência do campo da psicologia hospitalar e dos eixos de intervenções da psicologia hospitalar, a partir da tríade paciente-família-equipe e propor uma revisão de sua configuração.
- c) Estudar os aspectos da estruturação e sistematização da psicologia hospitalar, a partir dos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados.
- d) Realizar o levantamento da legislação pertinente aos objetivos anteriores.

1.3 Metodologia

O estudo em tela procura investigar e analisar a questão proposta, pelo viés da pesquisa qualitativa. Para tal, foi realizado um levantamento bibliográfico, visando situar o corpo teórico que alicerça os estudos sobre a Psicologia Hospitalar no Brasil, em face dos fundamentos de gestão da qualidade em saúde, intrínsecos à realidade atual das instituições de saúde. Estes foram abordados a partir de dois aspectos fundamentais: a delimitação do campo da psicologia hospitalar, com a consequente identificação dos eixos de intervenção, e a estruturação e sistematização da psicologia hospitalar. Estes dois elementos se constituem pontos centrais para a análise que se pretende realizar; para tal, serão adotados como parâmetro para apresentação e discussão os fundamentos de gestão da qualidade: estrutura, processos e resultados.

1.3.1 Procedimentos Metodológicos

- a) Estudo bibliográfico sobre a Psicologia Hospitalar no Brasil
- b) Levantamento da legislação que institui a necessidade do Psicólogo no âmbito hospitalar.
- c) Levantamento da utilização de ferramentas de gestão da qualidade aplicadas à Psicologia Hospitalar.
- d) Utilização dos resultados da pesquisa para elaboração de artigos científicos.

2 PSICOLOGIA HOSPITALAR: A DELIMITAÇÃO DO CAMPO

A psicologia hospitalar é tratada como um campo de atuação por diversos autores (SIMONETTI, 2004; ANGERAMI-CAMON, 2002; ANGERAMI-CAMON, 1994; ANGERAMI-CAMON, 1997; ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; MELETI, 2003; ROMANO, 2008; OLIVEIRA; ISMAEL, 1995; ANDREOLI, 2008) que salientam três eixos de intervenção: paciente-família-equipe. O assunto é tratado pelo exame de aspectos da prática em si, a partir de contextos específicos, como a UTI, a oncologia, as urgências etc. Já o universo da instituição como eixo de atuação encontra-se presente, embora os esquemas propostos para o estudo deste campo se apresentem, geralmente, como ilustrado na Figura 1.

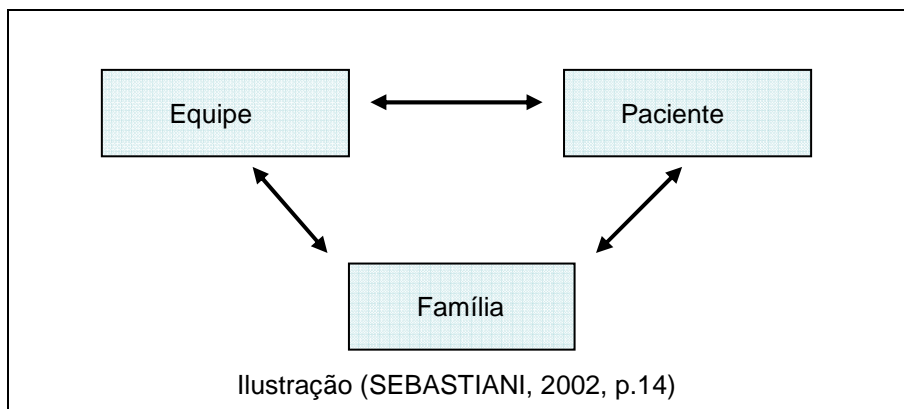
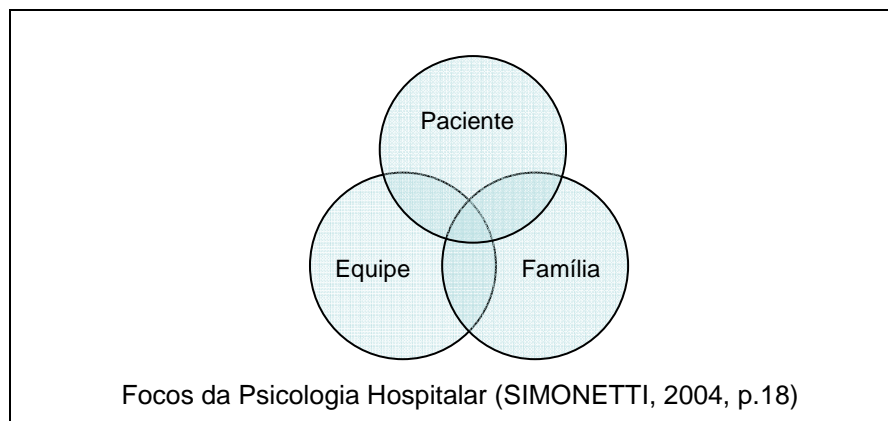


Figura 1: Focos de atenção do psicólogo hospitalar ilustrados na literatura

Apesar de não haver controvérsia quanto à importância da instituição como foco da psicologia hospitalar, os esquemas didáticos que apresentam os eixos de intervenções parecem excluí-la do lugar de “cliente” do psicólogo, ou minimizar sua importância, a partir deste lugar, objeto da atenção psicológica. A instituição é principalmente abordada como instância na qual o psicólogo encontra-se inserido e sujeito às suas pressões, aos aspectos normativos e da cultura organizacional.

Ao abordar o lugar do psicólogo no contexto hospitalar, Andreoli (2008, p. 6) apresenta a denominação de “paciente-identificado”, referindo-se não necessariamente ao “paciente-internado”, mas “ao objeto da intervenção psicológica – se o paciente, a família, a equipe ou a instituição”. Reforça a posição de que “o que difere, no entanto, é o foco que se dá, e este sim irá definir o tipo de trabalho a que esse profissional se propõe”.

Nossa posição encontra-se alinhada com essa concepção, e consideramos que nenhum desses eixos pode ser desconsiderado no planejamento da estruturação de um serviço de psicologia hospitalar, bem como na sistematização de suas atividades assistenciais.

Contudo, tanto a excessiva priorização de um dos eixos, quanto uma abertura desmedida do campo podem representar risco de se efetuar um trabalho fragmentado. Ou, ainda, colaborar para a distorção da percepção das responsabilidades do psicólogo, por parte de outros profissionais, da instituição e da própria sociedade. Salientamos esse aspecto, pois, para muitos de nossos pares, o psicólogo hospitalar trata, de forma circunscrita, das questões emocionais de pacientes e familiares, inerentes ao processo de adoecimento.

Já num outro polo, o psicólogo pode ser visto como o profissional que deve tratar de todos os aspectos do que podemos chamar de uma instância psicológica no âmbito hospitalar, somando-se ao atendimento clínico dos pacientes – ações educativas com a equipe, atendimento clínico aos funcionários e, ainda, atividades de cunho organizacional, como processos de seleção/demissão e treinamento.

Essa delimitação onipotente merece atenção. Nossa convicção é de que no hospital existem três distintas especialidades psicológicas:

- a) Psicologia Hospitalar: responsável pela assistência psicológica aos pacientes/familiares; integrado à equipe, que, por sua vez, constitui-se como foco de intervenção, visando ao aprimoramento da relação com o paciente e pelo alinhamento à instituição.
- b) Psicologia Organizacional: responsável pela gestão dos recursos humanos e procedimentos relacionados; por treinamentos que visam ao aprimoramento das relações internas de equipes e setores; pela monitoração e planejamento de ações no âmbito da cultura e do clima organizacional.
- c) Psicologia Clínica do Trabalho: responsável pela atenção à saúde mental dos trabalhadores; associada às ações de Saúde Ocupacional.

Tomaremos algumas situações clínicas para exemplificar e pontuar tais diferenciações e reforçar a necessidade de se delimitarem as margens de atuação de psicólogos de distintas especialidades. Como observaremos nos três casos, a seguir, as margens são tênues e, aos olhos de gestores e de certos profissionais, isentas de conflito. Contudo são claramente significativas e impeditivas de um exercício ético da psicologia, respeitando-se a técnica e, em certo sentido, considerando-se a legislação.

No tocante aos aspectos que diferenciam o psicólogo organizacional do hospitalar, cabe ressaltar as atribuições do primeiro. Em seu cotidiano, o profissional da área organizacional é o responsável, dentre tantos outros atributos, pela seleção de pessoal, pela avaliação de desempenho, em certa medida, e, sobretudo, pela demissão de funcionários. As entrevistas de desligamento em empresas constituem função deste especialista. Não é incomum que, no “chão de fábrica”, esse profissional seja temido. Não há como contemplar um mesmo profissional exercendo as atribuições acima mencionadas e, simultaneamente, o atendimento aos pacientes e familiares, que exige um trabalho em equipe, como parceiro do mesmo funcionário (a) que, num dado momento, ele poderá advertir ou demitir. Não cabe também a condição de prestar atendimento clínico aos funcionários, pelas mesmas justificativas já relatadas.

Caso 1: um funcionário do setor administrativo, responsável pelo faturamento das guias de convênios, é encaminhado pelo médico do trabalho ao psicólogo

organizacional, para atendimento psicológico, devido a um quadro de depressão. Embora resistente, sente-se pressionado a procurar a psicóloga. No decorrer do atendimento, relata que, nos últimos meses, tem pensado em suicídio, e seu rendimento profissional sofreu impacto considerável. Relata, ainda, que tem descartado as guias que são mais trabalhosas, pois não acredita mais em seu trabalho, nem se preocupa com o fato de que a instituição não receberá por tais procedimentos. Fica clara, aqui, a incongruência de que um mesmo profissional exerça ambas as funções.

A outra diferenciação decorre da fronteira entre a psicologia hospitalar e a saúde ocupacional. Não é incomum que psicólogos hospitalares sejam convocados pela instituição para atender, pelo viés clínico, o corpo de funcionários. Somos radicalmente opostos a essa prática, pautando-nos nos princípios da ética e da técnica.

As razões dessa negativa são simples: se o trabalho ocorre de forma efetivamente integrada (lembrando que integração não implica ausência de conflitos), o psicólogo e o colaborador discutem a condução dos casos em seu cotidiano, o que pode gerar situações de tensão. As questões emocionais do funcionário podem levá-lo a projetar e a atuar (*acting out*) em relação ao paciente ou à própria instituição. Assim, não é pertinente que o mesmo profissional proceda com atendimentos nas duas esferas simultaneamente.

Caso 2: um técnico de enfermagem da UTI é encaminhado pelo médico do trabalho ao atendimento clínico com o psicólogo hospitalar, contratado do hospital e também responsável pela assistência naquela unidade de cuidados. O técnico de enfermagem apresenta como queixa a percepção de ser alvo de agressões verbais e humilhação, por parte de um dos médicos plantonistas da unidade, identificando a situação como assédio moral, estando determinado a mover um processo contra a instituição hospitalar. Este psicólogo conhece o médico intensivista em questão e já havia alertado a diretoria clínica do hospital quanto às condições emocionais deste, devido a problemas de relacionamento identificados com familiares de pacientes. Como o psicólogo hospitalar estaria isento, neste cenário, de impedimentos técnicos e éticos para atender este técnico de enfermagem, que seria simultaneamente seu cliente e seu colega de trabalho? Acrescente-se a esta circunstância a eminência de processo contra o hospital do qual também é funcionário.

Consideramos que a responsabilidade por marcar a diferenciação destas especialidades cabe aos profissionais inseridos neste campo e, fundamentalmente, às instâncias reguladoras da profissão. Pois é certo de que ainda há, entre gestores hospitalares, a ideia de que contratar um psicólogo é cobrir todas essas áreas. Infelizmente, por razões mercadológicas, alguns profissionais submetem-se a essas distorções. Em detrimento da técnica, da ética e da Lei, em nosso parecer.

Caso 3: este exemplo encontra-se alinhado com essas preocupações, no tocante ao aspecto da legislação. Um hospital do interior do Estado, que possui serviço de hemodiálise, vai passar por uma auditoria ou vistoria, relacionada ao seu credenciamento pelo SUS. A instituição não possui psicólogo hospitalar em seu quadro de funcionários, mas um psicólogo no setor de recursos humanos. Como há exigência legal (Lei 6.514 de 22 de dezembro de 1977) de que o centro de diálise tenha disponível para os pacientes a assistência psicológica, o profissional do RH é indicado pela administração como o responsável pela assistência no centro de diálise, apesar de não ser esta sua atribuição real. Propor ao psicólogo representar e assinar os documentos referentes à assistência psicológica não prestada não pode ser classificado de outro modo, senão como coerção.

Desse modo, a formalização de um serviço de psicologia hospitalar aponta para outra questão fundamental, associada aos fatores apontados: a inserção do psicólogo no campo, o respeito às especificidades de sua especialidade e a natureza de seu vínculo profissional. O profissional pode “entrar” no hospital por diversas maneiras.

E essa entrada está relacionada à sua vinculação profissional que pode se dar pela vinculação a uma determinada clínica médica ou serviço (ex: pediatria, oncologia, cardiologia, cirurgia cardíaca, terapia intensiva etc), ou a partir de um vínculo funcional com a instituição.

Na esfera privada, pode ocorrer por contratação, prestação de serviço ou como profissional autônomo. No âmbito público, o ingresso se dá geralmente por concurso público ou credenciamento pelo SUS. Em alguns casos, a inserção do psicólogo ocorre pelo viés da pesquisa.

Ressaltamos que, em qualquer destes vínculos, o psicólogo encontra-se sujeito aos aspectos éticos e legais inerentes ao exercício profissional. E neste ponto esbarramos em um aspecto crítico que se refere à realização de trabalho

voluntário no âmbito hospitalar. Ao abordar a formalização e legalidade da prática profissional, indicamos a valorização e reconhecimento da profissão, e claramente, a contrapartida de sua responsabilidade.

Consideramos, portanto, que o voluntariado está na contramão desta postura de reconhecimento profissional. Dada a natureza do trabalho em saúde e as exigências da atualidade, por qualificação, sistematização e resultados, além da crescente cobrança por responsabilidade no universo da saúde. Seria insensato que um gestor aceitasse em seu quadro funcional um colaborador “voluntário”.

Ademais se trata aqui da atenção às condições de dignificar o trabalho, como bem apontado nos Princípios Fundamentais de nosso Código de Ética Profissional: “VI – O psicólogo zelará para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a Psicologia esteja sendo aviltada.” (Código de Ética Profissional do Psicólogo, 2005)

Não se questiona a qualidade técnica do trabalho realizado por psicólogos voluntários. O que é aviltante para a profissão é desqualificá-la desta posição, é desconsiderar uma exigência real de investimento no profissional. Para justificar essa consideração, lançamos mão de estudos da sociologia das profissões (FREIDSON apud PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003; LARSON apud PEREIRA; PEREIRA NETO, 2003), que apontam os elementos do processo de reconhecimento de uma profissão como tal.

O primeiro refere-se à delimitação de um campo de conhecimento, sua complexidade e institucionalização da transmissão do saber. No caso da Psicologia, a formalização dos cursos de graduação iniciou-se entre as décadas de 1950 e 1960, instituindo a construção de um arcabouço acadêmico próprio para a formação de psicólogos.

O segundo é designado pela autorregulação, a partir da constituição de normatização das condutas, como no caso das resoluções. A regulamentação da Psicologia como profissão ocorreu pela Lei nº 4.119 – 27 de agosto de 1962 e a criação dos Conselhos pela Lei nº 5.766 de 20 dezembro de 1971.

O terceiro elemento é representado pela consolidação de um Código de Ética da Profissão. No caso da Psicologia, este teve sua publicação em 1975, passando por revisões nos anos de 1979, 1987 e a atual versão publicada em 2005.

O quarto aspecto advém do reconhecimento do Estado e da Sociedade. Aqui, cabe ressaltar a crescente inserção de psicólogos que atuam no SUS, independente

da natureza de vínculo contratual, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, que em 2006 registravam 14.407 profissionais de Psicologia (SPINK, 2006, p.11). Embora ainda incipiente e insatisfatória, a Agência Nacional de Saúde – ANS divulgou em 2008, por meio da Resolução Normativa nº167, de 10 de janeiro de 2008, a inclusão de psicoterapia no rol de procedimentos para cobertura pela saúde suplementar de psicoterapia. Em 2010, ampliando, ainda que teoricamente, o acesso da população ao atendimento psicológico.

O quinto e último aspecto refere-se à regulação legal do exercício profissional. Neste quesito, enquadram-se as disposições legais que determinam a inclusão de psicólogos em diversas áreas de atenção à saúde. Este assunto será abordado de forma mais detalhada no item 3.1.4 Legislação: panorama atual.

Ressaltamos que algumas instâncias representativas da Psicologia parecem lutar na direção do fortalecimento desse reconhecimento e pela regulação legal. Não se trata de marcar um território, de reserva de mercado, mas de valorização da profissão e de resistência à precarização do trabalho. Para tal, é preciso que se conheça a realidade e se procure desenvolver recursos que favoreçam uma apropriação das possibilidades desta realidade, com vistas à construção da trajetória de uma profissão.

Não é possível cobrar do Estado (representado pelo SUS) e da Sociedade (representada pela saúde suplementar), o reconhecimento e a valorização da prestação de serviço prestada pelo psicólogo hospitalar, se compactuarmos com uma desqualificação da sua posição de profissional. Não é coerente exigir uma evolução do respaldo da legislação, para a inserção do psicólogo nos hospitais, se houver uma postura contrária por parte dos próprios profissionais.

Certamente, a via de acesso ao espaço funcional pode acarretar implicações quanto à integração do profissional com a equipe e a instituição. No meio hospitalar, não existe a possibilidade de realização de um trabalho isolado. O trabalho é essencialmente multiprofissional e interdisciplinar, fato que nos leva a pensar a incidência do lugar do psicólogo, de seu espaço de atuação. Consideramos, *a priori*, que o psicólogo é parte dos sujeitos da instituição hospitalar na qual atua. Ainda que ele mesmo não se perceba neste lugar.

As colocações até aqui apresentadas nos levam ao questionamento de como se estabelece o lugar para o exercício profissional. O primeiro aspecto a ser

considerado trata da identidade profissional. O que é ser psicólogo hospitalar? O que é pertencer a uma instituição pública com foco em pesquisa ou a um hospital privado com foco em gestão da qualidade? Haverá diferença ou implicação à prática exercida? Afinal, “a prática psicológica em hospitais deve estar atenta e ajustada à dinâmica das instituições hospitalares.” (SILVA; TONETTO; GOMES, 2006, p.29).

O ajuste em questão trata de uma inserção que considera ser “impensável falar de nossa identidade sem apoiá-la sobre um dos múltiplos grupos aos quais pertencemos” (ROUCHY, 2001, p.130). Esse reconhecimento é determinante para o que chamaremos de construção do espaço funcional, isto é, a condição para que se estabeleça o exercício da profissão do psicólogo hospitalar. Cabe observar que esse espaço funcional não se restringe, ou melhor, não se deve confundir com uma estrutura físico-funcional, embora sempre bem-vinda, como representado por uma sala de atendimento reservado.

Esta identidade profissional se constitui um elemento necessário à construção de um espaço funcional, refletido no reconhecimento das qualidades e características do campo de trabalho. Assim, apenas para uma análise didática, tomaremos cada elemento assistencial separadamente, embora a prática se estabeleça quase de forma simultânea.

Destarte, propõe-se uma esquematização da referida tríade de intervenção do campo da psicologia hospitalar de modo um pouco mais complexo: destacando-se a abrangência do campo, os atributos que permeiam as ações e a identificação dos eixos de intervenção neste campo, conforme demonstrado na Figura 2. Em síntese, esse esquema proposto inclui:

- a) Os três atributos das ações realizadas no campo da psicologia hospitalar: proatividade, sistematização e integração.
- b) Os três eixos de intervenção do campo: Paciente-família (como unidade assistencial), Equipe (como lugar de pertencimento, demanda e manejo) e Instituição.
- c) A Comunicação como dimensão e ferramenta de aprimoramento das relações humanas e de melhoria contínua.

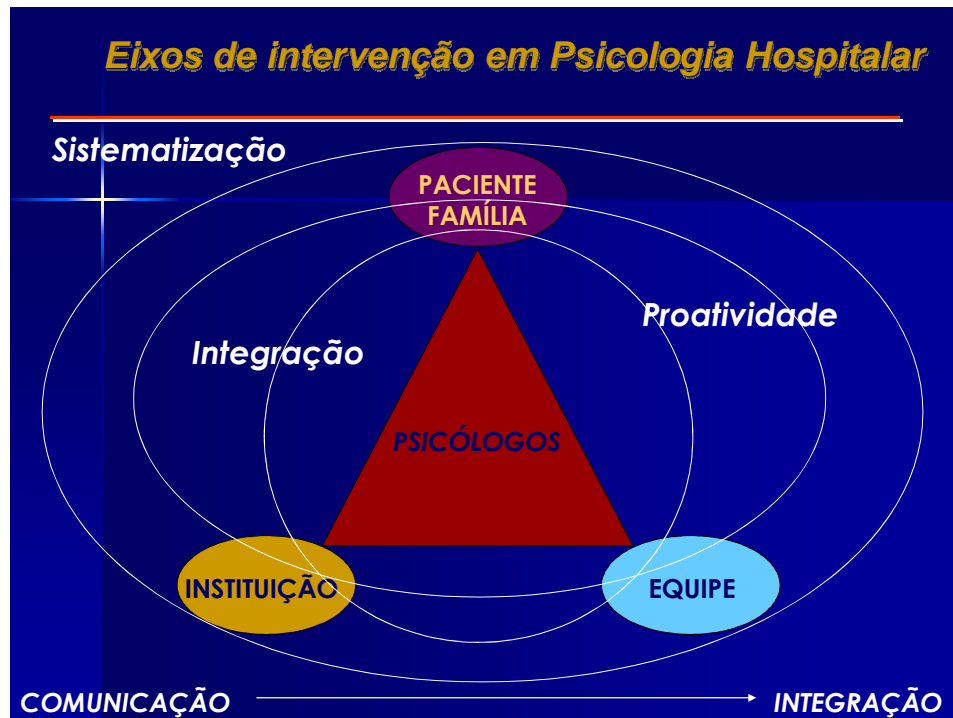


Figura 2. Eixos de intervenção em Psicologia Hospitalar
 Fonte: Elaborado pela autora

Nossa proposição é abordar pontualmente cada aspecto apresentado neste diagrama, procurando entremear situações práticas vivenciadas por psicólogos hospitalares, como forma de exemplificar a esquematização teórica adotada.

2.1 Atributos do campo da psicologia hospitalar

2.1.1 Proatividade

A primeira esfera que atravessa o campo da psicologia hospitalar, marcando sua evolução, advém da posição adotada pelo profissional. Em nosso entendimento, para que haja uma efetiva articulação da prática assistencial com as necessidades da equipe e da instituição, é primordial que o psicólogo hospitalar adote uma postura proativa, e não estamos aqui acolhendo o termo como um modismo da atualidade. Nem no sentido proposto pelas práticas gestionárias. A noção de proatividade pode ser considerada, em primeira instância e sem rigor conceitual, como o avesso de uma prática reativa, muito comum no início das atividades na área. Nas situações

em que o psicólogo ainda não consegue identificar seu lugar no campo, quer por inexperiência, atrelada à falta de qualificação, quer por outros fatores de ordem emocional, como a tendência à idealização da psicologia hospitalar e à operacionalização de mecanismos onipotentes.

Uma atuação preventiva, no âmbito hospitalar, pressupõe o rápido diagnóstico de transtornos psicológicos, que podem atingir tanto pacientes quanto familiares. Cabe ao psicólogo ter uma postura ativa, inserindo-se e integrando-se à dinâmica hospitalar. (OLIVEIRA; SOMMERMAM, 2008, p.124)

Acerca da reatividade associada à falta de preparo técnico, adverte Andreoli (2008, p. 4) que “infelizmente a entrada de um psicólogo clínico recém-formado no hospital é ainda acompanhada de um certo recomeçar da própria especialidade.” Isso se deve à dificuldade em transportar para o contexto hospitalar o aprendizado clínico, bem como ao tempo necessário para o desenvolvimento de “uma visão integrada entre as instâncias biológicas, psíquica, social e cultural.”

Assim, por haver ineficiência e imaturidade instrumentais, é comum que o psicólogo realize suas tarefas de forma a atender as demandas manifestas, que, em geral, apresentam-se de modo desordenado. Para Angerami-Camon (1997, p. 135), “a entrada indiscriminada de psicólogos sem formação específica para a área de psicologia hospitalar; a inexistência de um paradigma claro da especialidade” representa o risco de se exercer uma “subpsicologia”.

Neste contexto, numa figura caricata, tomamos esta posição reativa como a de um bombeiro chamado para “apagar o incêndio”. Essa forma de trabalho depende muita energia do psicólogo que pode, até mesmo em curtíssimo prazo, resolver situações difíceis, mas não contribui para uma identificação clara das necessidades institucionais, da equipe e principalmente dos usuários, que possibilite a organização do trabalho, a priorização das necessidades e, sobretudo, a consideração e respeito aos seus próprios limites. Como veremos no exemplo (caso 4) apresentado adiante, estas distinções não se tratam de tarefa simples, tampouco isentas de angústia.

Para Giannotti (1996, p.28), a inserção do psicólogo recém-formado na equipe de saúde não lhe propicia, de imediato, uma identidade profissional bem-definida, pela dificuldade de perceber nitidamente os limites entre suas atribuições e as dos demais profissionais. Essa afirmativa salienta a importância da formação do

psicólogo.

Esta realidade aponta para outros riscos atrelados aos fatores de personalidade do psicólogo hospitalar, acentuado por distorções em sua formação acadêmica e clínica, e/ou pela ausência de um processo psicoterápico/analítico atento à escolha pela especialidade. Entretanto, como é frequente que o psicólogo seja convocado a resolver questões diante de uma situação crítica em que impera a desorganização emocional, ele “pode ser convidado a ocupar uma posição idealizada de quem é possuidor de respostas e soluções” (ANDREOLI, 2008, p.6).

O problema encontra-se instalado quando o psicólogo é seduzido pela posição de “poder”, ou passa a seduzir ao atuar como “mago ilusionista – aquele que em um passe de mágica entrega aquilo que se quer ver” (ANDREOLI, 2008, p. 7). Essa posição onipotente promove uma desorganização do trabalho e impossibilita a adoção de uma postura autocrítica, proporcionada essencialmente pela supervisão clínica. Aliás, o espaço de supervisão é imperativo e sua realização também deve ser sistematizada e formalizada dentro do período de trabalho, assim como os devidos registros dessa atividade. Esses registros são utilizados como evidência (em auditorias) de que se mantém um espaço de análise crítica das atividades assistenciais.

Mas se há introjeção indiscriminada da proatividade, pode haver um risco para o psicólogo hospitalar. Pois, se por um lado, é fundamental haver a diferenciação de situações que devem ser prioritárias, segundo um planejamento, por outro pode ocorrer uma sobreposição de situações prioritárias, que lançam o psicólogo a uma posição de angústia ou premência por atendimento às demandas. Esse é o ponto em que a reatividade se concentra. E, na medida em que o psicólogo identifica as situações preponderantes, do ponto de vista institucional e da equipe, pode incorrer no erro de sobrepô-las à necessidade de um paciente em particular, frente a uma situação que apresente maior impacto.

A título de exemplo, examinaremos um caso, no qual o psicólogo é colocado diante dessas situações tensas de sobreposição, nas quais reatividade e proatividade parecem se misturar.

Caso 4: a psicóloga encontrava-se no quarto de um paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca para revascularização do miocárdio, prestando-lhe assistência. Os familiares permaneciam numa saleta próxima ao quarto, aguardando

o fim do atendimento psicológico. O paciente já estava sendo acompanhado na UTI e apresentava bom vínculo de confiança com a profissional. Este paciente cursou no pós-operatório com um quadro de arritmia cardíaca que lhe causava muito desconforto, apesar de sua benignidade clínica, o qual associava com situações que lhe causassem impacto emocional. Durante o atendimento relatava sua angústia diante do processo de adoecimento, a sensação de impotência e o receio de não retomar sua autoconfiança. O medo da morte era frequente e representado por sonhos que eram relatados ao psicólogo. O paciente encontrava-se num dado momento do atendimento muito fragilizado e emotivo ao relatar esses sonhos. Neste mesmo momento, o sistema sonoro do hospital alerta para a ocorrência de uma situação crítica num leito próximo ao deste paciente¹. A psicóloga ouve o alerta e identifica que se trata de outro paciente com quadro muito grave ao qual já acompanha, cuja família se encontrava muito abalada e com mecanismos de negação mobilizados diante do processo de hospitalização do doente. Procura então, interromper o atendimento que estava prestando, informando ao paciente que deveria atender a uma situação de urgência e que retornaria logo que possível. Retira-se do quarto e solicita aos familiares que retornem para ficar com o paciente. Após atender aos familiares do outro paciente que evoluiu para óbito após a parada cardíaca, a psicóloga retorna horas depois ao leito do paciente cujo atendimento interrompeu. Este havia sido atendido pela equipe médica de plantão devido a um episódio do quadro de arritmia, tendo sido medicado. O paciente relata que percebeu que se tratava de uma situação grave, devido à forma como a psicóloga retirou-se do quarto e pelo fato de ter ouvido, logo a seguir, os gritos vindos do corredor. Refere ter-se assustado muito, o que ocorreu em função de sua identificação com o outro paciente e pelas fantasias que construiu a partir daí. Relatou que, após a saída da psicóloga, se sentiu sozinho no “caminho para a morte”. Este exemplo demonstra o quanto o psicólogo hospitalar se depara com situações que lhe exigem atuação simultânea e podem favorecer falhas na atuação. Há que se ter o cuidado de realizar o que é viável, respeitando seus próprios limites e os do paciente. Neste caso, verificamos que houve a priorização das necessidades da equipe e da instituição, em detrimento das necessidades de um único paciente.

¹ Nos hospitais, é frequente haver um alerta sonoro específico quando há situação de urgência (parada cardíaca de paciente), para convocação imediata dos profissionais necessários ao atendimento. Termos como “código azul”, *blue code* ou “código 90” podem indicar estas situações.

Isso se deveu ao fato de a assistência à situação crítica ser considerada, pela psicóloga, prioritária e parte de suas atribuições, nesta instituição em especial, segundo as rotinas predefinidas.

Assim como uma instituição espera que médicos, enfermeiros e demais profissionais atendam prontamente aos códigos de urgência, também pode esperar o mesmo por parte do psicólogo. A análise crítica de tais situações, nas supervisões clínicas, favorece o desenvolvimento de uma postura que considere estes limites da prática assistencial.

Dentre os elementos está a condição de reconhecer que uma equipe atende segundo suas condições de estrutura, isto é, o número de profissionais. Colocar em evidência essas intervenções que podem indicar uma atitude onipotente, que acaba por tamponar a necessidade de outros psicólogos, é importante. Bem como desenvolver a condição de permanecer em dada situação, a despeito de outras demandas e convocações. O que se trata aqui é de apontar os limites da realidade, de ser capaz de suportar a posição de impotência diante dela e tolerar o sentimento de falha, mantendo uma disponibilidade interna de continência. Esses aspectos integram o processo de aprimoramento da qualificação profissional.

Em conjunto com essas considerações sobre a importância da qualificação para o exercício da psicologia hospitalar, deparamos-nos com o fato de que, para que essa proatividade seja efetiva, e não nociva, é necessário que haja uma condição estrutural para a organização do serviço. Assim, a implantação e implementação de atividades assistenciais, nas diversas unidades hospitalares, dependem dos recursos humanos disponíveis.

É certo que o número de psicólogos que compõe uma equipe, bem como a distribuição da carga horária, em relação aos setores de hospital nos quais exerce sua atividade são fatores preponderantes. Esse quesito espelha as dimensões de “estrutura” e “processos”, conforme conceituados por Donabedian, que serão discutidas no capítulo 3. Esta discussão nos leva à próxima esfera de estudo proposta, representada pela sistematização das atividades, que implica o caminho para buscarmos o monitoramento dos resultados da assistência prestada.

2.1.2 Sistematização da assistência

A segunda esfera que permeia o campo trata da assistência sistematizada como elemento estratégico de visibilidade e validação das condutas. Neste contexto, temos o desafio de apresentar, com clareza e objetividade, aos nossos pares – equipe e instituição – os objetivos de nosso trabalho, refletidos na definição de rotinas. Giannotti (1996) alerta para o fato de que,

[...] estamos diante de um importante paradoxo: a expectativa que o corpo médico tem do trabalho do psicólogo é diferente da expectativa que o psicólogo tem de sua tarefa junto à instituição médica [...] Os psicólogos estão ingressando nas instituições médicas muito antes que o corpo médico e os profissionais de saúde tenham reconhecido ou sentido sua necessidade e muito antes que a instituição como cliente tenha solicitado seus serviços, para abordar seus conflitos e suas contradições. (CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997, p.135).

A partir do momento em que há o reconhecimento do lugar ocupado, propicia-se a realização de um trabalho mais consistente. A sistematização da assistência diz respeito ao planejamento, organização e gerenciamento das rotinas, ou seja, a forma como se realizam as atividades. Muitos interpretam, este conceito da padronização de rotinas como uma submissão a algum tipo de modelo predeterminado, capaz de restringir a liberdade técnica e teórica.

Neste contexto, a publicação organizada por Romano (2008) constitui-se matéria obrigatória para o estudo em discussão. Além de apresentar inúmeros modelos de trabalho desenvolvidos no INCOR nas últimas décadas, seu conteúdo está entremeado de exemplos do que é, na prática, a assistência sistematizada, com padronização de rotinas preestabelecidas. Romano (2008) discutem diversas questões inerentes ao cotidiano do psicólogo hospitalar, que refletem a sistematização. Elencamos algumas por considerar serem pontos que ainda mobilizam discussão e dúvidas, seguidas de exemplos.

Dentre os principais pontos que interferem nesta questão, salientamos a intrínseca relação com os membros da equipe, como medida de integração e como ponto-chave para sistematizar a atenção ao paciente e familiares. Romano afirma que o contato com membros da equipe multiprofissional, quando da solicitação de atendimento ao paciente, além da consulta ao prontuário, são modos de otimizar a assistência ofertada. (ROMANO, 2008, p. 23)

Apesar de algumas linhas teóricas ainda se posicionarem contrárias a esta conduta, nós a consideramos indispensável no contexto hospitalar. Afinal, trata-se de identificar, previamente, os fatores relacionados à solicitação: de quem partiu o pedido? Quais as condições de atendimento e o quadro clínico do paciente? Para quem e como o psicólogo irá repassar as informações pertinentes decorrentes do atendimento? Em outras palavras, precisamos conhecer o terreno antes de adentrar e saber que direção seguir. São condições *sine qua non* para a assistência integrada.

Tomamos como exemplo uma situação que envolve riscos à saúde ocupacional.

Caso 5: O Dr. X encaminha uma solicitação de atendimento psicológico, por mensagem de celular, para atender ao Sr. Y, do leito 907. O psicólogo não adota a conduta, como rotina, de buscar informação prévia, e se encaminha ao quarto do paciente. Por desconhecer o quadro clínico do paciente, não respeita os procedimentos de isolamento (preconizados pela CCIH – Comissão de Controle Infecção Hospitalar), referente ao uso de EPI's – equipamento de proteção individual. Dessa forma, acaba por incorrer numa falta desnecessária e se expor ao risco de contaminação, bem como o paciente. Por outro lado, o fato de entrar sem os EPI's indicados mobiliza, nos familiares, fantasias de que o paciente possa ser contaminado, gerando insegurança quanto aos procedimentos da equipe do hospital. A família passa a relatar que não há uniformidade na conduta com o paciente.

Esse alerta já havia sido feito nos idos de 1959, por Matilde Neder, ao afirmar que “O psicólogo precisa de informações sobre a situação física do cliente, da qual, aliás, ele já toma conhecimento antes do seu primeiro contato com o mesmo.” (NEDER apud ANGERAMI-CAMON, 2009, p.12.)

Esse exemplo aponta que a rotina do psicólogo hospitalar deve estar integrada à rotina da equipe e dos procedimentos institucionais. Não há como realizar um trabalho sem integração. Assim, instituir um fluxo de rotina básica de atendimento é primordial. Isto é, estabelecer os passos que devem ser considerados, sem os quais o atendimento não deve ser iniciado, salvo em situações muito específicas.

Esta sistematização da assistência inclui a integração com a equipe, o

exercício da multidisciplinaridade/interdisciplinaridade. A troca de informações, a discussão de casos com a equipe médica, de enfermagem, nutrição, fonoaudiologia e/ou fisioterapia, de acordo com o caso. Isto é relevante, tanto para coletar informações necessárias, quanto para transmitir o *feedback*, as orientações pertinentes aos cuidados com o paciente e familiares, para os demais membros da equipe.

Este cuidado em dar o retorno de um atendimento para quem o solicitou, além de se estabelecer como condição inerente à multidisciplinaridade, tem outras funções. Em especial com a equipe médica ou de enfermagem, constitui-se um mecanismo de educação continuada no cotidiano. Pois é a partir dessas situações que podemos apontar a adequação de uma dada solicitação, a fim de reconhecer a sensível percepção do outro profissional quanto à necessidade de atendimento psicológico, para um dado paciente.

Em contrapartida, podemos identificar situações nas quais a solicitação advém da dificuldade da própria equipe em lidar com uma situação em especial, sem que haja indicação para atendimento ao paciente. Nestes casos, a orientação para o profissional é relevante e cuidadosa. Pois não se trata de apontar a inexistência de motivos para prestar a assistência, mas colaborar para que haja uma reflexão quanto à mobilização para essa solicitação e a colaboração para que o profissional possa estar mais bem preparado para lidar com o caso.

Ainda, a participação em reuniões de equipe é parte desta sistematização, bem como a participação em eventos de educação continuada. Estas atividades são inerentes ao trabalho do psicólogo e favorecem a aproximação para que as trocas cotidianas possam ocorrer. Representam significativo investimento de tempo para o aprimoramento das relações com os pares.

Outro aspecto relevante se deve ao registro em prontuário do paciente que, além de ser obrigatório segundo a Resolução nº1331/89 – CFM – Conselho Federal de Medicina – é a forma de se evidenciar a assistência prestada. Embora este assunto seja abordado mais detalhadamente no capítulo 3 (item 3.1.5), salientamos que o registro em prontuário é dever do psicólogo, assim como a pertinência das informações lançadas (ROMANO, 2008, p. 37), sendo essa atividade parte da rotina, passível de ser sistematizada quanto à formatação dos registros, ao conteúdo e ao resgate dos dados para fins de gerenciamento ou de pesquisa.

Cabe ressaltar que esse registro das atividades também se constitui

instrumento de defesa do psicólogo em situações que isso se faça necessário. Por vezes, pode também se constituir como defesa profissional do médico, da instituição e até mesmo de familiares, nas situações de litígio que, por vezes, ocorrem. Veremos alguns exemplos que abordam esta questão.

Caso 6: uma psicóloga realiza uma avaliação psicológica de paciente candidato a um programa de transplantes. Utiliza o protocolo desenvolvido na instituição médica, que inclui os critérios médicos, sociais e psicológicos. A equipe conclui que o paciente apresenta condição desfavorável para um tratamento desta natureza, após discutir intensamente o caso. A esposa do paciente decide processar a psicóloga devido à negativa ao transplante, num movimento dirigido aos irmãos do paciente que se mostravam contrários ao tratamento. Durante as avaliações, haviam sido identificados significativos conflitos intrafamiliares que refletiram na decisão da equipe. O único doador compatível não apresentava disponibilidade emocional para realizar a doação. O adequado registro em prontuário pela psicóloga das etapas da avaliação que realizou, bem como seus resultados, é fundamental em sua defesa. Assim como a existência de documento que comprove a utilização de um protocolo integrado, validado para o uso na instituição. Na esfera jurídica, estes são aspectos relevantes e ressaltamos o quanto questões relacionais têm sido dirigidas para o âmbito judiciário, como forma de retaliação ou atuação de uma defesa psíquica.

Numa outra vertente, a publicação de Gorayeb e Guerrelhas (2003, p. 16) ressalta a importância dos registros, ao identificar o registro de interconsulta como instrumento de sistematização. Gorayeb et al (apud GORAYEB; GUERRELHAS, 2003, p. 16) salientam que a descrição dos procedimentos e técnicas proporciona o conhecimento das intervenções realizadas e de suas características, bem como dos resultados da avaliação psicológica, “o que serve de controle e análise da qualidade do serviço do psicólogo.”

Nesta medida, o autor indica a importância do resgate das informações, do uso dos dados coletados em prontuário para pesquisa e para nortear a organização do serviço. Em outras palavras, trata-se do que Donabedian conceituou “resultado de um processo”, que se constitui um elemento para a elegibilidade de um indicador de qualidade assistencial.

Ainda com Gorayeb et al (apud GORAYEB; GUERRELHAS, 2003) identificam-se outros fatores de sistematização refletidos pelo conhecimento da

origem e do fluxo da demanda de atendimento. Este autor compreende que “saber a origem dos pedidos de interconsulta e motivos do encaminhamento indica o vínculo das especialidades médicas com a psicologia e as demandas das especialidades pelo trabalho do psicólogo.” (GORAYEB et al. apud GORAYEB; GUERRELHAS, 2003, p. 16.)

Neste contexto, apontamos o trabalho de Torres (2008, p. 48) no universo da Terapia Intensiva, que salienta aspectos inerentes à identificação de necessidades de atendimento, ao propor que, na UTI, o trabalho possa ser realizado de modos distintos: a partir do atendimento às solicitações (interconsultas), ou a partir de visitas de rotina, seguindo critérios estabelecidos para atender ao paciente e familiares. (TORRES, 2008, p. 50)

Este é um ponto que reflete a complexidade de se planejar e organizar a assistência. Pois ambos os padrões apresentam prós e contras, como ressalta a autora. A postura de atender exclusivamente as interconsultas assume o risco de que os demais membros da equipe possam não identificar, com pertinência, os pacientes que efetivamente necessitam de atenção psicológica. É certo que pacientes e familiares que causam alguma agitação ou incômodo para a equipe são foco constante de solicitações; por outro lado, pacientes que se mantêm mais retraídos podem passar despercebidos em suas necessidades.

Entretanto, a partir de nossa prática, consideramos que o atendimento de rotina aos pacientes em UTI, por meio de busca-ativa e acompanhamento sistemático da visita de familiares e participação na transmissão do boletim médico, converte-se em qualidade do trabalho prestado pelo psicólogo. Desde a discussão de casos realizada em conjunto com a equipe, como a identificação de estratégias que favoreçam a integração de um paciente e/ou de seus familiares à realidade, bem como o enfrentamento de situações que se caracterizam como dilema para a própria equipe.

Caso 7: a psicóloga chega à UTI pela manhã e observa que o ambiente se encontra muito agitado pela intensa demanda voltada para a equipe em virtude de pacientes graves. Há um paciente em manobra de ressuscitação devido a parada cardiorespiratória, PCR; simultaneamente ocorre a admissão de paciente politraumatizado. A psicóloga certifica-se com a secretária da UTI de que a família do paciente em PCR já foi comunicada da piora do quadro e se dirige ao hospital. A

família do paciente vítima de trauma encontra-se no setor de internação, providenciando os documentos pertinentes à admissão do paciente no hospital, tendo sido informada pela secretária da UTI de que, após esses encaminhamentos burocráticos, a família seria atendida pela psicóloga da equipe, de acordo com a rotina da unidade. Neste ínterim, o médico de plantão que atende o paciente em PCR informa à psicóloga o grau de severidade da situação e solicita que ela inicie o atendimento assim que os familiares chegarem. Ao se dirigir à entrada da UTI, a psicóloga observa um paciente idoso sentado no leito com as mãos agarradas nas grades de proteção, com os olhos bem abertos e olhar fixo, características que sugerem um quadro confusional (*delirium*). Ela se dirige ao Sr. X, ao qual já atendeu como parte de sua rotina no dia anterior. Ao vê-la chegar próximo ao leito, o paciente pergunta se ela também vai junto. Ela lhe pergunta para onde ele estaria indo, ao que ele responde não saber, pois, desde que entrou naquele ônibus ninguém disse mais nada, e ele teme cair com o balanço. Ela pergunta se pode ir junto, com o que ele consente. Ela puxa uma cadeira para junto do leito, sentando-se próximo ao paciente. Ele estende a mão para cumprimentá-la e permanece agarrado à sua mão. A psicóloga conversa com o paciente sobre a filha, Srta. Y, indicando aspectos de suas características, nome, profissão, procurando resgatar elementos de sua realidade. O paciente passa a falar sobre a família e gradativamente começa a relaxar sua posição, recostando-se no leito, soltando as mãos, participativo na interação com a psicóloga. Neste momento, a secretária solicita a presença da psicóloga à recepção com urgência. Esta informa ao paciente de que sua filha chegará em breve para ficar com ele, o que de fato havia sido combinado no dia anterior, durante o horário de visitas. A psicóloga oferece ao Sr. X o rádio que a filha havia deixado, por se tratar de “um companheiro inseparável” do paciente. Ele demonstra mais tranquilidade, fica entretido com o rádio e relata que irá aguardar a Srta. Y. Apesar de manter o quadro confusional, a intervenção com o paciente resultou numa diminuição de sua angústia, da insegurança que vivenciava, da despersonalização em curso.

Como seria possível, nas condições acima, atender a essas situações, quase simultâneas, sem estar plenamente inserido em uma rotina assistencial e na própria equipe? Este exemplo ilustra a importância da sistematização refletida no que os pares esperam dos outros. Assim, a psicóloga já sabia o que esperar da secretária, o médico já contava com a ação da psicóloga, a secretária já iniciara o

encaminhamento dos familiares recém-chegados à UTI para a psicóloga. E a identificação da necessidade singular de um paciente, que é o principal, pôde ser realizada. Todos esses elos são fundamentais para as ações no universo da terapia intensiva, um ambiente no qual a definição dos papéis e a confiança de um profissional para com o outro caminham em direção à construção de relações de solidariedade na execução das funções. Isso não ocorre sem conflito, sem o enfrentamento de pontos de tensão. Aliás, trata-se de um processo de amadurecimento contínuo e constantemente inacabado.

Mas se o gerenciamento das rotinas, como descrito até então, é considerado fundamental, o mesmo valor se atribui à construção de uma base documental, que respalde as atividades e propicie seu registro. Pois, dessa forma, há condição de criar um recurso de resgate da história de um serviço de psicologia, além da própria rastreabilidade dos dados. Isso corresponde ao lastro com o qual se conta para evidenciar até mesmo as melhorias realizadas ao longo do tempo.

A construção desta base documental do serviço de psicologia hospitalar, além de se constituir elemento obrigatório no caso dos processos de acreditação ou certificação da qualidade, favorece a organização do trabalho e visibilidade dos limites dessa mesma atuação. Retomaremos essa questão no capítulo 3 (item 3.2.1.), apresentando a descrição dos principais documentos constitutivos e a sua forma de construção.

De fato, a organização de rotinas nas unidades hospitalares (UTI, Pediatria, Pronto Socorro etc.) costuma ser, ou deveria ser uma realidade de qualquer serviço de psicologia hospitalar. Assim, não se propõe aqui nenhuma novidade em si, na execução das tarefas, mas a construção de um referencial documental do serviço.

Este exercício da formalização e registro das rotinas parece favorecer a evolução das atividades futuras, pois o processo de redação desses documentos se converte numa oportunidade de autoanálise crítica das atividades. Ao mesmo tempo em que presta a uma análise retrospectiva da trajetória do trabalho.

Trata-se de um momento de educação continuada importante, desde que se respeite a condição de descrever o que realmente é realizado, incluindo-se, para tal, os atores implicados no processo em questão. Muitos psicólogos hospitalares iniciam essa formalização a partir de uma imposição da instituição, quando esta passa por processo de acreditação ou certificação da qualidade. O que identificamos é que este recurso poderia ser inerente à nossa prática e até mesmo favorável.

Há, contudo, um risco implicado na sistematização e na formulação da base documental, como afirma Gaulejac (2007), ao conduzir tais elementos à posição de mecanismos que sirvam à racionalidade instrumental. Isto é, que se convertam em elementos utilizados pela instituição para determinar prescrições idealizadas, distantes da realidade institucional. Assim, não se deve delegar a constituição das sistematizações a outros que não os próprios envolvidos na atividade. Nem se deve compactuar com uma submissão à utilização de modelos, ditos, de excelência.

Na lógica predominante das práticas de gestão, é frequente a busca por modelos e parâmetros de qualidade. Contudo essa importação de melhores práticas pode ter um efeito colateral grave. Há o risco de se introduzir rotinas que não representam as necessidades daquela instituição ou ainda se encontram muito distantes de sua realidade. Este é um risco para o qual o psicólogo hospitalar deve estar sempre atento ao organizar suas rotinas.

Ressaltamos que os documentos formulados devem espelhar a organização, o planejamento das atividades e o desenvolvimento de instrumentos técnicos que possam colaborar para a melhor sistematização da assistência. Isso nos leva à importância do desenvolvimento de protocolos em nosso meio, respeitando as condições reais de cada serviço.

Quanto ao uso de Protocolos, Leite (2007) realiza em sua tese de doutorado um estudo sobre a sistematização da assistência psicológica. Elegendo um Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar, constituído, dentre outros instrumentos, por uma Escala de Resiliência (adaptada por PESCE et al., a partir do original de WAGNILD; YOUNG apud LEITE, 2007), avalia a presença de fatores emocionais protetores no paciente. O autor aponta para a importância de se analisar a correlação entre a assistência prestada e a identificação da demanda de assistência psicológica do paciente. O estudo em tela salienta um questionamento crítico de nossa prática ao concluir que há:

[...] dificuldade experimentada por este [psicólogo] em discriminar qual paciente realmente necessita de algum tipo de intervenção, uma vez que, os grupos aqui considerados mais preservados, no que se refere ao nível de resiliência e ao índice de manifestações psíquicas e comportamentais, receberam mais cuidados por parte do psicólogo hospitalar. (LEITE, 2007, p.65).

Em outro estudo, Gorayeb e Guerrelhas (2003) abordam a “Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos” e propõem como estratégias de sistematização da assistência a aplicação de um roteiro de avaliação comportamental voltado para os pacientes oncológicos da Gastrocirurgia e o registro de interconsultas, como referenciado. Reforçam, ainda, a importância da formação de pesquisadores na “área de psicologia clínica da saúde”, ao abordar a história e a organização do Programa de Residência em Psicologia Médica.

Apesar de sermos contrários a uma denominação que desconfigure a abrangência da psicologia hospitalar, localizando-a estritamente na clínica, somos favoráveis ao fomento da qualificação profissional, pelo viés de uma formação consolidada em nível de pós-graduação, na configuração pertinente aos programas de residência, aprimoramento e/ou especialização.

2.1.3 Integração

A terceira esfera de ação proposta se refere à integração, à capacidade de “funcionar” num âmbito que vai muito além da intervenção clínica multidisciplinar. Isso inclui a condição de trabalhar em equipe multiprofissional, em situações interdisciplinares, “numa relação simétrica com outros integrantes da equipe de saúde”. (BOTEGA; DALGALARRONDO apud CHIATTONE; SEBASTIANI, 1997, p.134).

Mas a integração deve ser aqui tratada como um aspecto relacionado ao reconhecimento do lugar que ocupa, uma identificação do psicólogo hospitalar como profissional comprometido com a produção da saúde. Consideramos, *a priori*, que o psicólogo é parte dos sujeitos da instituição hospitalar na qual atua, sendo necessário conceituarmos de que sujeitos tratamos aqui.

Cabe ressaltar que observamos certa dificuldade para tratar desse tema, desatrelando-o dos eixos a serem abordados em seguida, a equipe e a instituição, embora seja esta uma escolha fundamentada numa apresentação mais didática, para fins deste estudo.

Os sujeitos comprometidos com a produção de saúde são considerados, neste estudo, sujeitos sociais, sejam eles integrantes das equipes, dos serviços de apoio e administrativos, dos diversos níveis hierárquicos de um hospital. Nos dizeres

de Barus-Michel (2004, p.58), quando indivíduos se comprometem socialmente, eles se designam como atores sociais e “se reconhecem através da instituição e somente através dela, em termos de funções, de status ou de papéis, pelas marcas da instituição” (BARUS-MICHEL, 2004, p.79).

Barus-Michel reforça, ainda, que a instituição sustenta-se em relações e práticas incorporadas a um repertório, constituído por valores, princípios e regras instituídas. Conseqüentemente, conhecer e reconhecer a história da instituição hospitalar na qual se ingressa, sua missão e visão, objetivos da qualidade, termos tomados do que é preconizado por sistemas de gestão da qualidade, é condição necessária ao trabalho em amplo espectro na psicologia hospitalar. Mas a amplitude não significa, necessariamente, possibilidade ou pertinência de ação.

Assim, o conhecimento ou a percepção de características deste universo institucional nos proporciona uma outra leitura. Pelo vértice de uma análise crítica, podemos dimensionar qual lugar a instituição pretende ocupar no imaginário de seus colaboradores e o impacto no cotidiano de funcionamento de uma equipe. Contudo, alertamos que, apesar de manter uma visão crítica, o psicólogo hospitalar integra a equipe, inscrita na instituição. Portanto suas ações apresentam limitações advindas desta posição.

Os estudos realizados por Gaulejac (2007) alertam para o fato de que as práticas gerencialistas mobilizam a adesão dos sujeitos pela via da identificação, direcionando a energia libidinal para o trabalho. Neste contexto, a “empresa propõe um ideal comum que deve tornar-se o ideal dos empregados.” (GAULEJAC, 2007, p.115). Assim, se a tônica de uma instituição hospitalar é a excelência, se o objetivo expresso é ser “número 1”, as pressões exercidas para tal serão da ordem de uma identificação com um projeto coletivo que visa ao sucesso.

O que está em jogo é aderir a um projeto permeado pela competitividade, posicionamento no mercado, incremento de rentabilidade, reconhecimento externo e, sobretudo, à cultura do desempenho. O risco encontra-se no fato de que “os processos de mobilização psíquica têm conseqüências sobre a saúde mental daqueles que a suportam.” (GAULEJAC, 2007, p.232).

Isso posto, pensamos a equipe como lugar de demanda institucional, pois a “equipe é o lugar de emergência da demanda, mas também unidade viva na qual vêm atuar os determinantes institucionais que, aliás, o fundaram” (BARUS-MICHEL, 2004, p.81). Temos que o sentido da práxis se elabora no código de referência

institucional, a partir da relação com os outros, das trocas e da reciprocidade. Assim, são as relações e as práticas, os meios de expressão dos sujeitos sociais, cujos resultados produzem o sentido do trabalho, realizável a partir do reconhecimento das semelhanças e diferenças de cada ator social, de seu lugar e de sua palavra. (BARUS-MICHEL, 2001, p.174).

No âmbito hospitalar, caberia dizer que é a linguagem que humaniza. Mas essa linguagem pressupõe um espaço relacional, no qual o psicólogo deve estar atento à sua inserção. Temos, então, a importância do reconhecimento e a análise das próprias resistências e projeções que podem ocorrer. E ocorrem, por parte do psicólogo, em seu processo de integração institucional, abarcando-se aqui a equipe. Portanto ressaltamos a identificação dos limites de sua atuação.

Pois o psicólogo hospitalar pode proporcionar e formalizar espaços para a escuta, a expressão de sentimentos, o compartilhamento de angústia, a reflexão sobre o impacto de experiências da equipe, como ocorre nas reuniões de equipe e discussão de casos clínicos. Entretanto, há o risco de ser alçado pela própria equipe, pelo viés da fantasia, à posição de quem é capaz de resolver as questões conflitivas, de minimizar as tensões advindas de aspectos relacionados ao universo institucional.

Isso o coloca numa posição de continência em relação à angústia mobilizada pela natureza do trabalho na esfera hospitalar. Pois a função possível é acolher, compartilhar e favorecer uma reflexão sobre os pontos de tensão, sem, no entanto, oferecer resoluções concretas. O caminho para a construção de saídas para impasses só pode ser coletivo, para resgatar o sentido do trabalho que se produz. Não um sentido prescrito e implícito na noção de produtividade. Mas do sentido que se inscreve numa instância simbólica, que situa o sujeito em sua relação com os demais membros da equipe, que reforça sua escala de valores e favorece a identificação com a finalidade de seu trabalho. (GAULEJAC, 2007, p.152) No caso em questão, esta finalidade é direcionada à assistência ao paciente, um sujeito fragilizado diante do processo de adoecimento.

Esta é a dimensão estrita das ações do psicólogo hospitalar no âmbito da integração com a equipe: o foco na relação com o paciente-família. Compreendemos, pela nossa formação, que as relações defensivas com o trabalho e com a instituição podem dificultar a relação com o paciente, implicando atuações junto a este. Em situações extremas, um paciente pode ser tomado como objeto

intermediário de ataque à instituição.

Da mesma forma, a resistência à mudança de rotinas pode estar relacionada com esses aspectos institucionais. Há, portanto, que se ter a percepção desses movimentos na equipe, para que as ações possam ter resultado. O direcionamento do foco para a unidade assistencial/paciente-família, realizado pelo psicólogo hospitalar, não representa negação dos outros aspectos, visto que deve haver o reconhecimento destes, mas um ajuste necessário deste foco ao objeto de intervenção. É relevante o respeito ao tempo da equipe para absorver e elaborar as mudanças possíveis e favoráveis.

O psicólogo é membro da equipe e, portanto, não pode ocupar uma dupla posição, isto é, estar dentro e fora simultaneamente, em termos operacionais. Ainda que, em seu espaço de reflexão e crítica, como é a supervisão, ele circule por ambos os territórios. Em suma, o respeito aos limites de sua posição é elemento fundamental para o exercício da integração.

Aliás, é o fato de estar plenamente inserido na equipe que lhe permite a utilização deste espaço de trabalho, intrínseco às condições favoráveis à integração. Pois, ao compartilhar as situações críticas, os impasses e conflitos, ao compartilhar ativamente as experiências da e com a equipe, é que constitui um lugar favorável à troca, à reciprocidade e ao desenvolvimento. Para tal, é necessário o psicólogo “estar dentro da equipe” e desenvolver um trabalho pautado na constância de atuação, na efetiva presença cotidiana ao lado da equipe e, sobretudo, em seu preparo emocional, como bem indicado no relato abaixo que aborda o trabalho em UTI.

Assim, identifica-se que o contexto de UTI é *per se* um fator estressor. O preparo (do psicólogo) para atuação e a necessidade de constantes intervenções com a equipe são amplamente recomendados na literatura, e o trabalho do psicólogo, nesse âmbito, situa-se na promoção de formas de enfrentamento mais adequadas, seja no cuidado diário ao paciente e suas famílias, seja em situações mais extremas, quando da decisão de continuidade de cuidado. (ANDREOLLI, 2008, p. 8).

Não tratamos aqui de intervenções de natureza psicossociológica ou da dimensão de uma análise institucional, realizadas por consultorias externas. Estas objetivam uma intervenção institucional mais específica, a fim de trabalhar as relações institucionais, e são respaldadas para tal, por serem contratadas pela própria instituição. Mas apontamos as intervenções participativas que resultam em

melhoria da assistência e, de certa forma, das relações entre os pares.

Para exemplificar a abrangência da integração e sua temporalidade, tomaremos um caso que atrela mudanças na sistematização de rotinas, com foco na inserção de familiares em UTI, a partir de intervenções participativas com a equipe e com resultados favoráveis à instituição.

Caso 8: O serviço de psicologia recebia, com freqüência, queixa de familiares acerca das restrições de visitas na UTI nos finais de semana. Não eram permitidas visitas aos sábados, excetuando-se aos pacientes operados no dia anterior, sendo que as autorizações eram feitas pela psicóloga da unidade. Esta era uma situação que causava profundo desconforto à equipe de psicologia, dada a importância atribuída às visitas aos pacientes, quanto aos aspectos emocionais. Gradualmente, as visitas aos sábados passaram a ser estendidas aos pacientes que apresentavam necessidade de maior contato com a família, segundo avaliação da psicóloga. Estas alterações eram discutidas nas reuniões de equipe. Nesses encontros, diversos temas foram abordados ao longo do tempo, com o objetivo de sensibilizar a equipe (médicos, enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia) sobre a relação com paciente/família e as repercussões emocionais do processo de adoecimento. Para tal, se utilizam fragmentos de filmes, textos e dinâmicas com técnica de *role play*. A participação da equipe era muito significativa, sendo que alguns se referiam às reuniões organizadas pela psicologia como “terapia de grupo”. Sempre tivemos o cuidado de diferenciar este espaço, que, apesar de terapêutico, não apresentava tal objetivo. O tema das reações emocionais dos familiares de pacientes em UTI, a importância da comunicação e da formação do vínculo da família com a equipe, a abordagem do processo morte e morrer, apresentavam-se como temas presentes. Em dado momento, a psicóloga responsável pelo atendimento na UTI apresentava, nas reuniões de equipe, as reclamações que os familiares vinham redigindo e enviando ao setor de qualidade do hospital. Também apresentava o *feedback* positivo dos familiares e pacientes que haviam sido beneficiados com a flexibilização de visitas, chamadas então de visitas-extras. Apontava o reforço que havia ocorrido no vínculo de pacientes e familiares com a equipe e o reflexo no processo de integração com a realidade. Em diversos casos, observava-se a minimização de mecanismos defensivos como a negação e a projeção. A equipe foi então convocada a instituir a visita aos sábados, porém resvalou numa negativa

institucional. A diretoria administrativa não aceitava esta mudança de rotina em virtude de haver “redução no quadro de pessoal da portaria aos sábados”. Como havia consenso entre os membros da equipe que essa alteração só traria benefícios, apesar de exigir adaptação de todos, iniciou-se um processo de verificação da real impossibilidade. A surpresa para todos foi identificar que não haveria impacto para a portaria ou outro setor, mas havia na história da instituição uma interdição para tal, que precisava ser desvelada. Após uma fase de pesquisa das causas que impediam as visitas aos sábados, identificou-se que, originalmente, a missa era realizada aos sábados no corredor da UTI, quando o hospital não havia ainda passado por uma ampliação, na qual se construiu uma capela. Em face disso, organizou-se a visita aos sábados, exigindo-se que a psicóloga estivesse no setor na fase de implantação desta rotina². Isso foi feito e resultou em plena adaptação de todos, com sensível melhora para o processo de integração dos familiares na unidade. Pois as visitas extras foram mantidas para os pacientes que necessitavam, em horários alternativos. No transcorrer dos anos, os próprios médicos e enfermeiros identificavam essa necessidade e passavam a solicitá-la. O avanço deste processo culminou na inclusão de familiares como acompanhantes de pacientes, em casos muito específicos.

Esse exemplo ilustra a articulação necessária dos três atributos do campo da psicologia hospitalar e a leitura dos aspectos institucionais como fatores de intervenção do psicólogo hospitalar. A proatividade aparece refletida no uso de mecanismos de integração com a equipe e com a instituição, com foco em melhor assistência aos pacientes e familiares, pela abordagem de técnicas de facilitação de expressão e reflexão, pela sistematização identificada pela organização e planejamento das diversas rotinas, sobretudo das melhorias destas, a partir de intervenções participativas sistemáticas junto à equipe. E a integração como elemento fundamental para o alcance de objetivos identificados num processo coletivo, cujas resoluções também ocorreram de forma conjunta, no transcorrer de um tempo.

Ainda quanto à instituição, o fator de integração está associado à condição de o psicólogo estar alinhado às políticas de gestão do hospital, conhecer sua missão, visão e objetivos estratégicos, procurando, ainda, participar dos empreendimentos

² O serviço de psicologia não prestava atendimento de rotina nos finais de semana. Mantinha apenas um plantão para urgências.

institucionais. Isso pode ser exemplificado pela participação ativa em processos de certificação da qualidade, acreditação ou outras avaliações externas pelas quais a instituição passa.

Outro aspecto relevante pode ser observado quando o psicólogo hospitalar demonstra interesse e disponibilidade para participar de grupos de melhoria formados pela instituição, quando se qualifica internamente para integrar a equipe de auditoria interna da qualidade.

Essas intervenções, que não parecem ter relação direta com a Psicologia Hospitalar em si, são oportunidades de expansão do campo de relacionamento na instituição, visando ampliar o conhecimento sobre o que é, verdadeiramente, um hospital, como se estabelecem os processos assistenciais. São espaços para trocas de saber de outra natureza, mas que, a experiência nos indica, tornam-se fonte de estreitamento dos laços entre os diversos atores sociais deste cenário tão complexo.

Isso exige a percepção por parte do psicólogo de que essas funções também podem ser objeto de sua atenção, parte de seu trabalho. Neste contexto, o “paciente-identificado” (ANDREOLLI, 2008) é a própria instituição. Por outro lado, a adoção de uma postura de resistência ou negação às mudanças propostas pela implantação de sistemas de gestão ou processos de certificação, por exemplo, indicam que o foco de atenção é dirigido exclusivamente ao “paciente-internado” ou ao “paciente-família”. Supõe que apenas a prática da clínica propriamente dita é um fator de intervenção no campo da subjetividade. Este é um risco que muitos profissionais têm vivenciado, talvez por desconsiderar que a adoção desses processos e ferramentas de gestão se apresenta como realidade inegável.

Propõe-se, portanto, a identificação dos pontos que podem colaborar para o desenvolvimento da própria equipe e da psicologia hospitalar como especialidade. Outros elementos que apontam para a integração tratam da participação em programas ou projetos com foco sistêmico para a instituição, como intervenções voltadas para a qualidade de vida, arte, cultura e educação continuada. Mas trataremos destes aspectos mais adiante, no item 2.2.3.

Apresentamos até aqui o estudo dos atributos do campo da psicologia hospitalar. Quanto aos eixos de intervenção identificados, cabe uma análise dos motivos pelos quais foram assim elegidos nessa configuração, bem como quanto aos objetos de atenção pertinentes a cada um deles.

2.2 Eixos de intervenção do campo

2.2.1 O paciente e a família: uma unidade assistencial

Não pretendemos aqui nos ater aos aspectos técnicos da assistência psicológica aos pacientes e familiares, visto que são temas amplamente tratados pela literatura e não correspondem aos objetivos deste estudo. Por outro lado, o que consideramos é a contextualização atual das relações estabelecidas neste eixo assistencial.

Assim, paciente e família devem ser tratados como uma “unidade assistencial”, embora caracterizados como distintos objetos de atenção profissional. Ou seja, as rotinas de atendimento devem ser capazes de incluir as peculiaridades de ambos, mas, simultaneamente, garantir que cada qual seja tratado distintamente, segundo suas necessidades e demandas.

Para tal, consideramos que Paciente e Família não se diferenciam como eixo (ou categoria) assistencial, mas sim, como objeto de intervenção clínica, pois jamais podem ser tomados de forma isolada no universo hospitalar. O psicólogo não pode atender ao paciente, sem prestar a mínima assistência a seus familiares, ou mesmo posicionar-se como referência para estes.

No tocante à relação médico-paciente-família, esta é imprescindível, pois, caso contrário, estaria incorrendo no risco de desconsiderá-la nessa intrincada rede de relacionamento. A atenção, em si, pode ser realizada de forma singular e privada ao paciente e à sua família ou a algum membro da família em especial, sempre de acordo com as necessidades identificadas.

Nas relações tecidas no ambiente hospitalar, há sempre um elemento que parece ser instrumentalmente excluído, para dar margem ao foco prioritário. Essa necessidade de se restringir a atenção, sem perder a visão global, é marcante na prática da psicologia hospitalar. Trata-se de reconhecer os pontos de tensão dominantes, para desenvolver estratégias de enfrentamento de situações críticas. Talvez esta seja uma das razões pelas quais as questões do conflito permeiem as relações e se estabeleçam como objeto da atenção do psicólogo ao exercer a “posição de mediador e catalisador das relações interpessoais no contexto

hospitalar” (ANDREOLI, 2008, p.6).

Neste contexto, a atenção clínica ao paciente é foco de inúmeras publicações, que salientam a peculiaridade de certas condições clínicas, seja em virtude da patologia, seja quanto à dinâmica da unidade de cuidados ou ainda relacionada a certas condições clínicas, além de questões complementares como a bioética, a terminalidade, a biotecnologia etc. Os temas que aprofundam essas questões estão disponíveis em publicações que são obrigatórias e favorecem a instrumentalização do psicólogo hospitalar. Na Cardiologia (OLIVEIRA; ISMAEL, 1995; SILVA; MACHADO, p. 13-37; ISMAEL; OLIVEIRA, 2008, p. 83-91; GIANNOTTI, 1996; LAMOSA, 1990.); em Oncologia (CHIATTONE, 2002, p.171-191; NUCCI; PERINA, 2008, p. 281-290); em Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia (MALDONADO; CANELLA, 1988; TEDESCO, ZUGAIB; QUAYLE, 1997; SOIFER, 1980).

Apontamos, no esquema proposto, o fator “Comunicação” como um elemento que se direciona, ou melhor, favorece a integração. Neste contexto, salientamos que as ações assistenciais, diretas ou indiretas, com o paciente, devem considerar os princípios da bioética, quanto a preservar a autonomia, a beneficência, a não maleficência e a equidade. Na prática, a esfera da comunicação permeia esses princípios.

Quanto à autonomia, há que se ter especial cuidado na inclusão do paciente em seu tratamento, para lhe garantir informações acessíveis e adequadas a seu nível de conhecimento e estado emocional. Como exemplo, apontamos os termos de consentimento que se constituem na atualidade instrumento obrigatório nos hospitais. Nestes documentos, encontram-se informações sobre a terapêutica proposta pela equipe médica, com seus riscos e benefícios.

O momento e a forma como este instrumento é utilizado pode favorecer que o paciente tome uma decisão esclarecida e posicione-se diante de sua doença. Isso exige da equipe médica uma postura favorável ao diálogo e ao reconhecimento de reações emocionais. Sobretudo, exige que o profissional seja capaz de compreender a dúvida do paciente e/ou familiares como inerente ao processo de decisão, não interpretando tal atitude do paciente como confronto.

Por outro lado, o uso de consentimentos informados como mera formalidade burocrática, pode implicar a manutenção de uma postura submetida e dissociada da realidade. Isso ocorre quando estes são apresentados como instrumento de imposição, que ressaltam aspectos de uma relação de saber atravessada por um

poder desigual. Assim, o psicólogo hospitalar deve estar atento ao lugar que estes mecanismos ocupam, mas não assumir um lugar que não lhe cabe. Assim, facilitar os processos de comunicação do paciente com a equipe, do paciente com sua família e destes com a equipe são atributos de nosso cotidiano.

Em relação ao paciente, ressaltamos o cuidado com as informações. Pois a informação médica deve ser prestada pelo médico, para favorecer que os questionamentos advindos da transmissão de um diagnóstico, por exemplo, possam ocorrer de forma adequada. Não é papel do psicólogo, portanto, transmitir diagnóstico ou condutas terapêuticas, por mais delicadas que possam ser. Sua função é atender ao paciente nas diversas fases deste processo.

Isso inclui a assistência ao paciente na fase pré-diagnóstico (se for o caso) e se estende ao longo do tratamento. Em linhas gerais, a assistência psicológica se dá a fim de identificar as condições egoicas do paciente e a mobilização de defesas psíquicas mobilizadas pelo adoecimento e seu impacto para o enfrentamento da realidade. Quanto à transmissão de uma notícia crítica ao paciente, pode ocorrer de isso se dar em conjunto com o psicólogo, mas geralmente a intervenção psicológica clínica ocorre após as informações médicas.

O que não deve ocorrer é se compactuar com uma situação na qual o psicólogo seja convocado para transmitir uma informação médica. Eventualmente, pode ocorrer de o paciente questionar o psicólogo sobre seu diagnóstico ou resultados de exames. Não se trata de negar a informação, mas o trabalho psicológico tem outra direção e responsabilidade. Por outro lado, pode ocorrer de o médico, por dificuldade em transmitir certa informação a um paciente em particular, solicitar ao psicólogo que o informe sobre algo dessa natureza. Se há dificuldade na relação médico-paciente, deve-se favorecer a reflexão e a identificação de questões transferenciais envolvidas e dos processos de identificação. Mas não cabe assumir o lugar do outro. Esse é um ponto crítico, pois esbarra em aspectos da identidade profissional do psicólogo, pois, se esta não se encontra suficientemente constituída, pode ser tentador ocupar um lugar que não o seu.

O que se refere ao paciente, também se aplica aos familiares, neste contexto. Esse fator é relevante, principalmente ao considerarmos a introdução dos termos de consentimento livre e esclarecido, obrigatórios na atualidade. Elegemos a UTI para ilustrar os fatores da complexidade comunicacional relacionados à família no âmbito hospitalar. Para tal, apresentamos um exemplo relativo ao manejo das informações

como recurso favorável (ou desfavorável) para a integração.

Caso 9: o médico coordenador da UTI solicita à psicóloga que agende uma reunião com os familiares de um paciente que se encontra sedado, e em uso de ventilação mecânica, com indicação para traqueostomia³. Assim, ocorre o atendimento dos familiares em conjunto com o médico e a psicóloga, a fim de orientá-los sobre o quadro clínico e os procedimentos terapêuticos propostos. O médico esclarece sobre a necessidade de realização da traqueostomia e informa aos familiares a necessidade de que seja assinado um termo de consentimento para a realização do procedimento. A psicóloga observa reação de resistência diante da indicação, visto que a família expressa negatividade diante do exposto, não concordando em assinar o termo. Procura estimular a expressão das dúvidas e das fantasias mobilizadas pelas informações. A família passa a expressar o medo de assinar um documento que possa “causar algum mal ao paciente”. Claramente, há a mobilização de sentimento de culpa diante da situação, agravado por outras questões mobilizadas pela forma de evolução da doença, uma vez que houve considerável demora do paciente e dos familiares na procura por cuidados médicos. A psicóloga pontua a angústia mobilizada e as associações da família, procurando minimizar as fantasias e aproximar os familiares da realidade e da possibilidade de uma tomada de decisão mais integrada. Reforça que a postura da equipe pela corresponsabilização no tratamento do paciente, simbolizada pelo termo de consentimento, indica a valorização do vínculo e o respeito ao entendimento. A família passa a expressar a vivência de irrealidade que tem enfrentado desde a internação do paciente, o medo da perda e a impotência diante de tudo. A psicóloga pontua o quanto essa experiência os lança numa posição de intensa angústia e como é mais difícil, diante disso, compreender tantas coisas novas, desconhecidas e assustadoras. Aponta que a sensação pode ser de estar num outro território, com uma outra linguagem (a da UTI e seus termos)⁴, tendo que conviver com tantos profissionais diferentes, que são pessoas estranhas, nas quais se precisa confiar os

³ Neste serviço, reuniões de orientação e suporte aos familiares, realizadas em conjunto pela psicóloga e pelo médico, integram a rotina de atendimento da UTI. Além de favorecer a comunicação e o vínculo de familiares com a equipe, representa uma evidência da interdisciplinaridade.

⁴ Diversos termos são tipicamente utilizados na UTI, para indicar aspectos do tratamento do paciente. O esclarecimento aos familiares é fundamental. Assim, termos como ventilação mecânica, bomba de infusão, Cepap, balão intra-aórtico, desmame do ventilador etc, passam a fazer parte do vocabulário dos próprios familiares.

cuidados de seu familiar. Reforça a importância de que as dúvidas, mesmo as que pareçam mais estranhas, possam ser expressas para a equipe. Indica que o objetivo daquele espaço é nos aproximar e que aquele é um momento importante para nós da equipe. Pois além de conhecê-los melhor, e de eles nos conhecerem, proporciona um espaço para trocar informações necessárias sobre o tratamento do paciente. O médico reforça as orientações e solicita aos familiares que “levem para casa o documento e retornem no próximo dia com as dúvidas ou procurem a psicóloga caso queiram retornar antes”. Ao apontar a não obrigatoriedade de assinar o termo naquele momento, o médico sinaliza para a família a possibilidade de retomada do diálogo e respeito a um tempo de elaboração e esclarecimento. A família procura pela psicóloga no período da tarde e relata ter compreendido as orientações e assinado o referido termo.

A família constitui-se importante “paciente-identificado” para o psicólogo hospitalar, uma vez que o impacto emocional do processo de adoecimento pode incidir diretamente na organização familiar, alterando sua dinâmica de funcionamento e mobilizando defesas necessárias à adaptação a uma nova realidade. Alguns aspectos são relevantes no atendimento psicológico aos familiares e podem se dar pela assistência propriamente dita ou, ainda, de forma indireta, a partir da organização de rotinas de funcionamento de uma unidade, como uma UTI ou a Pediatria, por exemplo.

Assim, o foco no acolhimento da família, na comunicação e relacionamento com a equipe, no acesso ao paciente são elementos que podem interferir na experiência de se ter um familiar internado. O registro emocional desta experiência será muitas vezes determinado pelos fatores acima apontados, mais até do que os aspectos inerentes à realidade objetiva, no tocante à qualidade assistencial propriamente dita.

Estudos (LEDERER, 2005; SESSLER, 2005; MORITZ, 2007; AZOULAY et al., 2001) ressaltam os aspectos da comunicação e relacionamento, indicando que o registro de bom ou mau atendimento por parte dos familiares advinha, principalmente, da questão relacional e menos dos fatores práticos da condição clínica ou manejo do tratamento. Para Lederer (2005), a falta de comunicação entre profissionais de saúde e a família do paciente é um fator que contribui para instalação da ansiedade e intensificação do luto, quando ocorre a morte. Quando há uma boa comunicação, a família conclui que o melhor resultado foi alcançado.

(LEDERER, 2005).

Este registro emocional por parte dos familiares não se fundamenta em conhecimento técnico e objetivo acerca do tratamento realizado, mas advém de sua experiência relacional com os membros da equipe. Cabe salientar que a comunicação não se restringe às informações prestadas, mas à abertura de possibilidade de diálogo, a expressão de dúvida e questionamentos, desatrelados de um sentimento de cobrança ou desconfiança, por parte do médico. A clareza na transmissão de dados da realidade implica, ainda, o respeito à privacidade, ao *timing* e à própria percepção do processo de assimilação das notícias críticas pelos familiares.

Atrelados a estes aspectos estão o acolhimento e a capacidade da equipe – expressa pelas rotinas hospitalares – em inserir a família no tratamento do paciente, e é também reflexo da qualidade assistencial. “A comunicação, portanto, torna-se o elemento fundamental para o equilíbrio e o bom funcionamento da equipe e, conseqüentemente, do serviço.” (KITAJIMA; COSMO, 2008, p.110).

Pois a comunicação passa, sobretudo, pelas diferentes esferas de percepção das necessidades, dos diversos atores envolvidos. Estudos apontam a importância de se identificar os fatores estressores para pacientes em Terapia Intensiva (NOVAES et al., 1997), a correlação destes fatores em face da percepção de familiares e da equipe (NOVAES et al., 1999) e a necessidade de desenvolvimento de Programas de Assistência à Família em Terapia Intensiva (SESSLER, 2005; LEDERER, 2005).

Observa-se, neste contexto, a indicação do uso de escalas de avaliação e/ou inventários de necessidades, como parte da metodologia de aprimoramento da assistência. Apontamos que o uso de instrumentos de avaliação pode se converter em recursos de aprimoramento da qualidade assistencial, como o *ICUESS – Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale*, denominado como Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva⁵, validado por Ballard e Nastasy e adaptado para pesquisa e aplicação no Brasil. (NOVAES et al. 1997).

Outro instrumento utilizado refere-se ao *Critical care family needs Inventory* (SESSLER, 2005, p.1102), que aponta as principais categorias de necessidades de familiares em Terapia Intensiva, indicando as cinco mais relevantes: a necessidade

⁵ Publicada e disponível em *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. Andreoli; Knobel, Atheneu, 2008.

de informação, de conforto, de suporte, de asseguramento e redução da ansiedade e a proximidade e acessibilidade. No Brasil, este instrumento foi utilizado e adaptado por Castro, em 2002, sendo denominado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva – INEFTI (KITAJIMA; COSMO, 2008, p.107).

Entretanto, na atualidade, quando tratamos da questão da família no hospital, precisamos ter clareza quanto aos elementos que compõem o que denominamos “familiares do paciente”. Lidamos com situações na qual a família se apresenta com diversas configurações, desde a tradicional estruturação familiar, passando por múltiplas famílias, instituídas formalmente ou não. Temos, assim, importantes estudos (ROUDINESCO, 2003; KHEL, 2007) sobre as vicissitudes da organização familiar ao longo de sua constituição histórica e suas perturbações decorrentes e futuras. Como descrito por Roudinesco (2003) surgem novos modos de conceitualização da família, traduzidos pela difusão de terminologias advindas do termo “parentalidade”. Há, no universo familiar, novas configurações sugeridas pelos seguintes conceitos: famílias recompostas, coparentais, biparentais, multiparentais, pluriparentais, monoparentais e homoparentais. (ROUDINESCO, 2003, p.155).

Essa realidade se reflete de forma importante no cotidiano hospitalar, pois, não raro, ocorrem situações de sérios conflitos familiares, marcados por disputa de poder e afeto, ameaças e movimentos de alguns membros da família para estabelecer alianças com a equipe, na tentativa de excluir outros familiares. Por outro lado, pode haver tendência à projeção desses conflitos sobre a equipe, dificultando a formação de vínculo e condições de comunicação. Esta é uma questão séria para a qual toda a equipe deve estar atenta, cujo manejo cabe principalmente ao psicólogo, desde a identificação desses mecanismos, até a formulação de estratégias multidisciplinares para assistência.

Neste ponto, não é incomum que uma situação até então velada venha à tona, justamente num momento crítico. Essas condições acabam se refletindo na relação dos familiares com a equipe, pois pode haver tendência a projetar sentimentos conflitivos em relação ao paciente sobre os elementos responsáveis pelo cuidado deste.

Há, ainda, outra figura que se apresenta com cada vez maior frequência neste universo familiar, denominado cuidador. Este elemento, responsável por acompanhar o paciente, geralmente idoso ou com alto nível de dependência, pode ser um profissional da área de enfermagem ou um leigo com formação em cuidados,

muitas vezes torna-se o principal elo de comunicação com a equipe, no trato das questões relativas à evolução do paciente. Apesar de não pertencer à configuração familiar propriamente dita, o acompanhante também deve ser foco da atenção e da assistência psicológica. Para citar um exemplo, observamos, em situações de óbito, reações muitas vezes exacerbadas por parte do cuidador, que demonstra sofrer com a perda do paciente, quer mobilizado pelo laço afetivo constituído com ele, quer pela expressão de medo por ser responsabilizado pelos familiares e, simultaneamente, pela potencial perda de seu emprego.

Todos os aspectos abordados aqui apresentam significativo impacto para os profissionais de saúde e refletem no funcionamento das equipes, por serem fontes potenciais de conflitos e mobilização de defesas psíquicas.

2.2.2 A equipe

O outro eixo de atuação nos leva à equipe como objeto de atenção do psicólogo, ao que denominaremos de intervenção participativa com a equipe. São ações que têm, como foco comum, a humanização e o aprimoramento da assistência ao paciente/família. Cabe indicar que equipe é aqui tomada de forma expandida, isto é, não se considera apenas a equipe da qual o psicólogo faz parte mais objetivamente, como da UTI, da Hemodiálise, da Pediatria. A dimensão de equipe da qual tratamos é constituída pelos sujeitos que integram a instituição, quer na área médica, de enfermagem, e afins, quanto na área administrativa. Isto é, engloba os profissionais envolvidos com a assistência propriamente dita.

Na articulação com a equipe, o psicólogo hospitalar deve ser capaz de trocar conhecimento, de interagir, de colaborar com outros profissionais para melhor instrumentalizá-los, a partir de ações sistemáticas. Sejam estes médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, acadêmicos, residentes, porteiros, recepcionistas, maqueiros, copeiros, responsáveis por higienização, dentre outros.

Contudo, essa instrumentalização passa pela consideração da dimensão do sofrimento mobilizado nos profissionais de saúde e na busca por criar estratégias de enfrentamento, com vistas ao favorecimento de uma assistência dita “humanizada”. Não se tratam de ações voltadas para a dinâmica interna das equipes, ou dos

setores, nem das tensões na esfera institucional.

Entretanto a dimensão do “humano” na saúde é, com frequência, apontada para o que se denomina Humanização, termo muito relacionado ao psicólogo, mas não restrito a ele. Quando pensamos nos processos de humanização, a associação primeira é com o paciente – tratá-lo de forma sensível e respeitosa, zelando por seu bem-estar, pela sua condição de humanidade. Alguns ainda confundem o conceito com ambientes coloridos, alegres e confortáveis. Humanizar está muito mais atrelado à ambiência do que ao ambiente.

Mas, em nosso entendimento, “humanizar” é um processo que se inicia com a equipe, sendo para o paciente apenas reflexo. Justificando: aqueles que cuidam dos doentes devem ser cuidados também, pois estão sujeitos a uma vasta gama de pressões, de angústia e sofrimento. Esse cuidado pode se expressar por diversas esferas de atenção. Assim, não pretendemos esgotar a discussão em torno destas ações e intervenções junto à equipe, mas focalizaremos o que concerne ao psicólogo hospitalar.

O hospital é o lugar da urgência, da prontidão, das respostas rápidas e precisas, nas quais há um elevado nível de exigência. O panorama descrito favorece a constituição de mecanismos defensivos por parte dos profissionais de saúde quanto à natureza de seu trabalho. Não há como se desconsiderar esse aspecto do sofrimento entremeado na prática de profissionais de produção da saúde. Note-se que não estamos aqui abordando, como resposta a essa realidade, a aplicação de uma abordagem psicoterápica, pois se trata de outra questão, talvez da alçada da psicologia clínica do trabalho ou do âmbito de um psicólogo da saúde ocupacional. Afinal, o psicólogo em questão integra a mesma equipe aqui referida.

Ressaltamos esses aspectos, pois, em casos extremos, os profissionais da área de saúde constituem grupo de risco para desenvolver a chamada Síndrome de *Burnout*. Conforme apontado por Benevides-Pereira, o *Burnout* refere-se ao esgotamento físico e psíquico, relacionado à natureza do trabalho, caracterizado por transtornos comportamentais, principalmente em profissionais da saúde. Caracteriza-se por sintomas como o isolamento, a impessoalidade e frieza no contato com pacientes e colegas, o uso indiscriminado de ironia, num processo crônico de estresse, levando à despersonalização e, em casos mais severos, ao suicídio (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p.13-91).

E se tratamos de riscos associados à prática profissional, não podemos

relegar a segundo plano os mecanismos defensivos mobilizados por esses riscos. Tomamos o conceito de Dejours (2009) sobre a ideologia defensiva da profissão, no qual aborda a construção de um sistema de valores capaz de sustentar a própria ética profissional. Esses mecanismos oferecem, ainda, certa proteção contra o sofrimento físico, mental e social, advindos do trabalho, como mecanismo que suplanta as defesas erigidas pela própria natureza do trabalho.

Contudo, como salienta Molinier (2004, p.237), pode haver uma radicalização dos mecanismos defensivos, que, embora necessários, podem inviabilizar a elaboração do sofrimento pelo viés de uma reflexão coletiva quanto aos aspectos dificilmente suportáveis no campo psíquico. E este espaço reflexivo – coletivo – pode ser oferecido por intervenções participativas do psicólogo hospitalar, pois a equipe se constitui objeto de atenção deste profissional, ainda que faça parte dela.

Isso só é possível quando os vínculos com a equipe são cultivados com base na confiabilidade, no reconhecimento mútuo, na reciprocidade, cujo foco do trabalho é expansivo e não excludente, sendo que a prática precisa ser reavaliada frequentemente. Numa afirmativa relacionada à prática do psicanalista em hospital geral, Moura (2000) salienta esse aspecto, sendo que, em nossa concepção, não haveria diferença em se tratando de outro referencial teórico.

A angústia, a tristeza, a solidão, a coragem, inerentes ao ser humano e evidenciados diante de situações de urgência e acasos da vida, mobilizam, no hospital, médicos e outros profissionais e legitimam a participação do psicanalista nas diversas unidades de tratamento, exigindo uma psicanálise constantemente renovada, reinventada por cada psicanalista. (MOURA, 2000, p.1)

No tocante ao estreitamento dos laços com a equipe, a participação em reuniões clínicas, aulas e outros eventos tornam-se um fator relevante. Utilizar espaços dessa natureza para fomentar discussões sobre temas e situações marcadas por dilemas bioéticos, a partir de sessões comentadas de cinema ou dinâmicas de grupo, pode favorecer a expressão dos sentimentos mobilizados pela natureza do trabalho. É nesse meio que deve ocorrer a análise de propostas de mudanças nas rotinas que envolvam toda a equipe.

Para ilustrar algumas das intervenções participativas, elencamos algumas atividades que podem ser realizadas:

- a) Aulas para acadêmicos de enfermagem: proposta de realização de aulas para acadêmicos de enfermagem que iniciam o programa de estágio hospitalar. O objetivo primário é apresentar o serviço de psicologia, seu funcionamento e mecanismos de acionamento (diferenciando o que é rotina e o que deve ser solicitado). Outro foco é oferecer um espaço para discutir aspectos do cotidiano da enfermagem, que impactam emocionalmente, a partir da apresentação de material preparado para este fim. Esta prática aproxima os recém-chegados à instituição e permite maior proximidade posterior;
- b) Educação continuada: aulas temáticas podem ser propostas (ou solicitadas) para enfermagem, residentes, especializando médicos e de fisioterapia. Identificam-se temas relevantes como: a relação médico-paciente, a morte e o morrer, a comunicação verbal e não-verbal na UTI, a comunicação de más notícias, o vínculo mãe-bebê etc. A definição dos temas está diretamente ligada ao foco do hospital. E a abordagem utilizada deve ser definida pelo psicólogo de acordo com sua formação e prática, pois podem ser utilizados textos, filmes, apresentações em *power point* ou, ainda, dinâmicas de grupo;
- c) Reuniões clínicas e outras atividades da equipe: nos hospitais, a realização de reuniões de equipe costuma ser uma prática incorporada. A participação do psicólogo hospitalar pode ocorrer de diversas formas e a amplitude de suas intervenções está relacionada ao processo de integração com a equipe. Ocorrem pela participação em discussão e/ou apresentação de casos clínicos, apresentações temáticas (como descrito acima) e discussões administrativas com foco nas rotinas.

Favorecer a formalização de espaços de troca de experiências, escuta da angústia e reflexão sobre a prática são fatores que contribuem para a integração da equipe e possuem cunho psicoprofilático. Lançar luz e, diríamos ainda, voz sobre o campo das defesas psíquicas mobilizadas na prática assistencial é sempre um caminho possível. Com este intuito, se indica a realização de atividades que favoreçam os processos de humanização na relação entre profissionais da saúde e paciente/familiares. Salientamos que os resultados dessas atividades refletem-se no âmbito institucional, pois o aprimoramento dessas relações é favorável ao conceito

que os clientes formam da instituição.

Logo, é salutar para a equipe buscar a construção de soluções conjuntas a partir de problemas, ou, por vezes, de oportunidades de melhorias, sempre compartilhadas. Pois uma “equipe integrada é fundamental, funciona como continente de suas próprias angústias e sofrimentos, inevitavelmente vividos”. (FAVARATO; GAGLIANI, 2008, p.97). Para ilustrar apresentamos o caso abaixo.

Caso 10: Em uma reunião multidisciplinar da equipe da UTI, discute-se o crescente índice de queixas de familiares relativas à organização do atendimento no horário de visitas e ao atraso para a liberação dos leitos (no horário estipulado para tal). Dessa discussão, a equipe identifica três pontos críticos: o controle de encaminhamento dos familiares para a UTI, realizado pela Portaria, está falho; a enfermagem tem atrasado o horário do banho; os aventais utilizados para proteger a roupa dos visitantes têm sido entregues com certo atraso pelo setor de rouparia. Os dois últimos fatores foram prontamente solucionados, após definição de prioridades da enfermagem e do setor de rouparia. No caso da enfermagem, foi estabelecido que, nas ocasiões em que ocorresse atraso no banho, devido à necessidade de outros cuidados ao paciente, a secretária da UTI seria avisada e transmitiria para a portaria tal informação, que deveria ser repassa aos familiares do referido paciente, assim que estes chegassem ao hospital. Esta medida visava reduzir a angústia e ansiedade características da espera pela visita.

Mas o primeiro fator identificado apresentava maior complexidade. Observou-se que chegava à recepção da UTI um número muito superior de familiares de um mesmo paciente, sem que o leito estivesse liberado, o que causava certa confusão na entrada e descontentamento para vários outros familiares. Apesar de haver definição quanto ao número de visitantes, observou-se que alguns familiares pareciam orientados para solicitar ao médico coordenador ou à psicóloga a autorização para revezamento de mais visitas. Observou-se, ainda, que os profissionais da portaria reclamavam da secretária da UTI, devido ao atraso para liberar o acesso de familiares e, por sua vez, a secretária também estava insatisfeita com a precariedade do controle de acesso, sendo este necessário para a mínima organização do setor. Em suma, se percebia que estes elementos pareciam predispor a um clima conflitivo entre familiares e equipe, o que é absolutamente inadequado neste cenário.

A proposta de trabalho da psicóloga foi realizar um treinamento com os profissionais da portaria, utilizando uma técnica de dinâmica de grupo, com recursos que fomentavam a expressão das vivências e sentimentos mobilizados pelo atendimento aos familiares de pacientes na UTI. Houve uma intensa participação dos porteiros, com relatos de situações críticas pelas quais já haviam passado. Houve espaço favorável para a expressão dos sentimentos mobilizados diante do contato diário com o sofrimento das famílias, tais como a impotência, a tristeza, a raiva, a inferioridade (advinda da percepção de que sua posição social encontrava-se diminuída diante do poder médico ou ainda do poder do cliente) e o sentimento de não pertencimento ao universo da UTI. Este fato chamou atenção e evidenciou que os porteiros responsáveis pelo atendimento aos familiares da UTI jamais haviam entrado no setor, por se tratar de um setor fechado do hospital, com acesso restrito.

Constatou-se que, apesar de os porteiros serem elementos fundamentais do processo assistencial da UTI, não pertenciam à unidade, nem conheciam o ambiente para o qual prestavam serviço. Isto é, não se reconheciam como parte daquele coletivo. Havia, assim, uma lacuna importante para a adesão desses profissionais às orientações da coordenação da unidade. A partir dessa constatação, foram realizadas visitas monitoradas à UTI, para pequenos grupos de funcionários da Portaria. Nesta oportunidade, eles puderam conferir, *in loco*, a complexidade do setor, sua dinâmica de funcionamento. Da mesma forma, as rotinas relativas aos visitantes e a necessidade de organização e controle do acesso ficaram mais evidentes.

Outro ponto relevante se refere à compreensão de termos utilizados pela secretária da UTI (“paciente em procedimento”, “admissão de paciente”, “troca do paciente”), que não faziam sentido e, após esta experiência, passaram a integrar a realidade vivencial dos funcionários da Portaria. Observou-se, após a intervenção, melhora significativa na relação UTI-Portaria e melhora do nível de acolhimento para os familiares.

Uma experiência dessa natureza caracteriza muito bem o quanto as defesas psíquicas acionadas para lidar com o sofrimento mental precisam de espaço e, sobretudo, reconhecimento, como ressaltado por Molinier (2004). A desconsideração desses fatores aumenta o risco de que o sofrimento se torne cada dia mais crônico, com repercussões desfavoráveis. Salientamos que, diante de uma situação como a exemplificada, se a estratégia de ação se limitasse à análise do problema, pela

eleição de um “culpado” e se definisse que a solução seria reforçar o cumprimento das regras, teria sido perdida a possibilidade de identificar o que estava, de fato, impedindo que as regras se cumprissem.

As defesas são necessárias à saúde mental. Mas, ao se radicalizarem, elas tornam-se fonte suplementar de sofrimento, impedindo que seja pensado e discutido coletivamente aquilo que, no trabalho, se torna dificilmente suportável psicologicamente. (MOLINIER, 2004.p.237).

Quando se focaliza o processo como um todo, e não apenas seus atores, abre-se o espaço para a discussão coletiva de um dado problema. No contexto hospitalar, isto é particularmente importante, pois o trabalho dos atores deste cenário é entremeado por muita angústia. Os sujeitos sociais que compõem toda e qualquer equipe reconhecem-se pelas marcas da Instituição, em suas funções, nas trocas que realizam. Neste contexto, o não reconhecimento interfere nas trocas e na possibilidade de haver uma relação efetiva de reciprocidade.

O exemplo apresentado (caso 10) reflete a desconsideração que havia quanto ao pertencimento dos funcionários da portaria ao universo da UTI. A identificação desta lacuna possibilitou melhor integração destes e o compartilhamento de valores e normas relacionados ao trabalho naquela unidade. Como bem apontado por Rouchy (2001), ao estudar os grupos de pertencimento, e enunciado anteriormente neste trabalho, não se pode falar da identidade sem apoiá-la sobre um dos múltiplos grupos aos quais se pertence. (ROUCHY ,2001, p. 123-139).

E uma vez que consideramos a equipe um lugar de demanda institucional (BARUS-MICHEL, 2001, p. 171-186), não se pode limitar a importância de investigar as possibilidades de ação, considerando seus limites.

A instituição é também para o psicólogo hospitalar um objeto de atenção, não devendo ser expropriada de um esquema que pretenda indicar os eixos de intervenção do campo em discussão.

2.2.3 A Instituição

O conhecimento de uma instituição hospitalar passa pela condição de se reconhecer aspectos da cultura organizacional, da história do hospital e de seu posicionamento em relação ao futuro. Nos moldes da gestão da qualidade em saúde, isso se refere a conhecer a Missão, a Visão, a Política da Qualidade e os Objetivos da Qualidade do hospital. Trata-se aqui de reconhecer a identidade da instituição.

Uma forma explícita de se integrar à dimensão institucional pode ser caracterizada pela participação em atividades gerenciais, como grupos de melhorias, que podem levar à realização de ações conjuntas com impacto sistêmico, isto é, para toda a instituição. Há ainda a possibilidade de elaboração de projetos com foco em humanização, como a implantação de uma brinquedoteca, desenvolvimento de um programa de *Clowns* (como os “Doutores da Alegria”), colaboração em melhorias realizadas em ambientes de acolhimento aos familiares (como exemplo: nas salas de espera de centros cirúrgicos ou de UTIs).

Outras atividades integram esta dimensão, como a promoção de atividades com foco cultural no ambiente hospitalar, exemplificadas por apresentação de corais, exposições artísticas e afins. Ainda, encontram-se também inseridas as ações com foco na comunidade, numa atuação “extramuros” do hospital, na sociedade, seja pela participação em campanhas educativas ou de outra natureza. Cabe ressaltar que o psicólogo integrante de uma instituição não deixa de levar e transmitir a imagem ou a marca da instituição. O psicólogo deve ser capaz de utilizar seu conhecimento para copromover mudanças de natureza socioinstitucionais.

Mas esses aspectos que saltam aos olhos de gestores, avaliadores de sistemas de gestão da qualidade, pacientes e familiares e até da mídia, não são os mais relevantes para o psicólogo hospitalar. Outros elementos dessa relação psicólogo hospitalar-instituição devem ser destacados.

A instituição pode ser considerada um eixo de intervenção, apesar dos limites inerentes às questões hierárquicas e de autonomia. Cabe perceber que existem ações possíveis nesta esfera. Ou melhor, devemos reconhecer o impacto institucional que o próprio exercício da psicologia hospitalar, em seus distintos eixos de intervenção, representam para a instituição.

Talvez este resultado seja mais difícil de ser evidenciado, pois não se trata, necessariamente, de acolher algum tipo de demanda institucional ou mesmo no nível da equipe. Mas de reconhecer que há a necessidade de reformulação e mudança, em práticas instituídas no cenário hospitalar desfavoráveis para paciente/família – equipe – instituição. Trata-se de perceber o interdito; o que se encontra nas entrelinhas da cultura organizacional.

De fato, apontamos que a percepção dos atributos da instituição em uma dimensão ampliada é um fator preponderante, independentemente da profundidade das ações realizadas ao longo do tempo. Marcamos a dimensão da temporalidade, pois a consideração do *timing* da instituição (e da equipe) se constitui elemento essencial para a prática. A temporalidade aqui é tomada pela historicidade que representa.

Apesar de o trabalho do psicólogo hospitalar estar focado em processos de mudança, como exemplificados nas ações de humanização, estas se consolidam de modo intrínseco à evolução dos processos institucionais. A desconsideração desse fator corresponde ao risco de ruptura de um processo de trabalho, de distorções que podem levar a confrontos inférteis, marcados por idealizações, projeções e outros mecanismos.

Nesse contexto, salientamos a dimensão dos aspectos transferenciais que devem ser considerados. Barus-Michel (2001) relata que, para se estar bem posicionado diante de uma intervenção, deve-se concebê-la “como um vasto campo transferencial, aquele em que podem descolar-se desejos e as angústias, em que se pode vir a sonhar – é preciso sonhar a organização”. (BARUS-MICHEL, 2001, p.185).

Por um lado, se o campo transferencial permite “sonhar a organização”, por outro, pode representar a possibilidade de se viver “pesadelos da organização”. Isto é, quando mecanismos transferenciais negativos se instalam, pode haver distorção das ações. As relações podem ser minadas por mecanismos como a inveja, por exemplo. É em virtude especificamente das ações deste campo transferencial, que se aponta a necessidade de respeitar os limites de atuação do psicólogo hospitalar. Pois, ao inscrever-se na equipe, se inscreve nas dinâmicas deste campo.

Assim, a prática que abordamos neste estudo difere das consultorias externas, mas não se constituem como práticas antagônicas, mas que marcam claras distinções e algumas similaridades. Salientamos o que Barus-Michel pontua

ao abordar os paradoxos existentes nas intervenções organizacionais realizadas por consultorias. Ressalta que os “consultores ou interventores [...] são requisitados para acompanhar, induzir, favorecer uma mudança”. (BARUS-MICHEL, 2001, p.171).

O consultor ou interventor é contratado a partir de determinada demanda institucional e, em decorrência, desenvolve sua intervenção, num campo marcado por paradoxos. De um lado, a dialetização entre o resgate do sentido do trabalho e a preservação da subjetividade. No outro extremo, situa-se a lógica pautada na performance e nos imperativos capitalistas, típicos de um mercado polimorfo perverso. A saída para Barus-Michel encontra-se no ato criativo, proporcionado pelo investimento pulsional: “esta força de criatividade própria da pulsão alimenta a inovação, o empreendimento, os outros modos de ver; assim se retoma algo do laço social”. (BARUS-MICHEL, 2001, p.182).

Contudo, o psicólogo hospitalar, ao propor intervenções com equipe, como ações focadas na relação com o paciente ou grupos de trabalho e de melhoria, parece comungar desse ideal do uso da força criativa como elemento de superação e transformação. Salientamos que a expressão da criatividade pressupõe condições de visibilidade e responsabilidade pela inovação proposta.

O estudo sobre o sistema sociomental hospitalar desenvolvido por Pagès (PAGÈS, 2001, p.245-260) indica a importância de que as ações decorrentes das intervenções tenham publicidade nos diversos níveis hierárquicos institucionais e que haja lastro da responsabilidade dos sujeitos implicados nos processos de mudança.

Denominou-se “socialização da palavra” o método de favorecer que o que se refere ao funcionamento concreto do trabalho e da organização possa ser publicamente expresso. Sobre o alcance desse trabalho efetuado por meio de grupos de trabalho ou grupos de palavra, Pagès (2001) indica que a intervenção grupal apresenta um caráter multiplicador de resultados no âmbito hospitalar. Pactuamos com tal percepção e principalmente com sua conclusão.

Foi porque apareceu a possibilidade da fala e da escuta dos sentimentos e do sofrimento no trabalho, bem como suas repercussões, que os papéis e os métodos de trabalho começaram a evoluir. Reciprocamente, a mudança nesses níveis confirmou e acelerou as mudanças psicológicas. (PAGÈS, 2001, p. 259).

Apontamos com estranhamento a ausência de espaços formais de expressão dos sentimentos mobilizados pelo trabalho nos hospitais. Afinal, trata-se de um campo que envolve o trabalho, direto ou indireto, com um corpo adoecido, quebrado, cortado, dilacerado; com o processo da morte e do morrer. Sobre a intensidade do impacto desses sentimentos e da angústia em enfermeiros, Menzies, citada por Pagès, ressalta, num artigo publicado em 1960 que:

As enfermeiras são confrontadas, como poucas pessoas, à ameaça e à realidade do sofrimento e da morte. Seu trabalho exige tarefas que, normalmente, são consideradas repugnantes, nojentas e pavorosas. O contato físico íntimo com o doente provoca desejos eróticos, desejos da libido e de impulsos dificilmente controláveis. A situação de trabalho faz surgir na enfermeira sentimentos muito poderosos e misturados: a piedade, a compaixão, o amor, o sentimento de culpa e de angústia, o ódio, e o rancor em relação aos doentes que provocam esses sentimentos; enfim ciúmes dos cuidados que elas próprias dispensam aos doentes. (MENZIES apud PAGÈS, 2001, p. 249).

Em outro estudo, Lyth (1990), salienta a importância da observação dos processos psicodinâmicos institucionais, quer nos níveis conscientes e/ou inconscientes. Particularizando a questão da mobilização das defesas psíquicas desenvolvidas para lidar com os conteúdos perturbadores, ressalta ainda que “estas defesas aparecem na própria estrutura da instituição e permeiam todo o seu modo de funcionamento.” (LYTH, 1990, p. 309).

Nos hospitais, é frequente a ocorrência indiscriminada de queixas voltadas para as dificuldades intersetoriais, entre profissionais de categorias distintas, em relação às figuras de autoridade, o que favorece a fragmentação da responsabilidade. Isso pode se dar como reflexo da mobilização de mecanismos projetivos e de mitigação da angústia.

E assim, diversas demandas são direcionadas ao psicólogo hospitalar, as quais, por vezes, se apresentam como queixa ou crítica a este serviço. Não é infrequente que a equipe e mesmo a instituição direcionem solicitações caracterizadas como “disciplinares”. Assim, os problemas decorrentes de organização de visitas na UTI ou Pediatria podem ser identificados como falha do psicólogo em “disciplinar os familiares”. O que não é certamente função sua, mas é assim identificada pelos pares. Este é um aspecto que, se não for suficientemente refletido pela equipe de psicologia, pode gerar a mobilização de respostas marcadas pela contratransferência, direcionada à equipe. Ou pior, pode lançar o psicólogo

numa posição de disciplinador, que irá certamente impedir sua atuação clínica efetiva junto aos familiares.

Perceber que essas críticas ou queixas manifestas podem representar outros conteúdos latentes é fundamental. Mas, para que haja possibilidade de elaboração, é necessária a tomada de consciência do que causa a ansiedade, isto é, do reconhecimento de suas origens ou causas.

Retornando ao trabalho desenvolvido por Pagès, ponderamos a tendência identificada para o deslocamento da queixa. Essa realidade nos leva ao conceito de “ideologia defensiva da profissão”, tal qual cunhado por Dejours et al. (apud PAGÈS, 2001, p. 250). De acordo com este autor, as profissões de risco desenvolvem um sistema de valores que, além de sustentar a própria ética, funciona como proteção contra o sofrimento físico, social e mental.

Caso 11: o psicólogo da UTI é chamado pelo médico de plantão devido a dificuldades com um familiar de uma paciente. Ao chegar à unidade, o médico solicita que o psicólogo retire a filha da paciente, que se encontra ao lado do leito, pois a mãe está evoluindo para óbito, e a filha não está suportando a situação, o que atrapalha os demais pacientes e funcionários. O médico se queixa do fato de a psicóloga ter autorizado aquela visita, pois está perturbando a unidade, demonstrando claramente raiva do psicólogo. O psicólogo percebe a tensão presente e informa ao médico que tem acompanhado os familiares desta paciente desde o início da internação e identificou que a filha demonstrava vivência antecipatória do luto e indícios de estar muito integrada à realidade, até então, mas que iria avaliar a situação e atendê-la.

A filha, sentada ao lado do leito, numa cadeira disponibilizada pela técnica de enfermagem que atendia a paciente no dia, estava um pouco emocionada, chorava baixinho e segurava a mão de sua mãe, sem apresentar qualquer reação exacerbada. Ao ver a chegada do psicólogo, teve a reação de abraçá-lo pela cintura, como quem procura abrigo em um colo. Fala que está se despedindo de sua mãe e sente-se segura e tranquila, além de agradecida, por terem-na deixado permanecer ali. Fala do sentimento de alívio por saber que sua mãe não está sofrendo mais e logo estará descansando.

Após algum tempo, o psicólogo se afasta e procura o médico de plantão, responsável pelo pedido. Informa-o de que a filha está muito tranquila, apesar do

sofrimento e tristeza, que seu vínculo com a equipe está colaborando para o enfrentamento desta perda eminente, pois se sente acolhida por todos e, ao que a avaliação indica, a permanência seria favorável para ela, devido ao histórico da assistência prestada. O médico concorda com a conduta do psicólogo e relata não saber como ela está dando conta de ficar ali naquele momento, pois se fosse sua própria mãe acreditava não conseguir.

Pouco depois, a paciente morre, e sua filha se retira serenamente da UTI. Meses depois, a filha retorna ao hospital para agradecer à equipe e procura o psicólogo como um porta-voz para transmitir a gratidão dos familiares, o que foi feito na reunião multidisciplinar e reforçado para o referido médico.

Estão claros, neste exemplo, os aspectos de projeção da angústia e identificação dos profissionais de saúde com o sofrimento e impotência de pacientes e familiares. Há ainda presente o direcionamento da queixa para outro objeto (no caso, o psicólogo) que não o responsável pela mobilização da angústia. Por outro lado, está explicitada a condição de se proporcionar continência (BION, 1991), tanto à equipe, quanto ao familiar. E é claro, que sentimentos de raiva podem ser mobilizados (e são) por uma situação como esta e devem ser refletidos e discutidos no espaço de supervisão. Pois, o que nos fornece a capacidade de pensar é justamente a transformação das sensações em sentimentos e ideias, e sua denominação e organização em pensamento. (BION, 1991).

Em suma, o que a psicologia hospitalar pode proporcionar à instituição é a presença de um profissional capaz de dar força e suporte aos processos críticos e de mudança, na medida em que suas ações podem favorecer o estreitamento de vínculos favoráveis às mudanças desejáveis.

Isso nos remete à dimensão da humanização. Mais do que estabelecer programas, princípios e rotinas, trata-se de acolher cada situação em sua particularidade, respeitando-se os aspectos subjetivos implicados. Mais do que atender ao paciente/familiar ou intervir em conjunto com um membro da equipe, é fundamental disseminar os valores da instituição. Ações dessa natureza refletem, de forma determinante, a qualidade da assistência disponibilizada por um hospital.

Ressaltamos que nossa aproximação com os teóricos da psicossociologia, deu-se a partir do mestrado, e nos proporcionou um novo olhar para o nosso campo. Permitiu-nos um diálogo com autores que certamente mobilizaram a reflexão crítica quanto a um campo que nos parecia bem conhecido. Remeteu-nos ao

questionamento, à dúvida, à importância de reconhecer outras margens deste campo e de se surpreender com teorizações que refletiam nossas indagações. A articulação que procuramos realizar neste estudo, entre a prática exercida ao longo dos anos com a reflexão teórica advindas desses autores, salienta a importância de se ampliar continuamente o campo de reflexão. “Falo sobre a necessidade de se lançar um olhar novo para a situação, de se deixar de lado modos habituais de olhar para as coisas, de cegar-se para o óbvio de pensar mais uma vez.” (LYTH, 1990, p. 311).

3 A PSICOLOGIA HOSPITALAR VISTA PELO VÉRTICE DA GESTÃO

A assimilação das práticas gestionárias no campo da saúde constitui-se realidade irrefutável e incide no cotidiano de todos os profissionais. Alguns aspectos são inerentes aos sistemas de gestão da qualidade e exigem dos profissionais uma sensível adaptação às mudanças impostas pelas instituições. O primeiro impacto a ser indicado trata da imposição de uma linguagem desconhecida, marcada por termos muito próprios, que denominamos neste estudo por “idioma da qualidade”. Esta linguagem causa estranhamento aos profissionais dos quais é exigida a absorção de termos, cujo sentido não lhes é claro.

O segundo impacto a ser evidenciado, diz respeito à adoção de ferramentas de gerenciamento, associadas à esfera da administração, que certamente não correspondem ao universo de formação de médicos, psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos etc. Mas, da mesma forma, passam a ser uma exigência institucional. Já o terceiro aspecto refere-se à introdução de uma lógica de trabalho pautada na ideologia e no poder gerencialista (GAULEJAC, 2007), expressos pela cultura da rentabilidade, da racionalização instrumental e da medida como fonte de controle da realidade.

Procuramos, a seguir, apresentar e discutir alguns aspectos pertinentes ao cotidiano do psicólogo hospitalar à luz destas práticas de gestão da qualidade. Não nos ativemos à esfera de avaliação do serviço ou dos requisitos exigidos em auditorias e avaliações, embora estejam inerentes. Buscamos, ao contrário, favorecer a compreensão deste “idioma da qualidade” e da aplicabilidade de seus instrumentos.

Identificamos, a partir de nossa experiência, benefícios concretos da introdução das práticas gestionárias nas instituições de saúde, principalmente na organização e segurança da assistência. Sobretudo com a implantação do sistema preconizado pela ONA, por sua especificidade no setor saúde. Entretanto, também aludimos aos riscos dessas práticas, que comportam graves efeitos colaterais. A gestão, como é realizada na prática, apresenta aspectos deletérios, principalmente quanto ao paradoxo que instalam. Elegemos o capítulo 4 para traçar uma análise crítica desse contexto, por compreender sua importância e impacto para o universo do trabalho.

Como visto na introdução deste estudo, os pressupostos donabedianos constituem a base dos conceitos de qualidade da assistência em saúde e as principais metodologias de avaliação deste campo. Donabedian (2005) ressalta que os critérios de qualidade discriminados em estudos neste contexto “são nada menos que valores de julgamento aplicados aos vários aspectos, propriedades, atributos ou dimensões de um processo denominado assistência médica”. (DONABEDIAN, 2005, p.691). Para estudar os aspectos determinantes da qualidade desta assistência no campo da saúde, Donabedian propõe uma divisão de três instâncias de avaliação:

- a) Estrutura: inclui todo o suporte necessário para a provisão do cuidado, desde os aspectos da adequação das instalações e equipamentos; da qualificação profissional em todos os níveis; da organização administrativo-institucional; da organização fiscal; dos aspectos legais. (DONABEDIAN, 2005, p. 695). Ressaltamos, ainda, o gerenciamento dos riscos como prática estabelecida nesta dimensão. Para Glickman et al. (2007), num conceito ampliado de estrutura, os fatores correspondentes à dimensão do funcionamento organizacional também estariam incluídos, tais como: a cultura organizacional, o estilo de liderança, a distribuição do organograma, o gerenciamento da informação e a presença de uma política de incentivos. (GLICKMAN et al., 2007, p. 341);
- b) Processo: determinado pela organização e sistematização das atividades de assistência, pela definição e controle dos processos críticos, pelo estabelecimento de padronização das rotinas e monitoramento de resultados. Caracteriza-se pela constatação de que as práticas organizacionais e assistenciais são integradas e sistematizadas;
- c) Resultados: corresponde ao efeito do processo assistencial, dos resultados provenientes da interação ou não dos serviços. (REIS et al., 1990, p.3). Esta dimensão é caracterizada pelo gerenciamento dos processos, a partir do uso de indicadores atrelados às metas predeterminadas. Fundamenta-se na filosofia de melhoria contínua.

Essas três dimensões da qualidade em saúde subsidiam, de alguma forma, grande parte das metodologias existentes para avaliação e certificação da qualidade, presentes nas instituições médicas na atualidade. Para exemplificar, salientamos

que existem diversos modelos originários de distintas culturas e realidades socioeconômicas e políticas: da Europa, temos as normas ISO 9001-2000, ISO 14.000 e OSHAS 18.000; da América do Norte, temos a *Joint Commission International*, a NIAHO (National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations) e o CCHSA (Canadian Council for Health Services Accreditation); e no Brasil, temos a ONA (Organização Nacional para Acreditação).

Esta última representa um modelo construído segundo a cultura e a realidade brasileira, idealizada para aplicação no campo da saúde. A metodologia de avaliação de Sistemas de Gestão da Qualidade preconizada pelo Sistema Brasileiro de Acreditação, por meio da ONA, Organização Nacional de Acreditação, apresenta uma lógica de organização dos serviços de saúde que evidencia estes três níveis de análise: estrutura, processos e resultados.

A temática abordada nesse capítulo se aplica à todo o universo de um hospital, sendo cada elemento, foco de análise nas diversas profissões e atividades que compõe a assistência hospitalar. Não são, portanto, exclusivas da psicologia hospitalar, mas integram uma lógica de avaliação e análise, que integra a assistência psicológica, quando esta se faz presente nos hospitais. Realizamos a seguir a análise destas três dimensões, com foco para o campo da psicologia hospitalar, procurando ressaltar a aplicabilidade de cada conceito, a forma de evidenciá-las, ilustrando situações práticas para entremear reflexões críticas.

3.1 Estrutura

Este item aborda fundamentalmente aspectos de gerenciamento de risco, expressos em segurança físico-funcional, saúde ocupacional, qualificação, dimensionamento de equipe, legislação e, sobretudo, registros adequados em prontuário. Busca-se identificar como a Instituição estabelece e trata seus fatores de risco na assistência, sendo esta lógica relacionada tanto ao paciente quanto aos profissionais de saúde.

Assim, neste quesito, lançamos alguns questionamentos:

- a) Qual a qualificação exigida para o exercício da Psicologia Hospitalar?
- b) Como a equipe de Psicologia Hospitalar é dimensionada?
- c) Quais exigências são apresentadas pela legislação quanto à necessidade do psicólogo hospitalar?
- d) Como são acompanhadas as condições de saúde do psicólogo hospitalar?
- e) Há exigência quanto ao conhecimento mínimo de Biossegurança para psicólogos hospitalares?
- f) Qual a regulação existente quanto aos registros em prontuário do paciente?

3.1.1 Qualificação

Quanto à qualificação profissional, apesar de a Psicologia Hospitalar constituir-se área complexa, não há exigência formalizada quanto à especialização. A complexidade dessas ações já foi suficientemente apresentada e se espelha pela diversidade de dimensões de suas ações, num cenário marcado por circunstâncias que envolvem desafios e dilemas bioéticos, numa atividade essencialmente multiprofissional e interdisciplinar. Este é, certamente, um tema crítico que pode refletir-se na qualidade da assistência prestada.

Consideramos essencial examinar a história para valorizar o passado, questionar o presente e lançar propostas para qualquer futuro. Assim, ao resgatarmos a trajetória da Psicologia Hospitalar, temos que os primeiros registros da atividade, que datam da década de 1950, já apontavam para a importância da formação, da qualificação e do preparo pessoal dos profissionais desta área.

Angerami-Camon (2009) apresenta essa temática ao publicar uma Conferência proferida por Matilde Neder, em 1959. É curioso constatar que, passados 50 anos, ainda nos deparamos com preocupações similares, que não encontram respaldo formal ou legal, no tocante a aspectos de organização da Psicologia Hospitalar. Isso se dá, principalmente, ao tratarmos de qualificação, dimensionamento de equipe e outros requisitos legais. Vejamos alguns dos questionamentos desta pioneira.

Precisamos pensar que o psicólogo é um técnico e tem que ser um técnico especializado. E adiantamos que sua formação tem que ser esmerada, como a de qualquer outro profissional, naturalmente, mas principalmente esmerada porque já está se formando aqui, na nossa sociedade, uma facilidade imensa para a improvisação de psicólogos. O nosso psicólogo, do Instituto de Reabilitação ou de qualquer outro Instituto, tem de ter uma formação especializada de nível universitário. (NEDER apud ANGERAMI-CAMON, 2009, p.7).

Nesta passagem, observamos a preocupação com a qualificação profissional, ainda que em nível de graduação, visto que, naquela época, os cursos de Psicologia encontravam-se em formação, sendo mais comum a pós-graduação seguida por cursos na área de Pedagogia, Filosofia e Medicina. Mas o principal aspecto identificado aponta para a especificidade da atuação do psicólogo e sua instrumentalização técnica.

Mantendo o foco na qualificação, Angerami-Camon ressalta que a formação acadêmica do psicólogo “não o provê com o instrumental teórico necessário para uma atuação nessa realidade”. (ANGERAMI-CAMON, 2009, p.8). A Psicologia Hospitalar caracteriza-se por um contexto que exige a aproximação a uma gama de conhecimentos específicos, adicionais ao conhecimento dos fatores psicológicos. Compreender como ocorrem a instalação e a evolução das patologias, a dinâmica do tratamento e as diferentes nuances do processo de hospitalização, bem como das diversas unidades de tratamento (UTI, Hemodiálise, Unidades de Internação, Pronto Atendimento) constitui um dos fatores significativos para o exercício da Psicologia Hospitalar. Salientamos que a desconsideração desses aspectos pode levar a distorções na condução da assistência psicológica.

Neste sentido, é bastante interessante observar que ao definir as características gerais de um tipo de patologia, estamos instrumentalizando até mesmo nossa forma de atuação. O conhecimento dessas características dá-nos uma abrangência geral de sua totalidade e faz com que não nos percamos em meros psicologismos. Analisar as características gerais de uma dada patologia é, antes, uma maneira de tentativa de compreensão até mesmo dos determinantes emocionais do paciente. (ANGERAMI-CAMON, 2009, p. 18).

Este conhecimento só pode ser adquirido e aprimorado por intermédio de uma prática supervisionada que não pode ser desatrelada de um programa estruturado de formação. Quer seja em nível de graduação, por programas de estágio, pela especialização/pós-graduação. Aliás, esse fator também se encontra contemplado na Conferência de Neder de 1959, e ainda inclui a esfera das

condições emocionais do psicólogo, como se vê:

Mas esta formação só se efetiva quando certas condições são satisfeitas. [...] Porque é importante conhecer também o tipo de personalidade do psicólogo. Interessa saber como ele é, que problemas tem, se está com problemas de ajustamento; se está, precisa conhecer-se melhor, em seus problemas, dificuldades, tendências a projeções. Deverá ter a assistência de outro psicólogo, que inclusive lhe dará supervisão a seu trabalho, além de auxiliá-lo na conscientização de seus processos inconscientes. (NEDER apud ANGERAMI-CAMON, 2009, p. 8).

Observa-se o enfoque na necessidade de que o psicólogo hospitalar conte com o respaldo de um processo psicoterápico ou psicanalítico, como recurso de seu manejo profissional. Afinal, uma atividade profissional que tem a morte, a dor e o sofrimento como parceiros do seu cotidiano não pode desconsiderar o impacto que esses fatores exercem. Consideramos uma condição fundamental para o exercício da psicologia hospitalar, principalmente nos anos iniciais, que o psicólogo ou o acadêmico de psicologia esteja em processo psicoterápico ou analítico e receba a supervisão de um profissional mais experiente, preferencialmente, da mesma especialidade.

Neste contexto, o espaço da supervisão deve ser bem dimensionado, em termos de tempo, local e espaço formal de escuta da própria equipe de psicologia, de forma que haja uma reflexão crítica quanto aos atendimentos prestados aos pacientes, sempre embasados numa teoria que favoreça a necessária reflexão do trabalho realizado. Isso nos leva à reflexão quanto aos programas de estágio supervisionado, com foco na formação dos futuros profissionais e no relacionamento com a comunidade acadêmica. A experiência advinda da orientação e acompanhamento dos estagiários aponta para a importância de uma prática rigorosamente supervisionada, com apresentação e discussão de casos clínicos, de textos teóricos e do incentivo à pesquisa.

Observamos que, num programa de estágio acadêmico realizado em hospital, promover uma visão sistêmica da instituição, a noção de gerenciamento de um serviço dentro dos princípios de gestão da qualidade, a multiplicidade do fazer interdisciplinar e sua constante evolução e desafios são fatores tão relevantes quanto a aprendizagem da prática clínica com o paciente e seus familiares. A experiência de atendimento realizada junto ao leito, quer em unidades de internação (apartamentos e enfermarias) ou em Unidades de Terapia Intensiva, bem como

intervenções em situações críticas, são fundamentais.

Ressaltamos que, devido à natureza da atividade do psicólogo hospitalar, pode haver a mobilização de intensa angústia e, conseqüentemente, de defesas psíquicas necessárias. Os mecanismos defensivos, como apontamos, podem predispor, dentre outras reações, à ocorrência de atuações (no sentido psicanalítico de *acting out*), negações e projeções, quer na relação com o paciente, com a equipe ou com a própria instituição. A condição de examinar suas respostas emocionais advindas de atendimentos, tais como a contratransferência, é primordial para a atividade do psicólogo e do acadêmico. A necessária avaliação de sua condição para prestar assistência ao paciente ou a seus familiares, em determinadas situações, constitui um fator crítico para a qualidade assistencial e para a saúde do profissional.

Além do óbvio reflexo para a condução clínica dos pacientes, isso se faz necessário também para o manejo das relações com a equipe, pois, nos dizeres de Neder,

[...] é importante que ele (o psicólogo) saiba de seus pontos fracos, para acudir-se no momento preciso, e não comece a projetar os seus problemas em clientes, em colegas, isto é, não comece a atribuir aos outros qualidades que são suas, pensamentos que são seus, dúvidas, angústias, ansiedades suas, e também não se deixe envolver por situações problemáticas que se estabeleçam. [...] E então, se o psicólogo não estiver preparado, se ele não se conhecer devidamente, ele estará fracassando na sua finalidade. (NEDER apud ANGERAMI-CAMON, 2009, p. 8).

Tratamos esses aspectos como concernentes à qualificação profissional, por entender que a formação em Psicologia Hospitalar vai muito além do âmbito acadêmico e abrange condições mínimas necessárias (ou favoráveis) à atuação em si. Observamos a reiterada preocupação em delimitar as atribuições do psicólogo e a importância da interação com os demais membros da equipe na atenção ao paciente.

Na realidade, a prática da psicologia hospitalar exige do profissional uma diversificação em sua formação e maior abrangência temática de reflexão. Ela o coloca em situação nas quais é preciso ser capaz de integrar ações em conjunto com a equipe no tocante ao enfrentamento de situações que esbarram em difíceis decisões sobre a vida e a morte, sobre a tecnologia atravessando fronteiras da dignidade humana. O avanço tecnológico traz ao centro das discussões questões

relativas,

[...] à manutenção ou suspensão das intervenções fúteis e ao fim da vida. Demandam assim o estudo e o conhecimento do psicólogo sobre importantes questões referentes a bioética, cuidados paliativos, e as principais discussões e consensos sobre o assunto. Esses serão seu instrumento de trabalho e compartilhamento com a equipe. (ANDREOLI, 2008, p.9).

Tomando-se um relato que avalia esse impacto da prática hospitalar, salientamos que a supervisão sistemática “é o espaço de formalização da nossa práxis e onde as discussões dos casos malogrados ou bem-sucedidos, juntamente com os conceitos teóricos, nos possibilitam construir a sustentação de nossa prática.” (SOARES, 2000, p.48). Destarte, a supervisão é um espaço de aprendizagem mútua, de muito estudo, e pressupõe a capacidade para aprender com os acertos e, principalmente com os erros; sejam eles próprios ou de outrem.

Considerando que a qualificação é aqui tomada de forma expandida, ou seja, para além da aplicação estrita de teorias e técnicas psicológicas, parece-nos evidente a compreensão de que as diferentes especialidades em psicologia devem ser respeitadas em suas diversidades. E, assim, reiteramos a preocupação de que ainda não haja previsão legal para respaldar psicólogos em suas funções. Talvez, uma exceção deste cenário seja a exigência no campo da Psicologia do Trânsito, da formação para Psicólogo Perito de Trânsito, evitando, assim, distorções na realização de suas atividades. A justificativa para tal se embasa nas especificidades da atuação neste campo. Infelizmente, o mesmo raciocínio não se aplica, formalmente, à Psicologia Hospitalar, até o momento.

Para exemplificar, uma séria distorção passível de ocorrer, em virtude da ausência de medidas legais que amparem os limites da especialidade. Tomamos como exemplo, para ilustrar a vulnerabilidade e o risco de precarização do trabalho, o caso que se segue.

Caso 12: o psicólogo do setor de Recursos Humanos de um hospital do interior é apresentado como o profissional responsável pela assistência na UTI, no Programa Mãe-Canguru e na diálise, simultaneamente, durante uma vistoria do SUS, com vistas ao credenciamento do hospital, que é referência de uma região em seu Estado. Uma circunstância como esta pode colocar o psicólogo do RH numa

posição vulnerável, do ponto de vista institucional, considerando-se que sua recusa poderia ter implicações profissionais. Em outra direção, considerarmos que sua aquiescência poderia ter implicações de ordem ética e legal. Cabe ressaltar as implicações de ordem pessoal, uma vez que sua escolha profissional não se deu para atuação nestes outros campos. Não vamos nos ater a uma análise deste exemplo, pois os aspectos implicados já foram discutidos nos capítulos anteriores.

3.1.2 Dimensionamento da equipe.

O dimensionamento da equipe constitui essencialmente uma adequação quantitativa e qualitativa do pessoal para atender necessidades assistenciais, sendo atrelado, com frequência, às peculiaridades de cada serviço, clientela e instituição. (CAMPOS; MELO, 2007). Para contextualizar a importância dessa definição de parâmetros de quantitativo de pessoal, tomaremos a evolução destes aspectos na enfermagem.

Para Inoue e Matsuda (2009), a qualidade da assistência e as condições favoráveis para a realização do trabalho no campo da enfermagem em UTI, devem-se “não somente à qualificação dos trabalhadores, mas também à quantificação desses para o desenvolvimento das atividades.” (INOUE; MATSUDA, 2009, p.56). Ressaltam, ainda, a adequação do número de profissionais como uma premissa da estrutura do serviço, indissociável do cuidado de qualidade.

Fugulin; Gaidzinski; Kurcgant (2005) salientam que os métodos para dimensionar o pessoal em enfermagem incluíram o estudo dos “diferentes graus de complexidade assistencial que os pacientes apresentavam dentro de uma mesma unidade de internação”. Temos, então, o conceito do “Sistema de Classificação de Pacientes” (SCP), a partir do desenvolvimento de instrumentos voltados para a avaliação de necessidades dos pacientes, no que se refere às intervenções da enfermagem. (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005). Quanto à aplicação e ao reconhecimento normativo dos diversos sistemas existentes, salientamos a posição do COFEN – Conselho Federal de Enfermagem: pela “resolução nº 293/2004, o COFEN não é contrário à utilização dos mesmos, não faz menção contrária ao uso de qualquer SCP e, do mesmo modo que a resolução 189/1996, sugere a utilização

do SCP proposto inicialmente por Fugulin”.

Perroca e Gaidzinski (1998), ao propor a construção e validação de um SCP aplicável a pacientes adultos internados, resgatam o conceito de Cuidados Progressivos ao Paciente, citando Alves et al (1988), conceituado como “a concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada”. Neste contexto, o referido SCP inclui 13 indicadores críticos, qualificados por: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição, hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa.

Diversas das dimensões de avaliação acima elencadas poderiam ser estudadas no âmbito da necessidade de oferta da assistência psicológica. No campo da psicologia hospitalar, não possuímos, ainda, parâmetros efetivos para indicar a cobertura adequada para unidades hospitalares de diferentes níveis de atenção e complexidade. Ademais, o que verificamos, a princípio, nos SCPs não se aplica à realidade da assistência psicológica, visto que a complexidade e demanda de atenção não se restringe aos aspectos relacionados estritamente ao paciente, mas incluem a família e outras condições complementares.

Entretanto algumas recomendações começam a surgir com este objetivo, apontando inicialmente a relação psicólogo/número de leitos, como a veiculada pela AMIB – Associação de Medicina Intensiva do Brasil, que sugere um psicólogo hospitalar para cada dez leitos de terapia intensiva, durante 12 horas, em turnos de seis horas.

Nesta linha, salientamos também o trabalho realizado pelo grupo de trabalho denominado “GT de Psicologia Hospitalar do CRP/MG”, do qual temos o privilégio de participar desde 2008. Dentre diversas ações realizadas, o referido GT formulou uma Recomendação sobre a sistematização em psicologia hospitalar (Anexo A), veiculada pelo CRP/MG e pela SOMITI – Sociedade Mineira de Terapia Intensiva. O documento em tela dispõe sobre os aspectos de estrutura e processo, tais quais tratados em nosso estudo. Assim, com o foco na organização dos serviços neste campo, a partir de indicações quanto ao dimensionamento da equipe, carga horária e saúde ocupacional, o documento apresenta os procedimentos mínimos realizados pelo profissional.

A fim de ilustrar os múltiplos fatores envolvidos na definição do quantitativo de psicólogos hospitalares, tomaremos como exemplo o universo da Terapia Intensiva. Propomos analisar a organização do trabalho numa UTI de alta complexidade com 20 leitos. Esse número, se tomado “a seco”, parece razoável para que esteja sob a responsabilidade de um único profissional. Mas, na verdade, indica que a assistência deve ser realizada aos 20 pacientes, de acordo com suas condições, isto é, alguns estarão conscientes, outros sedados, outros em estado alterado de consciência – como os quadros confusionais. Indica, também, atenção dirigida às respectivas 20 famílias, que pode ocorrer de forma direta, pela assistência psicológica, quer individual ou em grupo, ou ainda indireta, quando do encaminhamento de questões observadas, mas não claramente demandadas pelos familiares. Ressalta-se que, em situações críticas, como a piora do quadro clínico e óbitos, a presença do psicólogo é favorável para assistir aos familiares e apoiar a equipe, que, nessas condições, precisa manter seu foco no doente.

Outra questão fundamental neste contexto é a dimensão do tempo no cenário da UTI. Esta unidade é caracterizada por assistência em tempo integral, por um ritmo de trabalho intenso e por situações clínicas que podem se alterar de momento para o outro. Assim, os profissionais intensivistas, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem possuem o trabalho organizado de forma a garantir uma cobertura nas 24 horas do dia, conforme regulação específica. Com exceção dos fisioterapeutas, cuja legislação mais recente (RDC nº 7/ 2010) exige o mínimo de 18 horas, apesar de que em hospitais que efetivamente mantêm foco na qualidade e segurança assistencial, esses profissionais estão disponíveis em tempo integral.

Destarte, que parâmetros são utilizados para definir o tempo mínimo de permanência do psicólogo, ou melhor, da disponibilidade de assistência psicológica, na Terapia Intensiva? Seriam 4, 6, 8, 12 ou 24 horas diárias? Essa cobertura se estenderia para os finais de semana e feriados?

Nossa concepção, talvez ainda idealizada para a atualidade, mas não sem argumentação, parte da proposição de que essa assistência deveria estar disponível da mesma forma como nas demais profissões. Pois, se reivindicamos que o trabalho deve ser efetivamente sistematizado e integrado, para gerar resultados satisfatórios, não podemos conceber a “suspensão” das atividades no período noturno, nos finais de semana e feriados.

Apontamos a dificuldade (e questionamos a viabilidade), de estabelecer um SCP – Sistema de Classificação de Pacientes, atrelado ao exercício da psicologia hospitalar, considerando a multiplicidade de situações que impossibilitam a definição prévia de tempo para a realização da assistência. Reforçamos esse aspecto, pois, em determinada situação de auditoria, foi questionada a rotina de assistência em situações de óbito, e elegemos este exemplo para ilustrar a impossibilidade de se determinar tais parâmetros. Quando o foco da assistência é o universo da subjetividade, a lógica da regulação do tempo não se aplica.

Caso 13: a psicóloga é solicitada para acompanhar a transmissão de uma notícia de óbito de um bebê que se encontrava na UTI pediátrica. O médico e a psicóloga recebem os pais numa sala reservada, sendo que o médico é um profissional muito habilidoso e preparado para tais situações. Passam a informar sobre as condições do bebê, sua evolução desfavorável e o desfecho da morte. A mãe permanece estática, sem falar, abraçada a um “paninho” do bebê. O pai chora intensamente e pede ao médico que salve seu filho, expressando a descrença na notícia. Neste momento, chegam os avós que ficam com ambos, além da psicóloga. A mãe se encolhe, abaixa a cabeça e chora baixinho. Após algum tempo, a psicóloga volta-se para a mãe e tenta estabelecer um contato. Ela apenas segura a mão da psicóloga, Após um tempo, começa a falar do filho, da gestação, do desejo de ser mãe. Chora baixinho e fica cheirando o “paninho” do neném. Fala que seu filho foi muito forte. Fala da tristeza pelo sofrimento do bebê “tão pequenininho e já passando por tanta coisa”. O pai e os avós solicitam ver o bebê, ao que a psicóloga os encaminha e os acompanha ao necrotério. A chegar próximo ao bebê, a mãe senta-se ao lado da maca e pede para segurá-lo. O pai e os avós ficam confusos e olham para psicóloga como que procurando confirmar se era possível. A psicóloga responde afirmativamente, e a mãe pega seu filho no colo. Continua a chorar, passa a niná-lo, com movimentos suaves do corpo e lhe acaricia o rosto. Esta é uma reação muito frequente de mães que perdem seus bebês pequenos. O fato de a mãe ficar com o filho morto no colo costuma gerar intensa angústia nos demais familiares que acompanham. Trata-se, evidentemente, de uma situação muito triste e mobilizadora. Os familiares ficam muito angustiados diante dessa cena, permanecendo apenas o pai. Após algum tempo, a mãe se levanta com o bebê no colo e se despede. Demonstra estar determinada a sair e fala que já vai embora do

hospital, pois tem que levar seu filho para casa, pois ele já está bem. O pai demonstra desespero diante disto e chama de volta a psicóloga. Ela entra na sala e passa a falar com a mãe sobre o bebê, resgatando o histórico de seu nascimento, de sua vinda para o hospital. Gradualmente, a mãe parece se aproximar da realidade, a partir de pontuações da psicóloga, que cuidadosamente aponta para a ausência de vida no bebê, enfatizando a tristeza da mãe, seu desejo de que ele pudesse sobreviver e a sensação de irrealidade diante de tudo. A mãe começa a chorar com mais intensidade e pergunta se o bebê realmente está morto, ao que a psicóloga confirma. A mãe fala que não consegue tirá-lo do colo e demonstra sua angústia em fazê-lo sozinha. A psicóloga percebe a importância de que o bebê volte a permanecer na maca, como um dado de realidade para o processo do luto, e oferece ajuda para colocá-lo ali. A mãe lhe entrega o bebê e solicita sair da sala para ir ver o esposo. Os familiares informam da chegada da funerária e a levam para casa. Ela consegue se despedir do filho, pede à psicóloga que agradeça a equipe da UTI pediátrica (com os quais mantinha bom vínculo) e segue com o esposo.

Diante de uma situação clínica como a expressa neste exemplo, em que o enfrentamento do luto mobiliza intensamente defesas psíquicas, como a negação da realidade, com conseqüente alteração da percepção, não há como pensar na dimensão do tempo de atendimento. Por mais que as rotinas sejam necessárias e favoráveis à organização do trabalho, o psicólogo hospitalar sempre estará diante de situações que lhe exigem muita disponibilidade. Assim, como caberia a adoção de um sistema de classificação de pacientes para nossa especialidade? Sem dúvida, este é um tema a ser pesquisado.

Salientamos que toda essa assistência gera o registro obrigatório em prontuário do paciente, sendo recomendável que o psicólogo monitore os resultados de seu trabalho, o que exige investimento de tempo em atividades administrativas do seu próprio setor. Outras responsabilidades inerentes a esta prática referem-se ao fato de que integrar uma equipe de terapia intensiva inclui, ainda, a participação em passagens de plantão, corridas de leito, reuniões técnicas e administrativas da equipe, sem falar em outras intervenções com foco institucional e até comunitário, relativo à educação em saúde.

Mas é claro que qualquer possibilidade de cobertura integral se encontra atrelada a uma equipe composta por um número razoável de profissionais, que permita o estabelecimento de uma escala de plantão, em condições legalmente

estabelecidas. Ressalto que, em nossa experiência e na de outros psicólogos hospitalares, questionamentos dessa natureza já nos foram dirigidos, quando da realização de auditorias do sistema de gestão da qualidade, seja ONA, ISO ou JCAHO. Este e outros fatores relacionados à normatização profissional podem servir de subsídio para a implementação de mudanças consistentes na organização e dimensionamento dos serviços de psicologia hospitalar no futuro.

3.1.3 Saúde e Segurança ocupacional

Outro tópico não menos importante trata da atenção à saúde ocupacional do psicólogo hospitalar e aos requisitos de Biossegurança. Como qualquer profissional que integra uma equipe de saúde e tem contato direto com o paciente como parte de sua atividade, encontra-se o psicólogo sujeito à contaminação por secreções, excreções, além de acidentes com materiais perfurocortantes, e em situações nas quais o paciente encontra-se em isolamento, devido a contágio via aérea.

Apesar de o enfoque psicológico ocorrer via linguagem, o contato físico com os pacientes é inevitável, pela necessidade que demonstram de segurar as mãos do profissional durante um atendimento, em situação que envolve intensa carga emocional, como em momentos de choro intenso, medo e angústia. Ainda em circunstâncias corriqueiras de nosso cotidiano, como o atendimento aos pacientes traqueostomizados, que podem expelir acidentalmente secreção traqueal durante um atendimento.

Propomos duas situações para ilustrar o risco inerente à assistência psicológica; para tal, manteremos o foco na Terapia Intensiva.

Caso 14: a psicóloga da UTI recebe a solicitação da enfermeira para atender um paciente que apresenta intensa angústia, medo e um quadro de choro intenso, após ser informado pelo médico da necessidade de submeter-se a uma cirurgia, recusando-se ao contato com o cirurgião. Quando a psicóloga se aproxima do leito e se apresenta, o paciente agarra sua mão e lhe pede que o tire dali, pois está apavorado, sozinho e sente que vai morrer. Chora intensamente e não larga a mão da psicóloga em todo o decorrer do atendimento. Depois de realizadas algumas

intervenções, o paciente se acalma, passa a expressar com mais clareza suas dúvidas quanto ao tratamento proposto e concorda em conversar com o cirurgião. Parece compreender melhor que a escolha será sua, sendo necessário seu consentimento para a realização do procedimento. Neste ínterim, consegue relaxar e, ao estender os braços sobre a cama, ainda segurando a mão da psicóloga, esta sente uma picada. Observa que havia, entre os lençóis do paciente, uma agulha inadequadamente descartada pela enfermagem.

Num incidente desta natureza, existem providências a serem tomadas de acordo com os protocolos da CCIH da instituição hospitalar, os quais só podem ser respeitados se houver prévio conhecimento desses protocolos. Não podemos, assim, afirmar que o exercício da psicologia hospitalar esteja isento dos riscos associados ao contato com o paciente.

Nossa proposição considera que a atenção para com os exames periódicos e controle de vacinação, além de exigência legal aos profissionais de saúde (Lei 6.514, de 22 de dezembro de 1977), deve ser realizada ou monitorada pelo SESMT – Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho – da Instituição na qual se encontra inserido o profissional. Ressaltamos que alguns programas de pós-graduação e especialização em psicologia hospitalar já adotaram como medida a solicitação de carteira de vacinação no ato da inscrição, como no caso do INCOR – Instituto do Coração /SP.

A capacitação do psicólogo hospitalar quanto aos aspectos de biossegurança passam pela devida instrução quanto às medidas de precaução universal, bem como pelo treinamento para diferenciar os tipos de isolamento preconizados pela CCIH (Comissão Interna de Infecção Hospitalar) e as condutas exigidas em cada caso. Essas questões nos levam a estranhar a ausência de obrigatoriedade quanto à insalubridade, que, em determinadas instituições de saúde, é repassada ao psicólogo, enquanto em outras, não, por não haver uma regulamentação objetiva.

Ainda neste universo da saúde e segurança ocupacional, o psicólogo deve conhecer alguns requisitos obrigatórios no campo da saúde e estar apto para participar da elaboração de alguns documentos necessários, em conjunto com o SESMT da instituição. Tais instrumentos correspondem a recursos utilizados para a minimização de riscos, tais como: o Mapa de Risco, o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais), o PPA (Programa de Prevenção e Acidentes), o PMA (Programa de Meio Ambiente) e a Classificação de Riscos e Perigos da

Atividade.

Cabe ressaltar que a questão do risco é real, pois o psicólogo lida com situações que envolvem muita mobilização emocional. O fato de participar da transmissão de uma má notícia, por exemplo, pode favorecer que um familiar enlutado identifique-o como um objeto concreto representante da perda e passível de ser atacado. Podemos exemplificar com uma situação de atendimento psicológico realizado aos familiares de um paciente, que evoluiu para óbito, no qual ocorreu uma tentativa de agressão física, voltada para a psicóloga, colocando-a em risco.

Apesar de esses documentos serem considerados por alguns como mera burocracia, apontamos que podem se constituir elemento de identificação de riscos associados à assistência psicológica. E, sobretudo, constituir-se em instrumento de reconhecimento formal por parte das instituições hospitalares da existência desses riscos.

3.1.4 Legislação: panorama atual

O respeito à legislação é um dos fundamentos da qualidade em saúde bem como um dos itens avaliados durante os processos de acreditação e/ou certificação da qualidade. Trata-se ainda de objeto de avaliação de auditorias do SUS e ANVISA, quanto à definição e qualificação das instituições hospitalares referentes ao nível de complexidade que lhes será concedido. Portanto, o respaldo formal advindo da legislação e das resoluções dos conselhos profissionais é mandatário na aplicação da exigência legal do exercício profissional. No tocante à legislação, a figura do psicólogo hospitalar encontra-se inserida em diversas Portarias do Ministério da Saúde, como elencado a seguir:

- a) PORTARIA Nº 130, DE 03 DE AGOSTO DE 1994 - Tratamento em Hospital-Dia ao Paciente com doença/Aids
- b) PORTARIA Nº 1091, 25 DE AGOSTO DE 1999 - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
- c) PORTARIA Nº 1395, 09 DE DEZEMBRO DE 1999 - Atenção à Saúde do Idoso

- d) PORTARIA Nº 196, DE 29 DE FEVEREIRO DE 2000 - Gastroplastia – Cirurgia Bariátrica
- e) PORTARIA Nº 251/GM, DE 31 DE JANEIRO DE 2002 - Assistência Hospitalar em Psiquiatria
- f) PORTARIA Nº 3432/MS, DE 12 DE AGOSTO DE 1998/ PORTARIA No-2.653, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007 - Unidades de Tratamento Intensivo – UTI
- g) PORTARIA Nº 3477, 20 DE AGOSTO DE 1998 - Atendimento Perinatal – Atenção à Gestante de Alto Risco
- h) PORTARIA Nº 44/GM, DE 10 DE JANEIRO DE 2001 – Assistência em Hospital Dia
- i) PORTARIA Nº 3535/MS, DE 02 DE SETEMBRO DE 1998 - Atendimento em Oncologia
- j) PORTARIA Nº 62 DE 14 DE ABRIL DE 1994 - Reabilitação Estético-Funcional dos Prematuros e de Má-Formação Lábio-Palatal
- k) PORTARIA Nº 693/GM, DE 05 DE JULHO DE 2000 - Implantação do Método Canguru
- l) PORTARIA Nº 72, DE 23 DE JANEIRO DE 1992 - Atendimento Ambulatorial
- m) PORTARIA Nº 816/GM DE 30 DE ABRIL DE 2002 - Transtornos Decorrentes do Uso Prejudicial e/ou Dependência de Álcool e Outras Drogas.
- n) PORTARIA Nº 82/MS, DE 03 DE JANEIRO DE 2000 - Serviços de Diálise
- o) PORTARIA Nº 95, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2007 - Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Observamos que já se trata de um esboço do reconhecimento social haver a necessidade deste profissional em diversas circunstâncias clínicas e unidades do hospital. Contudo, apesar de ser exigência legal a presença efetiva nas condições listadas, observamos que não existem outros respaldos quanto à aplicabilidade da lei, em termos de resoluções, o que dá margem às distorções bem esclarecidas em capítulos anteriores.

Há, no campo hospitalar, a necessidade de que o psicólogo conheça algumas legislações complementares à sua função. Salientamos, ainda, que em auditorias e

avaliações do sistema de gestão da qualidade, pode haver a solicitação de que as informações quanto à legislação competente ao exercício profissional esteja disponível. O CRP/MG lançou, em 2009, um elucidativo documento de compilação de referências normativas e de legislação, denominado *Guia para o exercício profissional – Psicologia*. Salientamos alguns destes instrumentos reguladores da assistência – Resoluções e Leis, inerentes à profissão:

- a) Lei nº 4.119/62, de 27/08/62 – regulamenta a profissão da psicologia;
- b) Resolução CFP nº 010/2005 – aprova o código de ética profissional do psicólogo;
- c) Resolução CFP nº 007/2003 – institui o manual de elaboração de documentos escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica e revoga a Resolução CFP n 17/2002;
- d) Resolução CFP nº 013/2007 – institui a consolidação das resoluções relativas ao título profissional de especialista em psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro;
- e) Resolução CFP nº 016/2000 – ementa: dispõe sobre a realização de pesquisa em psicologia com seres humanos;
- f) Resolução CFP nº 015/2007 – ementa: dispõe sobre o credenciamento de cursos de residência em psicologia na área de saúde e revoga a Resolução do CFP n 009/2000;
- g) Resolução CFP nº 016/2007 – ementa: dispõe sobre a concessão do título de especialista para os profissionais egressos dos programas de residência credenciados pelo CFP;
- h) Lei nº 8.078, de 11/09/90: Código de Defesa do Consumidor;
- i) Lei nº 9.608, de 18/02/98: dispõe sobre o serviço voluntário;
- j) Lei Nº 8.080, de 19/09/90: dispõe sobre a criação do sistema Único de Saúde – SUS;
- k) Lei nº 8.069, de 13/07/90: Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA;
- l) Lei nº 10.741, de 01/10/2003: Estatuto do Idoso.

Ressaltamos, ainda, a existência de outros instrumentos normativos ou não, que implicam o cotidiano do psicólogo hospitalar:

- a) Resolução CFP Nº 001/2009 - dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos;
- b) Recomendação CRP/MG – GT DE PSICOLOGIA HOSPITALAR, de 07/08/2009 – Recomendação sobre a Sistematização da Atuação do Psicólogo hospitalar (ANEXO A);
- c) Recomendação SOMITI – referente à sistematização da assistência psicológica em Urgência, Emergência e UTI.
- d) RDC nº 7 02/2010 – dispõe sobre os padrões mínimos para o funcionamento de UTI;
- e) RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010. – dispõe sobre a atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde.

Especificamente quanto ao universo da Terapia Intensiva, ressaltamos esta RCD nº7 de fevereiro de 2010, que estabelece padrões mínimos para o funcionamento de UTI. No documento ,há referência quanto ao psicólogo, embora a exigência seja de que o referido serviço seja disponibilizado pelo hospital. Apontamos que houve um movimento de psicólogos no Brasil, mais propriamente de representas da AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira, e da SOMITI – Sociedade Mineira de Terapia Intensiva, no intuito de incluir a categoria no rol de profissionais cuja presença seria obrigatória para o funcionamento da unidade, bem como a determinação de dimensionamento de equipe e carga horária. A ANVISA é a agência reguladora e de controle do ajuste das instituições de saúde às RDC's publicadas.

Apesar de não haver a inclusão de uma exigência de um psicólogo exclusivo na UTI, identificamos que a publicação foi um avanço nesta direção. Avanço este já alcançado por outras categorias profissionais, como médicos e enfermeiros e, mais recentemente, os profissionais de fisioterapia, em face da RDC nº 7/2010.

3.1.5 Registro em prontuário

Para finalizarmos a apresentação dos tópicos relativos à estrutura, temos a questão do registro da assistência em prontuário do paciente. O Prontuário deve conter as informações referentes ao tratamento do paciente, sendo obrigatório o registro por parte de todos os profissionais que atuam na assistência ao paciente. O documento pertence ao paciente e sua guarda é de responsabilidade do hospital.

De acordo com a Resolução 1331/89 do CFM – Conselho Federal de Medicina, o prontuário corresponde ao conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais, prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados.

A história da evolução do prontuário remonta, inicialmente, a Hipócrates, que realizava o registro médico, apontando o curso da doença e relacionando sinais e sintomas, numa dimensão que priorizava a orientação temporal, centrada na história do paciente. No século XIX, os registros médicos eram centrados no médico e a ele pertenciam. Já no início do século XX, há uma inversão nesta lógica, e em 1907, na Mayo Clinic, a conceituação do registro médico se altera para um registro único e centrado no paciente. Com o advento da Acreditação Hospitalar nos EUA, passa-se a exigir uma organização dos registros médicos, a partir de 1940, nos moldes do que se tem hoje.

Com o avanço das tecnologias de informática e a crescente importância da Tecnologia da Informação – TI, como fonte de gerenciamento de dados, os sistemas de saúde passam a adotar o Prontuário Eletrônico do Paciente – PEP, no qual as informações sobre a assistência ao paciente são integradas e processadas em tempo real. Assim, gradualmente se informatiza o registro da assistência prestada, em todos os níveis envolvidos, desde o âmbito gerencial à esfera operacional. Segundo a definição do *Institute of Medicine*, o Prontuário eletrônico do paciente se constitui como

[...] um registro eletrônico de paciente que reside em um sistema especificamente projetado para dar apoio aos usuários através da disponibilidade de dados completos e corretos, lembretes e alertas aos médicos, sistemas de apoio à decisão, *links* para bases de conhecimento médico, e outros auxílios. (COSTA, 2001, p.9).

Na concepção de Murphy, Hanken e Waters, (apud COSTA, 2001, p.9) observa-se a ênfase na integralidade das informações e na rastreabilidade e utilização dos dados. Assim, para estes autores,

Um registro eletrônico de saúde é qualquer informação relacionada com o passado, presente ou futuro da saúde física e mental, ou condição de um indivíduo, que reside num sistema eletrônico usado para capturar, transmitir, receber, armazenar, disponibilizar, ligar e manipular dados multimídia com o propósito primário de um serviço de saúde. (MURPHY; HANKEN; WATERS apud COSTA, 2001, p.9).

Cabe ressaltar que os registros em prontuário devem espelhar a evolução da assistência prestada, o fluxo dessa atenção, a interação dos diferentes processos e atores do cenário hospitalar, bem como da tomada de decisão do tratamento, dos resultados alcançados e a indicação proposta pós-alta hospitalar. Romano (2008) ressalta que “cada processo diagnóstico deve corresponder ao registro das observações, da conduta e encaminhamento realizados”. (ROMANO, 2008, p.36).

Quando esses registros são bem elaborados, constituem-se também um dos principais instrumentos de defesa profissional, para qualquer categoria envolvida na assistência. É somente pelo registro em prontuário que se legitima a assistência prestada. Embora pareça uma afirmativa alheia à psicologia e da esfera do Direito, em situações de litígio, o prontuário poderá ratificar as alegações da defesa. Da mesma forma, a ausência de registros, de clareza das informações ou sua incompletude, constituem elemento de acusação. Este é um dado relevante, pois o Código de Defesa do Consumidor, no Brasil, prevê a possibilidade de inversão do ônus da prova, com base no conceito de hipossuficiência do paciente. Assim, se ocorrer uma demanda contra o hospital, este poderá se valer das informações constantes do prontuário para se defender.

Outro aspecto intrínseco ao registro trata da questão do sigilo. Romano (2008) aponta que, no âmbito hospitalar todos os profissionais estão submetidos a um código de ética em saúde, acrescidos dos específicos de sua categoria. Contudo, alerta para o fato de que profissionais de categorias que não são reguladas por um código específico, citando o caso de auxiliares administrativos, podem receber punições previstas na CLT, no caso de violação e disseminação de informações da ordem privada do paciente. Apesar de haver punibilidade a faltas dessa natureza, esse fato exige do psicólogo o discernimento quanto às informações que efetivamente devem ser lançadas em prontuário.

No tocante à clareza das informações registradas, Romano (2008), orienta quanto ao uso de linguagem simples, apesar de profissional e adequada ao nível de compreensão dos demais membros da equipe, isto é, que seja esclarecedora, evitando o uso de termos que tornem o conteúdo do registro inacessível ou impenetrável. “Portanto, o psicólogo deve e pode comunicar, registrar as informações de seu conhecimento que sejam pertinentes e orientadoras das ações da equipe de saúde, visando exclusivamente o bem-estar do paciente”. (ROMANO, 2008, p.37).

No âmbito específico da psicologia hospitalar, as implicações desse registro se dão na esfera ética e legal. No Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP n 010/2005), identificamos os artigos que tratam da questão dos registros, principalmente, na dimensão multiprofissional. os quais ressaltamos abaixo:

Art.6º - O psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos:
[...]

b) Compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

O conteúdo deste artigo é particularmente importante para o psicólogo hospitalar, pois o registro em prontuário deve identificar que a assistência foi realizada, sem expor informações que possam ferir a confidencialidade do atendimento prestado.

Art.7º - O psicólogo poderá intervir na prestação de serviços psicológicos que estejam sendo efetuados por outro profissional, nas seguintes situações:
[...]

d) Quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Neste quesito, salientamos que a assistência psicológica realizada dentro de um contexto sistematizado, que busca atenção integrada ao paciente, diante de uma condição específica do processo de adoecimento, difere daquela efetuada em âmbito privado, como no consultório. Portanto, não se constitui falta ética atender a um paciente que já estava em processo analítico ou psicoterápico, com um colega, antes de sua internação. Pelo contrário, em certas circunstâncias, efetua-se a

atenção identificada como necessária dentro das rotinas estabelecidas, podendo-se inclusive comunicar ao outro psicólogo a internação do paciente, caso este expresse esse desejo.

Quanto a respaldar a existência de uma metodologia adotada pela equipe multiprofissional, a forma de se evidenciar isto é pela existência de um procedimento operacional elaborado e documentado.

Art.12º - Nos documentos que embasam as atividades em equipe multiprofissional, o psicólogo registrará apenas a informação necessária para o cumprimento dos objetivos do trabalho.

Aplicam-se aqui as considerações do artigo 6, sendo que a definição dos objetivos de seu trabalho constitui um item que deve estar claro para o profissional, a despeito do mesmo registrar inadvertidamente informações irrelevantes para a atividade em questão.

[...]

Art.14º - A utilização de quaisquer meios de registro e observação da prática psicológica obedecerá às normas deste Código e à Legislação vigente, devendo o usuário ou beneficiário, desde o início, ser informado. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

O paciente e seus familiares devem receber a informação de que os atendimentos serão registrados. O que não implica que todas as informações expressas sejam registradas. Quando necessário, é fundamental se reafirmar a questão do sigilo, pois alguns pacientes expressam essa preocupação claramente durante os atendimentos.

Apresentamos o contexto legal e ético que envolve o registro das atividades psicológicas em prontuário do paciente, no âmbito hospitalar. Por outro lado, salientamos a importância da acessibilidade e rastreabilidade dos dados constantes do prontuário, como fonte de pesquisa e de informações, que podem colaborar com o melhor planejamento das atividades e, sobretudo, na identificação de oportunidades de melhoria da qualidade da assistência. Este aspecto nos leva à próxima dimensão deste estudo, relativa à esfera processual do trabalho.

3.2 Processos

Para compreendermos a lógica dos processos utilizada em gestão da qualidade em saúde é preciso resgatar a definição do termo. De acordo com o dicionário Houaiss, conceitua-se processo como:

1. ação continuada, realização contínua e prolongada de alguma atividade; seguimento, curso, decurso 2. sequência contínua de fatos ou operações que apresentam certa unidade ou que se reproduzem com certa regularidade; andamento, desenvolvimento, marcha 3. modo de fazer alguma coisa; método, maneira, procedimento. (HOUAISS, 2009, p. 1554).

Temos implícita, nesta conceituação, a noção de que processo trata de um conjunto de causas que, ao interagirem de forma contínua e sequencial, produzem um resultado. Indica, ainda, a ideia de uma regularidade na realização de atividades. Sua aplicação em nosso campo aponta para a importância de haver clareza quanto aos fatores que consideramos necessários à regularidade de nossas atividades assistenciais e principalmente a interação com outros setores. Em outros termos, corresponde a observar o que é favorável para a implantação e implementação de rotinas de funcionamento de um serviço de psicologia hospitalar, por exemplo.

Uma outra definição, apresentada pelo IQG (Instituto Qualisa de Gestão de São Paulo), instituição acreditadora das metodologias ONA e CCHSQ, em material de curso de formação de avaliadores, conceitua processo como:

Um conjunto de operações sucessivas e ou paralelas que proporcionam um resultado bem definido. Geralmente como parte de um ciclo global de produção de um produto ou de um serviço. Processo é um conjunto de causas. (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2003).

Observa-se a ênfase na definição prévia dos resultados esperados de um respectivo conjunto de ações, assim como na visão sistêmica atrelada à noção de que um processo não ocorre destacado de um ciclo global. Se focalizarmos especificamente o campo da psicologia hospitalar, identifica-se aqui a importância de se estabelecer o que pretendemos alcançar a partir das atividades realizadas.

Ressaltamos o sentido que o termo “resultado de nosso trabalho” assume neste contexto de processo, pois identificamos o risco de uma possível distorção. Por exemplo, quando pensamos no resultado da assistência psicológica, o que nos vem de imediato à mente são os resultados de nossa intervenção. Ou seja, a percepção de uma melhora do estado emocional de um paciente após um atendimento em situação de crise, ou na condição de melhor integração à realidade por parte de uma família, numa situação de luto, dentre tantos outros exemplos possíveis. Estes não são exemplos de resultado do processo de assistência, mas da assistência propriamente dita. Não são dados mensuráveis, em nossa concepção.

Então, temos que o resultado do processo “psicologia hospitalar” refere-se ao

estabelecimento de condições que proporcionem a realização de tarefas assistenciais, conforme definido previamente. Reflete, ainda, o que os demais setores (e seus respectivos profissionais) podem e devem esperar do psicólogo, assim como o que lhes será disponibilizado. Logo, indicamos aqui os requisitos da sistematização da assistência.

Isso nos direciona para outro aspecto relevante, que aponta para o modo como estamos interagindo com nossos pares e a visão de que integramos um sistema. Aliás, o termo “visão sistêmica”, regularmente utilizado em gestão, implica a concepção de que os processos estão interconectados e que os resultados individuais (de setores, por exemplo) impactam uns nos outros, quer positiva ou negativamente, e na própria instituição como um todo.

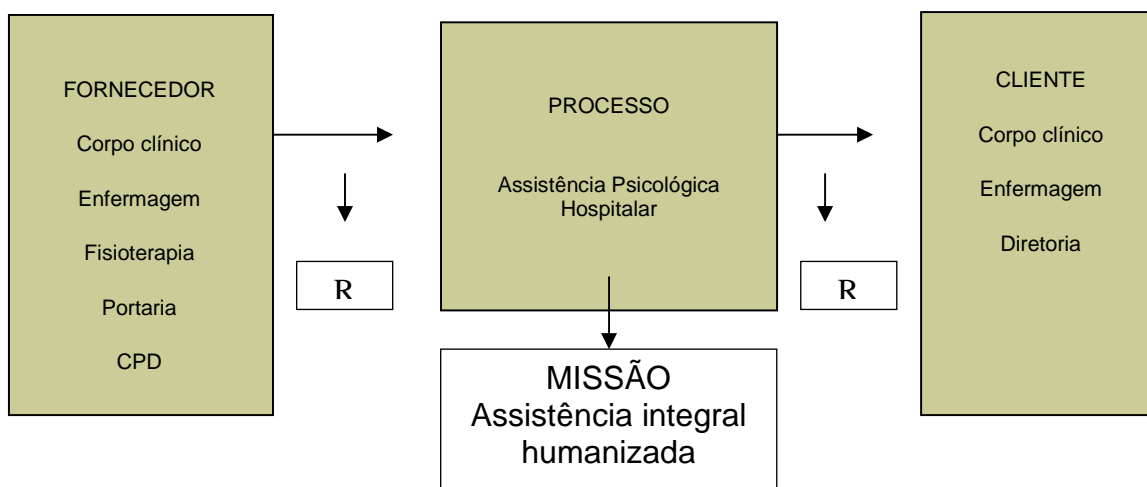
Marshall Junior et al. (2008, p. 62) apresentam um estudo sobre a aplicação dos fundamentos de gestão da qualidade, segundo requisitos do modelo utilizado pela Fundação Nacional da Qualidade – FNQ, no qual identifica os parâmetros de processo, salientando que:

Este critério examina como a organização gerencia, analisa e melhora os principais processos do negócio e os de apoio, além de verificar como a organização gerencia o processo de relacionamento com os fornecedores, destacando o desenvolvimento de sua cadeia de suprimento. (MARSHALL JUNIOR et al., 2008, p. 62).

Neste contexto, enquadra-se a lógica determinante do estudo da interação de processos, estabelecida como a relação cliente-fornecedor, sendo a satisfação decorrente desta foco de atenção nas avaliações e certificações de sistemas de gestão da qualidade. Esta lógica introduz a figura do cliente interno, não devendo ser confundida com o cliente externo-paciente/familiares. Aliás, em nossa concepção, a satisfação do cliente externo reflete o grau de integração dos distintos processos que proporcionam a assistência e, em última análise, da satisfação existente na relação entre clientes e fornecedores internos.

Apresentamos, a seguir, o exemplo de um esquema utilizado para descrever este quesito (Figura 3):

PROCESSO ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NO CTI



R – Requisitos ou expectativa mínima de desempenho desejada, e pactuada entre as partes, para um dado serviço.

FIGURA 3: Representação do Processo Assistencial
 Fonte: adaptado pela autora.

As práticas de gestão preconizam estabelecer os requisitos que se esperam de um determinado serviço, o que corresponde a determinar o que é relevante para a realização do trabalho. Assim os fornecedores disponibilizam certos “insumos” para que a assistência possa ocorrer. Insumo pode ser, em nosso campo, desde material de escritório, informação, disponibilidade de acesso ao sistema informatizado, encaminhamento adequado de solicitações de atendimento etc.; são recursos identificados como requisitos, previamente definidos como necessários à realização da atividade. Em contrapartida, o resultado ou os requisitos da atividade também são previamente estabelecidos.

Caso 15: rotinas de visitas na UTI analisadas pelo vértice dos processos. Nesta atividade, o psicólogo presta assistência psicológica (de acordo com sua missão – assistência humanizada). Para tal, ele necessita da listagem atualizada dos pacientes internados na UTI e respectivos leitos, a partir de relatório impresso pelo sistema informatizado; necessita de que haja o encaminhamento adequado dos familiares, por parte da Portaria, e informe alguma situação crítica identificada; que a secretária da UTI informe-lhe se há alguma restrição de visita para algum dos pacientes, visando informar à família e realizar atendimento prioritário, se necessário; precisa da presença do médico durante o período de visita para que as notícias médicas sejam transmitidas aos familiares; precisa de que o médico tenha

disponibilidade para atender, em conjunto, situações identificadas como críticas. Enfim, temos aqui identificados diversos dos possíveis “fornecedores” (médico, CPD, secretária, portaria etc.) da psicologia hospitalar.

Salientamos que, neste exemplo, assim como se necessita do outro, o outro também espera que o serviço de psicologia esteja disponível, ou priorize o acompanhamento da visita na unidade, identifique e encaminhe as situações críticas e registre seus atendimentos. Assim, temos aqui exemplificados os requisitos do que se entrega ao cliente, isto é, o resultado do processo, que seria o atendimento aos familiares durante a visita. Mas lembramos que a satisfação do cliente aqui apontado estaria na esfera do corpo clínico (cliente interno), que conta com a realização desta atividade de forma sistemática.

A dimensão de satisfação do cliente externo – paciente/familiares –, é tratada de outra forma, geralmente como resultado de pesquisas de satisfação realizadas pelo setor de Qualidade ou SAC do hospital, o que não é da alçada direta do psicólogo hospitalar. Este é um alerta importante, pois alguns gestores podem identificar a questão da satisfação com o atendimento como campo de atuação do psicólogo hospitalar, o que é contrário à prática psicológica e, para ilustrar, apontamos que não se pode conceber que o mesmo profissional que atendeu uma família em situações críticas na UTI, questione-a sobre a qualidade desta assistência e sua satisfação, num momento posterior.

Apontamos a importância de que as rotinas assistenciais sejam realizadas de forma integrada, buscando-se o consenso entre os pares. Não como instrumento de busca de satisfação ou mesmo como um mecanismo para evitar queixas, mas em virtude do que é relevante para o paciente e para o serviço. Salientamos que a sistematização deve ser favorável e não impeditiva do trabalho em equipe.

O gerenciamento evidenciado pela padronização das rotinas deve ser tomado como eixo de regulação de atividades e não como mecanismo de imposição prescritiva. Preconiza-se, assim, a existência de uma base-documental, que as formalize e possa refletir essas práticas. Isso fica evidente ao se considerar que, para alcançar um resultado previamente proposto e acordado entre as partes envolvidas, é necessária uma espécie de contrato, que, no âmbito das práticas gestionárias, pressupõe ter disponíveis documentos que comprovem esse planejamento, padronização e monitoramento das ações.

Há, entretanto, uma questão crítica latente nestas denominações de “cliente-

fornecedor”. As publicações que indicam o uso dessa terminologia sugerem que tal abordagem direciona-se para a busca pela satisfação das partes envolvidas em uma relação de trabalho, na execução de uma tarefa ou de várias atividades interligadas. *A priori*, essa noção de processo implicaria corresponsabilização das partes envolvidas, mas o risco inerente é de que haja uma distorção deste objetivo, com a adoção de uma posição de clara dicotomia, implícita no termo “cliente-fornecedor”.

Preocupa-nos o fato de essa “satisfação” refletir uma interação idealizada e irrealizável, criando fórmulas de medição e avaliação que reforçam uma vivência paradoxal, ao excluir do foco de análise os campos de tensão e conflito, inerentes às relações humanas. O ideal de “satisfação das necessidades” indica o estímulo à manutenção de relacionamentos pautados numa lógica contrária à da solidariedade, que não favorece o fortalecimento de espaço para a produção coletiva. Gaulejac (2007) alerta que “o coletivo sabe muito bem em que consiste uma ‘bela obra’, assim como pode avaliar muito precisamente as contribuições reais de cada um para a produção coletiva.” (GAULEJAC, 2007, p.152). E isso só pode ocorrer se houver a condição de se assumir formalmente o espaço de reflexão sobre as dificuldades, os entraves e as insatisfações.

Questionamos a adequação de se utilizar essa terminologia “cliente-fornecedor”, pois nos parece atravessada por significações que podem distorcer o verdadeiro objetivo das interações. A interação no trabalho não deve ser vivenciada como a simples “entrega de um produto”, pois sabemos que o trabalho em equipe exige muito esforço e de todas as partes. Nem sempre os resultados favoráveis serão vivenciados como satisfatórios. Há implicada, num trabalho em equipe, a necessária condição de se tolerar as frustrações, de se conviver com as diferenças. Essa noção de “satisfação do cliente” é refutável, pois, além do mais, encontra-se contaminada por ideologias marcadas pela sociedade de consumo.

É numa cultura consumista como a nossa, que favorece o produto pronto para uso imediato, o prazer passageiro, a satisfação instantânea [...] resultados que não exijam esforços [...] garantias de seguro total [...] desejo sem ansiedade, esforço sem suor e resultados sem esforço. (BAUMAN, 2004, p.21).

Neste contexto, insere-se uma crítica quanto à dimensão que o termo “cliente” pode assumir nas relações estabelecidas no campo da saúde. Na sociedade de consumo, o cliente é tido como “rei”, cuja satisfação das necessidades deve ser

providenciada, ou garantida como alertado por Bauman. Isso, no universo hospitalar, é particularmente sério, pois as pressões advindas das relações entre o cliente/paciente – profissionais podem se instalar como um reflexo dessa concepção de relação de consumo, tendo a saúde como o objeto a ser consumido e os profissionais como os fornecedores. A própria tecnologia passa a instituir novos “objetos de desejo” para o paciente, identificados em cirurgias para se tornar mais novo ou mais magro, ou ainda mais potente; sendo que nesses casos há uma fantasia de garantia de resultados e, pior, de ausência de riscos.

Vivemos numa sociedade caracterizada pela individualidade, pela rapidez de informações, pela precariedade dos limites, por uma espécie de “tecnocentrismo”. Sociedade extremamente consumista, que busca plena qualidade de vida, perseguindo um ideal de beleza, marginalizando o natural processo de envelhecimento. Só há lugar para a juventude que é comercializada incessantemente, quer por meio de recursos que “paralisam as linhas do tempo” – como o *botox* – quer por pílulas que prometem a felicidade ou a potência; cada qual com sua cor. Quando o paciente é retirado desse lugar e lançado ao posto de “cliente”, isso certamente se agrava.

Apontamos esses aspectos da contemporaneidade em particular, pois incidem diretamente nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde, principalmente considerando a lógica das práticas de gestão, na qual a satisfação do cliente (externo) é um foco preponderante. Observamos, assim, que muitos pontos de tensão entre os membros de uma equipe podem ser mobilizados por diferentes impactos, interpretações ou encaminhamentos daquilo que se considera “necessidade do cliente”.

Caso 16: Para ilustrar esta questão, apresentamos duas situações nas quais podemos identificar a queixa por satisfação de necessidade de dois ângulos distintos. Primeiro, pela ótica do cliente externo: podem ocorrer dificuldades na relação entre o paciente/família-médico, advindas de incompreensão pela necessidade de se aguardar por atendimento ou pela realização de um exame, o que ocorre com frequência nas unidades de Pronto-Atendimento, devido à prioridade dada aos pacientes mais graves. Isso pode gerar atrito entre equipe médica e a enfermagem ou auxiliares administrativos, em função de uma pressão exercida por clientes que exigem um atendimento imediato, desconsiderando qualquer avaliação

efetuada no tocante à gravidade. O receio de que haja uma “queixa” dirigida ao setor pode contribuir para uma distorção, por parte de certos profissionais, quanto ao respeito à prioridade. Segundo, pela ótica do cliente interno: a demora para atendimento a um paciente pode ocorrer devido a um atraso do setor de laboratório no encaminhamento dos resultados de um exame, indispondo o paciente/família com os membros da equipe, gerando tensão entre os profissionais e entre dois setores distintos. O médico, na posição de “cliente” do laboratório, pode adotar uma postura de cobrança e indignação diante da circunstância e, em vez de procurar uma solução, pode, inadequadamente, justificar para o paciente a causa da demora como responsabilidade do outro setor. Já numa outra situação, podemos tomar as queixas dirigidas ao serviço de Nutrição quanto à “qualidade das refeições”, que, em sua grande maioria, estão atreladas à prescrição médica (dieta hipossódica, hipocalórica, líquida etc.), que podem não agradar ao paladar, mas são adequadas para o tratamento. Ou ainda, ao fato de o paladar sofrer alterações em função de determinadas medicações e mesmo patologias; além, é claro, dos aspectos emocionais mobilizados que incidem diretamente sobre o campo alimentar. Se não há um consenso na equipe quanto à forma de se lidar com essas questões e a importância de respeitar prescrições, corre-se o risco de se acolher críticas inadequadas. Por exemplo, se o escritório da qualidade direciona este tipo de queixas como uma “falha” do serviço de Nutrição, indica não compreender os princípios desta especialidade. Por outro lado, se a queixa atribuída indica uma falha processual, advinda, por exemplo, da distribuição inadequada de refeições, aí sim, é favorável e passível de avaliação.

A lógica “cliente-fornecedor” não incide sobre a corresponsabilidade dos múltiplos atores envolvidos na realização da assistência. Não abarca o efeito mútuo das tarefas desenvolvidas sobre um objetivo comum, mas parece favorecer o deslocamento das próprias responsabilidades. Principalmente, no que tange ao paciente na posição de corresponsável por sua própria saúde.

Situamos este aspecto como um risco implicado nas relações assim denominadas e que focam suas ações no que foi conceitualmente concebido desde a década de 1960 por “satisfação”. Alertamos para o fato de que este termo – “satisfação do cliente” – vem perdendo espaço para outro conceito mais abrangente que se contrapõe, denominado responsividade. Abordaremos este conceito de responsividade no item 3.3.1, por considerá-lo um aspecto inerente à avaliação da

qualidade assistencial, mas não poderíamos deixar de mencioná-lo dentro desta dimensão do processo.

3.2.1 A formulação de uma base documental: procedimentos, protocolos, rotinas e registros

A construção de uma base documental, além de evidenciar os parâmetros adotados para a realização dos procedimentos, converte-se numa oportunidade de reflexão sobre a organização do serviço. Essa base documental apresenta duas importantes peculiaridades: proporcionar reprodutibilidade e rastreabilidade. Indicamos, ainda, que a formalização das atividades, apresentadas a partir de documentos, também apresenta um aspecto de visibilidade, como ressalta Andreoli (2008) ao indicar que “o profissional deverá legitimar-se por meio do reconhecimento do *modus operandi* da Psicologia como parte do movimento de um hospital geral e da dinâmica médica”. (ANDREOLI, 2008, p.5). Essa legitimação que se inscreve na prática deve ser descrita e divulgada pelos meios formais indicados pela instituição.

Entende-se que o documento é um instrumento que descreve como algo é realizado, garantindo sua reprodução. Pode ser exemplificado pelos procedimentos, pelas normas, pelos protocolos, por plano de ação, dentre outros. Já os registros descrevem o que foi realizado, propiciando o resgate das informações, como as atas de reunião, listas de presença em treinamentos ou atividades da equipe multidisciplinar etc.

Neste contexto, temos que a formulação do conjunto de procedimentos relativos a uma determinada área corresponde a seu processo (ex.: Enfermagem, Centro Cirúrgico, Psicologia, Nutrição e Dietética, Terapia Intensiva etc.). Já os procedimentos correspondem a uma descrição técnica de uma ação, expressa em Protocolos clínicos e/ou rotinas assistenciais. (INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO, 2003). Enfim, a descrição de como se procede ou se realiza uma dada intervenção. Para exemplificar, citamos alguns documentos pertinentes ao campo da psicologia hospitalar: protocolo para admissão de familiares em UTI, protocolo integrado para acompanhamento de visitas na UTI, protocolo integrado para transmissão de más notícias.

Para elaborar a descrição de um Procedimento Operacional de um Serviço de Psicologia Hospitalar, apresentamos, como parâmetro, alguns requisitos indicados.

- a) **OBJETIVOS:** descrever os objetivos do Serviço de Psicologia, apontando os referenciais éticos, técnicos e teóricos, da Especialidade, definindo a abrangência das atividades.
- b) **RESPONSABILIDADES:** identificar os membros do serviço, descrevendo suas responsabilidades. Devem-se identificar os papéis dos integrantes da equipe e suas respectivas competências – coordenador, psicólogo, estagiário, especializando, secretário etc.
- c) **ATIVIDADES E SETORES DE ATUAÇÃO:** descrever as atividades da equipe, diferenciando as especificidades de cada setor; discriminar as rotinas da assistência, demonstrar sua sistematização.
- d) **RECURSOS:** humanos e materiais necessários à realização da assistência proposta.
- e) **REGISTROS:** definir o modo de registro das atividades relativas ao prontuário do paciente, atas de reunião, formulários específicos, assim como os utilizados para atendimento em grupo etc.
- f) **EDUCAÇÃO CONTINUADA:** definição de atividades que proporcionem aprimoramento técnico da equipe de psicologia, tal como supervisão, aulas, apresentação de casos clínicos etc.
- g) **RESULTADOS:** definição de indicadores e de registro das melhorias setoriais.
- h) **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** ter disponível listagem de publicações relevantes ao campo.

Outro recurso significativo na construção da base documental, na organização da assistência e no próprio desenvolvimento da especialidade se refere à adoção e formulação de protocolos em nossa prática, como destacado por Romano (2008), Gorayeb; Guerrelhas (2003) e Leite (2007). O uso de protocolos no campo da psicologia hospitalar já se constitui realidade, sendo que “atualmente, protocolos de avaliação psicossocial fazem parte da maioria dos centros transplantadores no mundo”. (KARAN; GUIMARO; RODRIGUES, 2008, p.66).

Os protocolos colaboram para subsidiar decisões clínicas e identificar fatores críticos relativos ao seu objeto de estudo, como o planejamento das ações e definição de rotinas básicas. Dentre os protocolos aos quais tivemos acesso durante este estudo, apontamos o Protocolo de Assistência Psicológica no acidente vascular isquêmico, utilizado pela equipe do Hospital Albert Einstein, em São Paulo, como um modelo bem construído de protocolo assistencial (ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA, 2007). As regras para a formação de protocolos incluem os seguintes itens:

- a) **JUSTIFICATIVA:** indica a relevância do tema proposto, tendo em vista a aplicabilidade na população foco da assistência. Dessa forma, ressaltamos a coerência que deve existir entre os protocolos implantados por um determinado serviço de psicologia e o foco da instituição no qual é prestada a assistência. Exemplificando, se o hospital é referência em atenção materno-infantil, os protocolos devem privilegiar essa questão, tais como: incentivo ao aleitamento materno, programa mãe-canguru para bebês prematuros ou a assistência à paciente com alterações emocionais do estado puerperal – depressão ou psicose pós-parto etc. Por outro lado, se o foco é a atenção aos pacientes neurológicos, os protocolos poderiam incluir a atenção ao paciente pós-AVC na UTI, a assistência aos pacientes pós-AVC na reabilitação, orientações de pré-operatório para pacientes cirúrgicos (tumor cerebral, MAV – Malformação Artério-Venosa, aneurisma etc.), protocolo integrado de assistência aos familiares de pacientes com suspeita de morte encefálica etc. Um exemplo de protocolo não relevante para ambos os cenários sugeridos seria a adoção de um protocolo para pacientes submetidos à gastroplastia, ou seja, a cirurgia redutora de estômago, o que seria mandatório num hospital especializado em Cirurgia Geral e Gastroenterologia.
- b) **OBJETIVOS:** descreve o objetivo geral do protocolo, no caso prestar assistência psicológica em determinada circunstância clínica ou unidade de cuidados (por ex.: protocolo de assistência psicológica no Acidente Vascular Cerebral, protocolo de assistência psicológica no IAM, protocolo de assistência da Pediatria, Protocolo de assistência na Hemodiálise). Descrever os objetivos específicos relacionados ao escopo do protocolo

(por ex.: num protocolo de AVC, poderiam ser a identificação precoce de sintomas de ordem emocional, a orientação aos familiares quanto ao contato com o paciente, promover o suporte psicológico ao paciente e familiares, com base em suas necessidades, proporcionar a assistência na fase de reabilitação e pós-alta, se necessário).

- c) MÉTODO: descreve a proposta para a realização dos atendimentos, incluindo o fluxo das ações.
- d) REVISÃO: os protocolos devem ser revisados periodicamente, geralmente a cada dois anos, para garantir a pertinência de sua aplicabilidade.
- e) FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: as atividades propostas nos protocolos devem ter o respaldo das teorias aplicáveis ao tema. Assim, ao se descrever um protocolo para assistência ao pacientes em UTI, devem-se basear as proposições nas publicações relevantes ao tema, justificando o uso de determinadas escalas de avaliação ou de outros instrumentos indicados, por exemplo, o uso da Escala Molters para avaliação dos estressores em UTI.

Um aspecto a ser salientado é a utilização dos resultados assistenciais advindos do uso de protocolos como método para reorganização de rotinas de uma unidade ou promoção de melhoria. Assim, ao se aplicar aos familiares de pacientes internados em UTI uma escala de estressores, como a elaborada por Molters (vide item 2.2.1.), é possível correlacionar até que ponto as rotinas de comunicação da equipe quanto à transmissão de notícias médicas, por exemplo, atende às necessidades da família.

Para finalizar, os outros registros pertinentes à base documental, dizem respeito aos formulários utilizados para registros de atividades específicas, tais como as atas de reunião, os relatórios de atividades assistenciais, as atas de atividades com a equipe multidisciplinar com foco em humanização. Há, ainda, a possibilidade de se considerar como registro as imagens, como as fotográficas, que podem evidenciar a realização de um evento com foco na comunidade (ex.: participação em evento de orientação sobre UTI, prevenção de hipertensão etc.)

Ressaltamos que, geralmente, a instituição adota uma padronização para esses registros e observamos, ainda, notáveis diferenças quanto à denominação de

certos documentos. As instituições elegem certos instrumentos e podem adotar terminologias distintas. Assim, podemos encontrar serviços que mantêm um rol de rotinas assistenciais, um procedimento gerencial e operacional, ou o POP – procedimento operacional padrão.

3.3 Resultados: indicadores, metas e melhoria contínua

Há uma incisiva ênfase das práticas gestionárias em utilizar recursos quantitativos, como instrumentos de avaliação de resultados. Estes recursos são denominados indicadores e apontam que os resultados de um determinado processo correspondem ao que se espera, ou melhor, de seu desempenho, qualidade ou produção. De acordo com essa lógica, o monitoramento dos processos permite a identificação de oportunidades de melhoria, ou correções, no caso da ocorrência de desvios. A forma de verificação dos resultados se dá, principalmente, pela definição de indicadores de desempenho do processo.

A razão para a definição de qual processo assistencial interessa medir foi apontada no item anterior, ao se estabelecer a coerência entre protocolos estabelecidos e a natureza da atividade prestada. Reforçamos aqui, entretanto, que se trata de medir o resultado de um processo crítico para a atividade-fim.

Nesta lógica das práticas de gestão, não se objetiva medir uma opinião quanto à qualidade do atendimento, pois, como apontado Donabedian (2005), os aspectos subjetivos envolvidos na análise da qualidade podem distorcer os resultados, pois se encontram relacionados no nível de exigência do cliente. Além de estarem sujeitos ao momento da avaliação e à condição de livre expressão. Entretanto, as instituições hospitalares utilizam pesquisas de satisfação de pacientes ou de avaliação de serviço, como instrumento para avaliar a satisfação, atrelando seus resultados como indicador de qualidade.

O foco em questão não é desconsiderar os aspectos da subjetividade ou da esfera relacional, mas não lhes imputar uma condição de único marcador de qualidade assistencial. Sob o risco de se realizar uma subavaliação, ou, ainda, de superestimar os resultados. Aliás, o desafio inerente parece ser proporcionar a devida atenção ao paciente/familiar.

Neste contexto, a lógica dos sistemas de gestão da qualidade exige dos profissionais a evidência de seus resultados a partir da definição e monitoramento de indicadores de qualidade. De acordo com Marshall Junior (2008), os indicadores “devem refletir características diretamente vinculadas ao gerenciamento do processo, de modo prático e dentro de um conjunto que diga respeito aos diversos aspectos do processo e seu ambiente”. (MARSHALL JUNIOR, 2008, p. 174). Este conceito se aplica ao indicador de desempenho do processo que, em termos das práticas de gestão, é considerado o mais importante, por permitir monitorar a qualidade, a produtividade e a capacidade de realização de um dado processo.

O exemplo apresentado no item 3.2, que se refere às rotinas de visita na UTI, apresenta implícitos vários indicadores de desempenho que podem impactar o processo assistencial, relativos a diversos setores do hospital, tais como: percentual de disponibilidade do sistema informatizado (ou seja, quantas horas/mês o sistema sai do ar); percentual de entrega de aventais (ou seja, em quantos períodos de visita/mês ocorrem atrasos devido à falta do produto disponível ou percentual de devolução de aventais que não apresentam lavagem adequada – manchas, rasgos etc.); percentual da assistência psicológica aos pacientes internados em UTI (ou seja, dos pacientes/familiares admitidos na UTI, quantos recebem assistência psicológica / mês). O conjunto desses resultados pode indicar aspectos da qualidade oferecida, tanto no nível do cliente interno, quanto nos reflexos para o cliente externo, segundo conceituação já apresentada.

Ao considerar a relação entre ao menos duas medidas definidas de desempenho, os indicadores possibilitam a comparação a uma meta predeterminada. Um indicador tomado isoladamente não tem valor algum, a não ser que, atrelado a ele, haja uma meta de desempenho estabelecida. Marshall Junior (2008) define as metas como os

[...] valores pretendidos para o indicador de um produto ou processo a serem atendidas nas condições definidas no planejamento, enquanto padrões devem refletir ou exprimir de modo ponderado os limites do processo, do mercado e dos recursos disponíveis, dentro de um período determinado. (MARSHALL JUNIOR, 2008, p. 175).

Temos, assim, a importância dessa determinação da meta, ou seja, do que se espera alcançar de acordo com o planejado. Para ilustrar, voltamos ao universo da Terapia Intensiva. A UTI é uma área identificada como crítica quanto ao seu

desempenho, sendo que as ações realizadas neste setor devem estar alinhadas às estratégias de desenvolvimento de uma instituição hospitalar. Assim, observamos a pertinência em se definir um indicador da psicologia dentro deste processo Terapia Intensiva. Além do mais, os estudos da psicologia voltados para a Terapia Intensiva indicam a incidência de alterações psíquicas em pacientes e o impacto emocional para os familiares.

Dessa forma, um indicador que poderia espelhar essa necessidade seria: o percentual de paciente-familiares atendidos pela psicologia na UTI. Ou numa derivação deste indicador, considerando-se o dimensionamento da equipe de psicólogos e a cobertura disponível na unidade: o percentual de paciente-familiares atendidos pela psicologia nas primeiras 24 horas desde a admissão na UTI.

Um ponto crítico para o monitoramento de um indicador diz respeito à coleta de dados, que deve seguir um método que garanta confiabilidade. Geralmente, nos hospitais que contam com um setor de TI, Tecnologia da Informação, esses dados são gerados e disponibilizados de forma controlada. Mas se a realidade do hospital não é esta, podemos realizar este mesmo acompanhamento dos resultados por um método manual, embora este esteja mais sujeito a falhas.

Outro fator relevante é a definição da meta que representa o parâmetro estabelecido como adequado para o indicador em questão. Assim, voltando ao exemplo acima proposto, qual seria a meta indicada? 50%, 80% ou 100%? Este valor não pode ser concebido pela via do “achismo”. Não podemos determinar a meta segundo o que se considera ideal, ainda que respaldados teoricamente. Nem segundo o que imaginamos ser viável.

Em nosso meio, a forma possível de se estabelecer a meta é a partir do estudo da série histórica, que corresponde ao monitoramento do indicador, por, no mínimo, três meses, para conhecer a realidade deste processo, e então, usando-se a média, definir a meta pretendida para os períodos subsequentes. Marshall Junior (2008) aponta que a utilização exclusiva dos índices históricos pode se refletir como limitador das metas, subdimensionando-as, por exemplo, em virtude de embutirem eficiências e ineficiências do processo. (MARSHALL JUNIOR, 2008, p.175). Contudo, alertamos que a meta deve ser coerente com os recursos de que se dispõe e conhecer a própria realidade do serviço é fundamental.

No campo da psicologia hospitalar, não possuímos parâmetros para a construção de indicadores, muito menos para a definição de metas correlatas, tal

qual solicitado pelas práticas gestonárias. Pois trata-se de algo novo e sem referências, em relação ao que consideramos constituir um instigante campo de pesquisa para psicólogos hospitalares.

Para ilustrar, elencamos abaixo alguns exemplos de indicadores relacionados ao processo assistencial da psicologia, focando diferentes prioridades, isto é, pacientes cirúrgicos, terapia intensiva, pediatria etc. Ilustramos ainda indicadores relacionados à participação em atividades de Educação Continuada, com foco no relacionamento com a Sociedade (por serem foco em avaliações/auditorias).

- a) % de pacientes internados atendidos pela psicologia.
- b) % de pacientes admitidos na UTI atendidos pela psicologia.
- c) % de pacientes internados na UTI atendidos pela psicologia até 24 horas da admissão.
- d) % de pacientes oncológicos atendidos após 48 horas de internação.
- e) % de pacientes cirúrgicos orientados na pré-alta.
- f) % de pacientes pós IAM atendidos pela psicologia.
- g) % de pacientes atendidos pela psicologia admitidos via Pronto-Atendimento por tentativa de autoextermínio.
- h) % de pacientes atendidos no pré-operatório de cirurgia bariátrica.
- i) % de pacientes cirúrgicos atendidos pela psicologia.
- j) % de pacientes/familiares orientados na pré-internação de cirurgia cardíaca pediátrica.
- k) % de participação em reuniões clínicas-administrativas da UTI.
- l) Participação da equipe de psicologia em atividades de cunho científico, como congressos, simpósios, aulas e afins. (Geralmente há um escore de avaliação definido pela instituição, e este indicador também evidencia a relação da instituição com a sociedade - comunidade acadêmica.)
- m) Participação da equipe de psicologia em atividades com foco na comunidade/sociedade. (participação em campanhas educativas, eventos promovidos por sociedades médicas etc. Também evidencia a relação com a sociedade).

Neste contexto dos indicadores, inclui-se um outro aspecto que também é foco de questionamento em avaliações e auditorias, que se refere à realização de

benchmarking, isto é a adoção de parâmetros externos de comparação considerados referência de excelência ou “padrão ouro” de determinada atividade. A prática do *benchmarking* é um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos de trabalho de organizações reconhecidas como representantes das melhores práticas, com finalidade de melhoria organizacional. (SPENDOLINI apud MARSHALL JUNIOR, 2008, p. 148).

Entretanto, cabe questionar a quem ou ao que nos comparamos? E ainda, com qual objetivo? Pois esses mecanismos se embasam na lógica do desempenho, que introduz no universo do trabalho uma permanente concorrência e instala um senso de urgência. Essa busca por superação pode se cronificar e é identificada no discurso institucional por expressões como “é preciso ser mais rápido, mais preciso, mais ativo, mais concreto” (GAULEJAC, 2007, p.87).

É certo que as alterações realizadas na sistematização da assistência, como as mudanças de rotinas ou a introdução de novos protocolos, ou seja, no modo como operamos, podem e devem impactar favoravelmente aos indicadores, sugerindo que as metas possam ser alteradas, ou ainda que novos indicadores sejam constituídos. O risco para o qual alertamos é o de adotar metas atreladas aos referenciais externos que em nada se apliquem à realidade de uma dada instituição, apenas em função de um parâmetro – nada objetivo ou realista – de comparação.

Outro elemento inerente às práticas gestonárias refere-se ao universo das melhorias contínuas. Todas as melhorias realizadas devem ser registradas, pois constituem evidência da história de um serviço e demonstram claramente o que é preconizado pelos sistemas de gestão da qualidade em saúde. Assim, devemos ter o cuidado de registrar e arquivar o que identificamos como melhoria em todas as dimensões de nossa atividade. Consideramos que essa prática é importante para que possamos manter o registro do que efetivamente promovemos como mudanças em nossas atividades, em nosso meio. Enfim, esta visibilidade é salutar para a equipe e muito mais significativa do que se constituir meramente como evidência em auditorias/avaliações. Assim, para ilustrar o que pode ser considerado melhoria contínua, listamos alguns exemplos enfatizando cada nível de avaliação:

Quanto à estrutura:

- Alteração da qualificação de um dos membros da equipe de psicologia (conclusão de especialização, mestrado, doutorado etc.).
- Alteração no quadro da equipe de psicologia (contratação de mais um psicólogo).
- Implantação de programa de estágio acadêmico supervisionado, programa de residência, ou atividade afim.
- Implantação ou Revitalização de brinquedoteca na Pediatria.
- Revitalização de sala de espera de notícias do centro cirúrgico.

Quanto ao processo:

- Implantação de rotina de orientação pré-internação a pacientes cirúrgicos da Pediatria (mudança na rotina de assistência da Pediatria).
- Alteração da rotina de admissão dos pacientes da hemodiálise pela psicologia (mudança de rotina).
- Implantação de reuniões multiprofissionais de orientação e suporte aos familiares de pacientes da UTI (devido à participação do médico e psicólogo, evidencia ainda a assistência multidisciplinar).
- Alteração do fôlder de orientação aos familiares da UTI (com a participação da equipe da unidade também evidencia a multidisciplinaridade).
- Alteração de horário de visitas na UTI (evidencia a atenção à solicitação dos clientes).
- Elaboração de Protocolo para Inclusão de Familiares Acompanhantes de pacientes na UTI. (evidencia a identificação de necessidade, o planejamento e a integração da equipe).

Quanto ao resultado:

- Implantação de indicadores e metas para determinados processos assistenciais (UTI, Pediatria, Informação em sala de espera).
- Alteração de metas associadas a melhorias do processo assistencial (podem estar relacionadas a mudanças no processo em si, como pela alteração em dada rotina que amplia a possibilidade de atendimento;

ou pode estar relacionada à estrutura, como a sistematização de assistência em um setor que não contava com a psicologia, em virtude de contratação de novo profissional).

- % de inclusão (ou de aproveitamento) de ex-acadêmicos, ex-residentes ou ex-especializando nos quadros da instituição.

Neste contexto, ressaltamos que há um método gerencial baseado na filosofia da melhoria contínua, denominado Ciclo do PDCA. Esse ícone das práticas de gestão da qualidade diz respeito ao controle dos processos e a uma cultura focada no aprimoramento dos processos. Utiliza-se o PDCA a partir da atenção às quatro fases que o constituem: P – *plan* (planejamento); D – *do* (realizar); C – *check* (verificar) e A – *act* (agir). Segundo a concepção gestonária, a prática cíclica e ininterrupta dessas quatro fases propiciaria a melhoria contínua e sistemática de uma organização, consolidando a padronização (MARSHALL JUNIOR, 2008, p. 92).

Em linhas gerais, “rodar o PDCA” nada mais é do que evidenciar cada elemento dessas quatro fases, que, na prática, costumam ser inerentes ao trabalho, apesar de não nomeadas, ou reconhecidas, tal qual este modelo. Ou seja, apresentar documentos que confirmem o planejamento de atividades (ex: relatórios, atas de reunião contendo planejamento etc.); a realização das atividades, conforme definido (registros em prontuário, atas de reunião com equipe, relatórios de pesquisa etc.); a verificação dos resultados e seu acompanhamento (relatórios, análise crítica de indicadores etc.) e a tomada de ações pertinentes (revisão de meta, mudança de rotinas, implantação de rotinas). A apresentação do ciclo PDCA, em sua representação gráfica, bem como o exemplo de aplicabilidade para o campo da psicologia hospitalar se encontra no Anexo B.

Na prática da psicologia hospitalar, começam a surgir questionamentos de como “se roda o PDCA”, como apontado anteriormente. Particularmente, jamais esqueceremos a primeira vez em que nos foi dirigida uma pergunta como esta. Talvez a busca pela resposta tenha nos conduzido até aqui, ao estudo da aplicação dos fundamentos da gestão de qualidade em saúde no campo da psicologia hospitalar. E por acreditar que se trata de uma oportunidade de aprimoramento de nossas práticas assistenciais, de desenvolvimento e consolidação de nossa especialidade. Contudo, não se pode tomá-las sem uma postura crítica e reflexiva, que considere seus alcances e limites.

3.3.1 Indicadores de qualidade como reflexo da humanização: da avaliação de satisfação à responsividade

No cenário das avaliações e auditorias de sistemas de gestão da qualidade, a questão da humanização parece se entrelaçar com outros aspectos inerentes à assistência. Benevides e Passos (2005) observam a “tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização – qualidade na atenção – satisfação do usuário”. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 2).

Mas a amplitude com que este conceito se inscreve numa instituição está relacionada ao lugar que ocupa e com a posição que lhe é conferida. Pois há profunda diferença entre estar na posição de um Programa a ser implantado, ou de um princípio norteador que incide nos espaços relacionais. Vaitsman e Andrade (2005) pontuam que a humanização deve ser tomada como princípio vinculado ao paradigma dos direitos humanos, cujo eixo central se estabelece no respeito à dignidade e à vida humana. Isso inclui o universo dos sujeitos envolvidos na dimensão da saúde, isto é, pacientes, trabalhadores, sociedade e Estado. A humanização se expressa pelo estabelecimento de outra ordem relacional que favoreça o reconhecimento da alteridade, do diálogo e da coparticipação, como elementos-chave de seu processo.

Diversas publicações tratam do tema e apontam para o estabelecimento das dimensões ou dos princípios essenciais relacionados à humanização, instituindo indicadores relacionados à segurança do paciente. Nesta direção, encontram-se os Princípios do Instituto de Medicina, da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos (apud BARROS; CYPRIANO, 2008, p.202) que abordam seis dimensões relevantes: segurança do paciente (gestão do risco, minimização de danos); efetividade (capacidade de produzir efeito); assistência centrada no paciente (respeito aos valores e referências pessoais); assistência no tempo adequado; eficiência (boa utilização dos recursos) e equidade (igualdade de direitos). (BARROS; CYPRIANO, 2008, p.202).

Em nosso meio, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001) e a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) fomentam a instituição de ações focadas em: participação dos profissionais na gestão hospitalar; comunicação na instituição hospitalar; trabalho em equipe;

condições do trabalho; clima e motivação profissional; qualidade das instalações; acesso e presteza do atendimento; qualidade da informação fornecida ao usuário, relacionamento entre profissionais e usuários, comunicação de queixas e sugestões dos usuários. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005; BENEVIDES; PASSOS, 2005; BARROS; CYPRIANO, 2008.)

Neste contexto, questiona-se a importância dos processos de avaliação da qualidade da assistência à saúde. Quando introduzimos a questão da definição de indicadores, apontamos a pertinência de se considerar os aspectos do processo em si, e apresentamos como razões o alerta feito por Donabedian (2005), ao discriminar o nível de exigência dos clientes como fonte de distorção de avaliação. Para exemplificar sua proposição, Donabedian apontava que os pressupostos do bom atendimento de um posto de saúde na periferia diferem consideravelmente daqueles observados em um hospital privado. Assim, o que pode ser avaliado pela população de usuários de uma unidade de saúde da periferia, como um bom atendimento, em virtude da atenção e gentileza dos profissionais, pode representar um atendimento insuficiente e ineficaz. Não se deve confundir o bom acolhimento com a efetiva qualidade assistencial.

Por outro lado, clientes de um hospital privado podem apresentar itens de exigência que suplantam o objetivo assistencial, ao expressar queixas e insatisfações. A título de exemplo, recordamos de uma paciente que considerava inaceitável a inexistência de um serviço de cabeleireiro e manicure num hospital geral! Sem desconsiderar os aspectos subjetivos e relacionais implicados, ou interpretações do que podem indicar, do ponto de vista psíquico, solicitações extravagantes, como essa. Não se podem restringir os processos avaliativos a essa única esfera.

O cuidado para se evitar esse tipo de interferência baseia-se no uso de um método que possa identificar um requisito do processo indicativo de qualidade. E, de forma complementar, incluir os elementos pertinentes à esfera subjetiva e relacional. Dessa forma, as pesquisas de satisfação ou avaliação de serviço, que medem a satisfação num modelo caracterizado por – bom, muito bom e ruim – como são hoje amplamente utilizadas, não demonstram abarcar a complexidade e os atributos dessa esfera avaliativa.

Destarte, os diversos modelos existentes para avaliar a satisfação do paciente têm como pressupostos as percepções e expectativas dos pacientes, seus valores e

desejos relacionadas à dimensão do cuidado à saúde. Nesta linha, o estudo apresentado por Vaitsman e Andrade apontam que,

Com Donabedian (1984), a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade. A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não-especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. [...] a idéia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si. (VAITSMAN; ANDRADE, 2005 p.600).

Neste contexto, incide uma importante evolução nos processos avaliativos que advêm da transposição de uma lógica pautada na “satisfação” para a adoção do conceito de responsividade. Vaitsman e Andrade (2005) apontam que o conceito de responsividade introduzido pela Organização Mundial de Saúde (2001) no campo de avaliação em saúde é alternativa e contraponto ao conceito de satisfação, abordando os elementos não relacionados ao estado de saúde.

A responsividade se fundamenta na avaliação de como os sistemas de saúde promovem, mantêm e tratam a dimensão de saúde dos indivíduos. Para tal, pauta-se nos seguintes pressupostos: dignidade, facilidade na participação em decisões sobre procedimentos de saúde, incentivo à comunicação clara entre profissionais de saúde e usuários e a garantia da confidencialidade do histórico médico.

Assim, os aspectos não médicos do cuidado são evidenciados como relevantes. Vaitsman e Andrade (2005) apresentaram um estudo no qual relacionaram os conceitos de responsividade, satisfação, humanização e direitos do paciente, a partir da análise de 20 categorias de análise, representadas pelos elementos que integram as duas dimensões da responsividade: o respeito pelas pessoas e a orientação para o cliente.

De acordo com esses autores, outros aspectos passariam a integrar os eixos de avaliação da qualidade assistencial, relativos a: dignidade, confidencialidade, autonomia, apoio social, comunicação/informação, agilidade, instalações/ambiente físico, escolha, aspectos interpessoais, competência/qualidade técnica, conveniência, finanças, eficácia/resolução, continuidade, viabilidade, confiabilidade, empatia, garantia, receptividade e gestão participativa. Por não se tratar do foco de nosso estudo, não iremos aprofundar discussões quanto às correlações

apresentadas.

Salientamos que diversos dos aspectos abordados pela dimensão da responsividade constituem elementos de atenção do psicólogo hospitalar. Reforçamos a importância de alguns destes aspectos, tais como, a preservação da dignidade, o favorecimento à acessibilidade, o fomento à comunicação como mecanismo de integração e, ainda, a autonomia do sujeito.

No início deste capítulo, afirmamos a possibilidade de dialogar utilizando o “idioma da gestão”, para nos aproximarmos de aspectos da realidade que são irrefutáveis, embora possam causar estranhamento. Reforçamos a importância de nos apropriarmos de certas ferramentas, ainda que com reserva e crítica. Deparamo-nos, ao longo deste estudo, com novas concepções sobre este universo da qualidade da assistência em saúde e o quanto é desafiador questionar o caminho que seguimos.

4 A GESTÃO PELO VÉRTICE DA CRÍTICA

O conteúdo versado até o presente realizou uma reflexão sobre o impacto no campo da Psicologia Hospitalar das práticas embasadas nos modelos gerencialistas, inerentes ao cenário da saúde na sociedade contemporânea. Ao introduzir os fundamentos de gestão, intrínsecos à prática atual do psicólogo, bem como de qualquer outro profissional neste âmbito, objetivou-se esclarecer as dúvidas mais frequentes – e perturbadoras – na apropriação de um conhecimento marcado por uma linguagem peculiar: o idioma da gestão da qualidade.

Para dialogar com essa realidade, faz-se necessário compreendê-la sem, com isso, se perder a postura de reflexão crítica. O conhecimento nos possibilita ações embasadas em questionamento da realidade. Este foi nosso objetivo até este ponto. A contrapartida seria a submissão absoluta a uma terminologia – e ação – que pode não fazer sentido, ou ainda se caracterizar como desconectada da prática assistencial, no caso em questão, a do psicólogo hospitalar e, portanto, desprezível, dissociada ou negada.

O que se pretende é tomar a gestão pelo vértice da crítica. Para tal, ponderamos a necessária condição de que os sujeitos envolvidos na produção de saúde possam manter uma ação subversiva diante desta realidade instituída. Não no senso destrutivo do termo, mas na direção de resistências transformadoras que, a partir deste diálogo com as práticas gestionárias, possam, em alguma medida, promover ações de desconstrução e reconstrução. Subversão no sentido de transformação, de expressão de ideias, pensamentos e opiniões, ainda que diversas da maioria (HOUAISS, 2009, p.1784)

Na era da gestão da qualidade, os termos amplamente utilizados – qualidade total, gerenciamento de riscos, processos, protocolos, indicadores, metas, relação cliente-fornecedor, desempenho, PDCA – indicam uma atmosfera de controle e de monitoramento, em prol de resultados mais eficientes e seguros. Entretanto, esta atmosfera anuncia, em suas entrelinhas, bem mais do que parece dizer.

Se a tônica em saúde é o gerenciamento dos riscos, propõe-se refletir sobre os riscos do gerenciamento. Para tal, faz-se necessário um exame do poder gerencialista e suas implicações, a partir das críticas enunciadas pelo sociólogo Vincent de Gaulejac em sua obra *Gestão como doença social* (2007).

O primeiro aspecto a ser ressaltado diz respeito a questões ideológicas implicadas na organização do trabalho. Enquanto o modelo hierárquico e disciplinar, marcado pela repressão, exerce o poder de forma direta sobre a produção, incidindo sobre “corpos úteis, dóceis e produtivos” – numa visão foucaultiana – o poder gerencialista se exprime por uma mobilização psíquica dos trabalhadores em direção aos objetivos de produção (GAULEJAC, 2007, p. 37). Procura transformar a energia libidinal em força de trabalho, canalizando o desejo, que passa a ser exaltado por um Ideal do Ego. Assim, o trabalho apresenta-se como experiência enriquecedora e estimulante, e a empresa como lugar da realização de si mesmo (GAULEJAC, 2007, p.109).

O poder gerencialista almeja fomentar uma disponibilidade permanente, um engajamento do sujeito nos objetivos de sucesso da empresa, pois estes se tornam os projetos que canalizam suas potencialidades (GAULEJAC, 2007, p.111). Isso indica o mecanismo de identificação do sujeito com a empresa e a idealização desta, num movimento que o direciona a uma significativa dependência psíquica (GAULEJAC, 2007, p.117).

Dessa forma, colaboradores são convocados a aderir aos ideais da empresa, num mecanismo que pode favorecer uma identificação com os valores de desenvolvimento e progresso da instituição, que pode conduzir à adesão voluntária,

A empresa espera de seus empregados que se devotem “de corpo e alma”. Sobre o plano psicológico, passamos de um sistema fundado sobre a solicitação do Superego – o respeito pela autoridade, a exigência de obediência, a culpabilidade –, para um sistema fundado sobre a solicitação do Ideal do Ego – a exigência de excelência, o ideal de onipotência, o medo de fracassar, a busca pela satisfação narcísica. (GAULEJAC, 2007, p. 120).

O cerne da gestão da qualidade evoca um ideal sem limites, que passa da posição de um objetivo a ser alcançado para se constituir como uma norma a ser aplicada. A norma é o ideal, a excelência, a expansão ilimitada, a melhoria contínua; por outro lado, representa o controle dos riscos, a supressão das falhas, dos desvios, da imperfeição. Apesar dos aspectos contraditórios e ambivalentes coexistirem, há, na instituição, a construção de um imaginário calcado nesse ideal de perfeição. Neste contexto, o que se distancia da excelência é vivenciado como fracasso.

Apesar de caracterizar-se como um progresso nas relações de trabalho, por favorecer a autonomia, a iniciativa, a eficiência, a responsabilidade, a comunicação e a mobilidade (GAULEJAC, 2007, p. 191), as práticas de gestão se fundam em uma lógica do desempenho, da melhoria contínua e acelerada de produtividade. Enfim, do lucro expresso na busca por rentabilidade, sendo esta atrelada à lógica dos resultados, isto é, à quantificação como parâmetro supremo.

Estes são aspectos importantes, pois as metodologias de certificação, avaliação e/ou premiações de gestão em saúde preconizam o comprometimento dos colaboradores e apresentam o sucesso do sistema como resultante de um processo coletivo plenamente disseminado, que deve ser abraçado por todos os envolvidos, em todos os níveis da instituição.

Na teoria, há um fomento à disseminação de um ideal com o qual todos devem identificar-se. Contudo, na prática, observa-se que nem sempre este ideal é comungado por todos, e isso advém da imposição da adesão dos colaboradores, por vezes arbitrária, exercida pela instituição. Este é um risco inerente às práticas gestionárias quando se distanciam da condição de meio para se atingir o desenvolvimento, sendo alçadas à posição de “fim-em-si-mesmo”.

Ao abordamos o “idioma da qualidade”, cabe ressaltar que boa parte dos manuais que servem de base para a implantação de um programa de qualidade apresentam uma linguagem pouco acessível e, por vezes, destituída de sentido claro. Isso reforça a possibilidade de se favorecer a repetição vazia de termos aprendidos – não necessariamente apreendidos – o que distancia os sujeitos da apropriação de conhecimento específico. Recordamos as primeiras vezes que ouvimos termos como: “rodar o PDCA”, mapear as relações cliente-fornecedor, satisfação do cliente, impacto sistêmico etc., alguns absolutamente desconhecidos, e diante dos quais nos foi exigida atuação.

Essa ausência, indefinição ou distorção dos sentidos mobiliza angústia nos sujeitos da instituição, pois “um discurso insignificante é um discurso que se fecha continuamente sobre si mesmo, cada termo podendo ser substituído por um outro em um permanente sistema circular” (GAULEJAC, 2007, p.89). Circularidade que pode causar vertigem diante do desconhecimento e, portanto, afastamento.

Se o discurso que impera parte da busca pelo desenvolvimento e perenidade institucional, ele indica uma clara direção: a posição no mercado e a excelência como diferencial competitivo. Num movimento paradoxal, impõe uma lógica marcada

por atributos essencialmente mercadológicos. Isto é, a busca pela implantação – e reconhecimento – do sistema de gestão pode se fundar numa necessidade de atender à demanda do mercado de saúde, às exigências impostas por convênios e seguros de saúde, que começam a atrelar a remuneração dos procedimentos à certificação dos hospitais.

Esse mercado constitui um poder supremo, que atravessa as relações presentes no contexto da saúde. Assim, as relações médico-paciente, hospital-médico e paciente-hospital são regidas por códigos que estão muito além ou aquém das pautadas pelos códigos de bioética. No cenário da saúde atual, identificamos mediadores destas relações, representados por grandes conglomerados, convênios, seguradoras, cooperativas, fundos de pensão etc. Outros instrumentos balizam as decisões, tais como o código de defesa do consumidor ou as determinações da ANS – Agência Nacional da Saúde Suplementar.

A saúde se converte em bem de consumo, o que tem implicações muito sérias para o enfrentamento do processo de adoecimento e, principalmente, da morte. Embora este não seja o foco deste trabalho, não podemos deixar de apontar tal realidade, pois o próprio fato de um de hospital ter seu sistema de qualidade certificado pode, para o “consumidor da saúde”, representar garantia de resultado.

A Medicina, como foi ressaltado pela edição Revisada do Código de Ética Médica, em 2010, estabelece uma relação de meio, de recursos para se tratar a saúde, e jamais de fim. Não há, neste âmbito, a possibilidade de oferta de garantias e plena satisfação. Entretanto, as agências de saúde suplementar passam a cobrar por resultados, e a atrelar a remuneração de procedimentos pela adesão a protocolos e índices que exprimem, de forma sintetizada, a rentabilidade advinda da prática médica.

As exigências por rentabilidade e desempenho afastam, por vezes, as instituições de suas funções originais, dos objetivos que as fundaram, seus princípios, sua natureza e perspectivas. Embora permaneçam impressos na Política da Qualidade, na Missão e na Visão das instituições hospitalares, estes termos da gestão de qualidade que indicam os fatores que devem reger os caminhos da instituição, podem se dissolver diante da lógica mercadológica.

É certo que a saúde financeira de um hospital é que lhe permite manter-se como tal. Porém a saúde das relações humanas ali estabelecidas é que determinará seu efetivo desenvolvimento. Os princípios da assistência se baseiam em uma lógica

de cuidado, de particularidade, não cabendo, neste contexto, a figura da “linha de montagem”.

Para Gaulejac (2007, p.42), “A impregnação do conjunto da empresa pela lógica financeira abala os modos de organização e de gerenciamento construídos sobre lógicas de produção.” E nesta ótica, produzir é quantificar. Assim há uma “pressão do número e dos instrumentos de medida, em detrimento de uma reflexão sobre os processos, os modos de organização e os problemas humanos” (GAULEJAC, 2007, p.42) envolvidos no fazer.

No universo da saúde, manter uma posição reflexiva é essencial. Os números devem nos indicar e não determinar secamente as direções a serem seguidas. A busca por alcançar metas não pode suplantar a qualidade assistencial.

Neste contexto, a função de um indicador é apenas indicar. Sua análise não pode, nem deve ser realizada sem interpretação, sem levar em conta os aspectos subjetivos acerca de suas indicações. Temos aqui um embate entre a objetividade da matemática e subjetividade das ciências humanas.

Um número ou índice só pode ser indicativo de qualidade de vida e bem-estar, ou de um sintoma enunciado, se atrelado à análise. Não uma análise baseada em parâmetros prefixados, como o estabelecido pelas metas, com seus limites inferiores e superiores. Mas parâmetros que permitam reflexão e interpretação crítica dos dados da realidade.

A qualidade do trabalho passa a ser considerada a partir da rentabilidade que ele oferece, que se encontra atrelada à condição de evidência objetiva. Isto é, de determinação de medidas que indiquem a qualidade e desempenho do trabalho. A quantificação passa a se confundir com a qualificação da atividade.

Como enunciado por Gaulejac, os registros pertinentes ao campo da subjetividade em seus aspetos relacionais, inconscientes e imaginários, são dissociados da análise, por sua natureza não palpável. Residem aqui os mecanismos de defesa mobilizados nos sujeitos da instituição. Ainda, “nessa lógica de pensamento, excluímos da análise tudo aquilo que é considerado como irracional, porque não objetivável, não mensurável, não calculável.” (GAULEJAC, 2007, p.67)

Há o risco de se tomar os “desvios” como estritas falhas no processo, na realização de procedimentos prescritos. Em vez de se identificar os aspectos relacionais e conflitivos inerentes a esses procedimentos.

Para citar um exemplo, em hospital existem alguns indicadores responsáveis

por apontar a saúde e segurança ocupacional, que os gestores e avaliadores também designam como indicadores da “moral da equipe”. Indicadores de absenteísmo, *turn over* e o índice de acidentes de trabalho representam marcadores da saúde dos colaboradores, da valorização em pertencer à instituição, da adesão às técnicas de trabalho mais seguras. Contudo, apontam também a saúde mental dos trabalhadores e o clima organizacional, se examinados por outro vértice. Principalmente quando tomados como expressão de denúncia do que é reprimido e negado.

Alguns são reveladores: os lugares de arrumação, de refeição, os lugares privados, banheiros são um verdadeiro avesso da instituição. Sua utilização e seu estado dizem algo de uma contra-instituição, daquilo que os agentes recusam e dissimulam do funcionamento institucional ou, ao contrário, do prestígio da instituição. (BARUS-MICHEL, 2004, p.141).

Nesta linha de raciocínio, índices que parecem exclusivos da esfera da manutenção predial dão indícios da mobilização e atuação de mecanismos defensivos importantes, que sugerem um adoecimento mais acentuado, na esfera institucional. Os dados relativos à manutenção de banheiros, mais especificamente de entupimento em vasos sanitários, por exemplo, por descarte inadequado de objetos como os perfurocortantes, rolos de papel, podem ser alarmantes em certas instituições.

Não por acaso, observamos que, em períodos de auditoria/vistoria/avaliação/visita, há uma preocupação acentuada para que a instituição esteja impecável. Aliás, esse excesso de organização ressalta aos olhos dos auditores e pode despertar a percepção a fim de se identificar se estamos diante de uma instituição efetivamente organizada, ou que passou por uma maquiagem para receber a equipe.

Infelizmente, essa segunda situação ocorre em diversos casos e, frequentemente, pode ser revelada com a simples abertura de algumas portas dos lugares “privados”.

Quando se associam esses aspectos às quebras de equipamentos de uso coletivo ou ainda à subtração de itens de consumo, estes incidentes devem ser tomados como sintoma da negatividade institucional, como conceito de desconhecimento (BARUS-MICHEL, 2004, p. 115; ENRIQUEZ, 2001, p.49-74) e não de mero comportamento inadequado.

O desconhecimento é aqui o que se poderia chamar de a negatividade institucional, as energias divergentes, as diferenças niveladas, as realidades silenciadas, as contradições negadas que fervilham incessantemente até fomentar crises ou provocar fenômenos, sintomas, como absenteísmo, delinqüências, boatos. (BARUS-MICHEL, 2004, p.115).

O termo “desconhecimento” é particularmente relevante, quando identificamos, junto às práticas gerencialistas, a prevalência de ideologias que sustentam o “conhecimento” como ponto de partida; o papel dos indicadores como representantes da realidade, que – literalmente – acreditam ser possível conhecer plenamente, para melhor controlá-la. Isso nos indica o risco do desenvolvimento da doença da medida: a quantofrenia.

A doença da medida não é nova. [...] Ela repousa sobre a crença de que a objetividade consiste em traduzir a realidade em termos matemáticos. O cálculo dá a ilusão de domínio sobre o mundo. Os “calculocratas” preferem a ilusão de garantia, em vez de uma realidade cheia de incertezas, que dá medo. (GAULEJAC, 2007, p.97).

O principal risco inerente a essa postura é procurar compreender o que é mensurável, em vez de utilizar a medida como fonte de melhor compreensão da realidade. Isso indica uma negação de aspectos da realidade, reforçada pela resistência em interpretá-la. Subtrair uma leitura subjetivada dos números implica desconsiderar a importância de se “compreender significações, ajudar cada um a analisar o sentido de sua experiência, definir as finalidades de suas ações, permitir que ele {o *sujeito*} contribua na produção da sociedade em que ele vive.” (GAULEJAC, 2007, p.69).

Outro vértice significativo das práticas gestonárias trata da temporalidade. Nos hospitais, o tempo já é por si só um fator crítico. O hospital é o lugar da urgência e da emergência, do estreito limite entre vida e morte, da imperativa busca de cessação da dor por alívio, do cuidado que procura restabelecer a saúde ou dignificar a morte. Enfim, um espaço onde o tempo é tomado por seus vértices: a temporalidade do paciente, dos familiares, da equipe, dos gestores. Coexistem, assim, tempos diversos, que precisam ser articulados.

Neste contexto, a cultura da urgência é imperativa e a medida do tempo parece profundamente atravessada pela percepção, pelos aspectos subjetivos dos sujeitos implicados nas diversas situações. Se a pressão do tempo já é inerente ao trabalho em saúde, que proporção parece tomar esta dimensão do tempo quanto se

introduz a lógica do tempo real?

Tempo atrelado a processos padronizados, predeterminados e monitorados. Tempo estratificado em função de resultados e determinantes de rentabilidade. O tempo real não é o avesso do tempo imaginário. Ele é incluído neste segundo. O tempo real não deve atropelar o tempo vivencial.

Este aspecto é particularmente significativo nas instituições que trabalham com prontuário eletrônico integrado. Por um lado, representam benefício para o paciente, pois agilizam encaminhamentos em sua assistência, como é o caso das prescrições de medicação. Por outro, exigem dos profissionais um registro imediato das ações e desenvoltura no uso de equipamentos de informática.

Nem sempre isso é simples para os colaboradores com mais “tempo de casa”, ou para aqueles que sentem dificuldade em lidar com computadores e outros equipamentos representantes da tecnologia. São os sujeitos que se sentem gradualmente excluídos e obsoletos. Estes são entraves que podem levar a um distanciamento dos pacientes e mobilizar angústia. Pois a sensação é de estar em falta e ser insuficiente diante do que é introduzido como progresso.

Isso nos leva a outro pilar das práticas gestionárias, que se refere à lógica da melhoria contínua. Se, por um lado, é importante reconhecemos e registramos a história daquilo que aprimoramos, a fim de valorizar a construção de um trabalho, o mesmo não se pode dizer de uma lógica que pressupõe uma ilimitada melhoria, caracterizada por uma busca frenética, que impõe um ritmo tal que acaba por desvalorizar as próprias melhorias implantadas até então. Num ritmo de exigência que, em vez de fortalecer os mecanismos criativos verdadeiros, pode inibi-los. Neste contexto, ressaltamos que as práticas de gestão fomentam a criação de grupos de trabalho, equipes de melhoria ou times de trabalho, como fator de integração e melhoria contínua.

Há aqui, contudo, uma ambivalência. Gaulejac alerta que o poder gerencialista favorece a postura individualista, enfraquecendo a constituição de coletivos que possam se manter ao longo do tempo. “Celebra o trabalho em equipe com a condição de que seja totalmente consagrado a atingir objetivos fixados pela empresa.” (GAULEJAC, 2007, p.140). A melhoria é atrelada ao desempenho, ao incremento da produtividade. Se este é considerado em sua esfera estritamente financeira, lança à “sombra suas repercussões humanas e sociais” (GAULEJAC, 2007, p.192).

E os principais desafios dos denominados grupos de melhoria encontram-se nestas duas últimas esferas, uma vez que são os fatores que mais podem refletir na qualidade assistencial. Entretanto, “a melhoria contínua e acelerada da produtividade gera uma espiral que pode ter conseqüências destrutivas”. (GAULEJAC, 2007, p.192)

O que deve ser alertado é o fato de se tratar da institucionalização de espaços voltados para a discussão coletiva dos objetivos da empresa. Não de um espaço para reflexão coletiva dos impasses e problemas existentes. Sobretudo, da valorização do sentido da atividade produzida pelos sujeitos.

Ele {o coletivo} opera como uma instância de elaboração simbólica que permite a cada um situar-se em relação aos outros, de construir uma escala de valores sobre aquilo que se faz e não se faz e, portanto, sobre o conteúdo e as finalidades do trabalho. (GAULEJAC, 2007, p.152).

Os grupos de trabalho deveriam constituir-se como espaços para construção e consolidação de solidariedades, a partir da valorização do sentido do trabalho e do fortalecimento das relações, voltados para o compartilhamento de dúvidas, anseios, incertezas e questionamentos. Como um espaço destinado à “socialização da palavra”, como enunciado por Pagès, em seu estudo sobre o sistema sociomental hospitalar (PAGÈS, 2001, p.245-260). O maior equívoco que pode haver neste quesito é considerar a lógica que dita: “Aqui não há problemas; há apenas soluções!” Se não nos debruçarmos verdadeiramente sobre os problemas, as soluções serão sempre aleatórias, empiristas ou mesmo oportunistas.

Podemos exercer a liberdade de pensamento e de palavra, com a condição de que essa liberdade sirva para melhorar os desempenhos. Aquele que levanta um problema sem trazer sua solução é percebido como alguém que perturba, um ser negativo, ou até um contestador, que é melhor eliminar. (GAULEJAC, 2007, p.74).

Institui-se, assim, uma dissociação entre o discurso, aparentemente motivacional e de fomento às posições mais autônomas e ações inovadoras, e práticas discursivas paradoxais, prescritivas e marcadas por uma racionalidade instrumental. Esta coexistência pode levar o sujeito a sucumbir diante da cronicidade da “dupla-mensagem” e a adotar uma conduta de “adesão por fachada”.

Como consequência, podemos observar uma descrença acentuada no sistema gestor, bem como nos recursos propostos por ele, levando, por vezes,

à acentuação de dificuldades relacionais. Por um lado, temos o discurso da gestão, apontando para o fortalecimento de uma visão sistêmica da instituição e das relações estabelecidas. Por outro, temos uma prática que pode aceitar soluções meramente ilustrativas deste discurso, acentuando os conflitos existentes.

Sabemos que a prática da dupla linguagem pode produzir loucura. Quando o conjunto do sistema de organização se torna paradoxal, quando ele se apresenta como perfeitamente racional, os empregados “enlouquecem”. [...] O sofrimento psíquico e os problemas relacionais são efeitos dos modos de gerenciamento.” (GAULEJAC, 2007, p. 225)

Durante dez anos, ocupamos, numa instituição de saúde, a posição de avaliadora/auditora de sistemas de gestão, ao mesmo tempo em que éramos avaliadas/auditadas por empresas contratadas para esse fim. Simultaneamente, exercíamos a prática assistencial aos pacientes e familiares dentro de nossa especialidade. Também tivemos a oportunidade de auditar/avaliar instituições de saúde, como avaliadora externa.

A experiência de realizar essas funções em momentos distintos e alternados, em instituições diferentes, proporcionou-nos o contato com o impacto dessas práticas junto aos profissionais de saúde, de variadas formações, de diversos níveis hierárquicos e, sobretudo, integrantes de instituições marcadas por realidades muito diversas. Nesta trajetória, vivenciamos, observamos e colhemos relatos que expressam tanto os aspectos favoráveis das práticas gerencialistas, quanto seu extremo oposto.

O fator crucial diz respeito ao risco, como apontado anteriormente, de tomar a metodologia – e suas ferramentas – como objetivo final. Essa postura gera desqualificação das práticas de gestão como função de meio. Quanto maior a distância entre a realidade da aplicação das práticas e sua idealização, ou utilização “de fachada”, maior se torna esse risco e seus efeitos deletérios.

Exemplo disso pode ser observado, dentre outros fatores, na construção do que se denomina base documental. Este quesito inclui os procedimentos operacionais, protocolos, descrição de rotinas, manuais de boas práticas etc. Preconiza-se que os colaboradores envolvidos nas atividades a serem descritas participem ativamente do processo de formulação dos documentos, indicativo de reconhecimento e da valorização do saber atrelado à atividade.

Os documentos deveriam traduzir a prática, expressar as ações correntes, em

vez de indicar prescrições idealizadas ou copiadas de outras instituições, distante da realidade daquele serviço em questão. Em última análise, irrealizáveis.

Esse senso de “irrealidade” pode indicar o nível de dissociação entre práticas e discursos nas instituições. Pois, se há um fomento, ainda que não manifesto, mas subentendido, à adoção de uma postura que reforça a construção de “fachadas”, o que se pode esperar? Este é certamente um caminho direcionado à falência das relações pautadas em senso de justiça, solidariedade e respeito.

Talvez por essa razão, as auditorias despertem, em muitos colaboradores, tantas angústias, reações de ansiedade, comportamentos de fuga, dificuldades de articulação na resposta às questões inerentes ao cotidiano, que podem ser observadas durante auditorias ou avaliações. A despeito do fato de que as circunstâncias avaliativas são fatores estressores, o que parece haver é o receio de “ser pego no pulo!”, de não fazer jus à expectativa institucional e, em última instância, de punição.

Nesta linha, identificamos relatos que expressam o sentimento de ser “engessado” por protocolos e rotinas, instrumentos que deveriam ser balizadores das ações. Isso é particularmente grave, quando consultorias externas assumem, em certo grau, esta função e passam a exercer papéis que reforçam as ações impositivas.

Aqui tocamos na ambigüidade permanente do poder gerencialista, que reside na defasagem entre as intenções anunciadas de autonomia, de inovação, de criatividade, de desabrochamento no trabalho, e a aplicação de dispositivos organizacionais, produtores de prescrição, de normalização, de objetivação, de instrumentalização e de dependência. (GAULEJAC, 2007, p.100).

Atrela-se a este fator uma perda ou distorção do sentido do trabalho. No cenário da saúde, isso é agravado pela introdução constante de novas tecnologias, quer no campo de equipamentos, de informação e de gestão. Se, por um lado, são fundamentais a oferta de melhores condições de assistência à saúde e a preservação da vida, por outro lançam os sujeitos a uma posição de frequente defasagem e de contínua adaptabilidade, precipitando a vivência de ser obsoleto e inadaptável.

Para que as capacidades reflexivas e criativas possam ser mobilizadas, faz-se necessário ao sujeito que reconheça o sentido daquilo que faz, que tenha a vivência

de pertencimento e a possibilidade de escolha por adesão salutar, advindos de “uma coerência entre os objetivos perseguidos e os meios postos em prática.” (GAULEJAC, 2007, p.297). Em suma, o que deveríamos esperar da gestão é que os meios justifiquem os fins. E não o oposto, que instala o caos e cronifica a incoerência.

Em suma, o conhecimento da gestão e sua aplicação e implicação no campo da psicologia hospitalar é imprescindível, diante da realidade atual das instituições de saúde. Por outro lado, também imprescindível é o constante exercício crítico e a vigilância sobre os riscos de se transformar em fim aquilo que foi idealizado como meio.

5 CONCLUSÃO

Passados 50 anos, desde os primeiros registros da psicologia hospitalar no Brasil, deparamo-nos, ainda hoje, com questionamentos já apontados quando de sua formação. O principal elemento diz respeito à qualificação profissional, tendo em vista sua especificidade, refletindo a dimensão da identidade profissional como fator determinante para a consolidação de um campo e atuação. Como apontado por Rouchy (2001, p. 130), “é impensável falar de nossa identidade sem apoiá-la sobre um dos múltiplos grupos aos quais pertencemos.”

Ao mesmo tempo é impensável abordar um campo de estudo sem atrelar sua análise aos aspectos da realidade no qual se insere. Neste sentido, reconhecemos que o cenário da saúde encontra-se marcado pela disseminação de práticas de gestão da qualidade, sendo irrefutável o impacto para os profissionais de saúde. Desta forma, procuramos identificar um eixo de análise que pudesse atender ao nosso objetivo, sem privilegiar qualquer prática ou metodologia de avaliação ou certificação da qualidade em especial. Para tal, elegemos os fundamentos de gestão da qualidade conceituados por Donabedian (2005).

Utilizamos os registros bibliográficos referentes à psicologia hospitalar, durante todo o decorrer de nosso estudo, como uma forma de estabelecer a relação entre os temas discutidos, pelo vértice proposto, seu lastro documental, sua pertinência e suas ausências. O resgate de aspectos históricos relacionados ao fortalecimento da identidade profissional e a inclusão no campo hospitalar foram discutidos.

Procuramos, ao longo deste estudo, demonstrar as margens do denominado *Campo da Psicologia Hospitalar*, diferenciando-o dos demais existentes dentro do contexto hospitalar, como a psicologia organizacional e as ações do psicólogo no âmbito da saúde ocupacional. Realizamos uma discussão quanto ao limite, por vezes tênue, destas fronteiras e os riscos inerentes à desconsideração das especificidades. Principalmente, considerando a valorização profissional e a resistência quanto a ações que possam favorecer a precarização das condições de trabalho, da dignidade profissional e das questões éticas.

Neste sentido apontamos a consolidação da Psicologia como profissão, abordando os cinco aspectos pertinentes ao reconhecimento de uma profissão,

caracterizados por: a) delimitação de um campo de conhecimento, sua complexidade e institucionalização da transmissão do saber. b) auto-regulação, a partir da constituição de normatização das condutas, como no caso das resoluções. c) consolidação de um Código de Ética da Profissão. d) reconhecimento do Estado e da Sociedade. e) regulação legal do exercício profissional.

Identificamos que os esquemas de representação do campo da psicologia hospitalar utilizam figuras representativas da tríade paciente-família-equipe, apesar de considerarem a dimensão da instituição como foco de atenção. A partir desta constatação, elaboramos um esquema gráfico representativos do campo da psicologia hospitalar numa concepção mais abrangente. Para tal, incluímos três eixos de intervenção: a) a unidade assistencial – paciente/família; b) a equipe como objeto de intervenção participativa, além de espaço das práticas multidisciplinares; c) a instituição, como instância que se favorece, direta e indiretamente, das ações desta especialidade.

Apontamos os três atributos favoráveis ao desenvolvimento do campo: a) proatividade; b) sistematização e c) integração. Indicamos a dimensão da comunicação como fator de integração. A partir desta linha de pensamento, propomos a atualização ou revisão dos esquemas adotados comumente na literatura.

Fundamentamos nossa discussão na importância de que o psicólogo hospitalar reconheça seu espaço funcional, delimitando a complexidade de suas intervenções. Salientamos que a postura do psicólogo, diante das possibilidades do campo hospitalar, é determinante para a consolidação de suas ações. Neste contexto, reforçamos a importância da sistematização da assistência, da necessidade de reconhecimento destes três eixos de ação e seus respectivos objetos de atenção. Assim como a amplitude e limites da atuação em cada um.

Examinamos, a seguir, o campo-foco deste estudo, a partir do vértice da gestão da qualidade em saúde, baseados nos princípios instituídos por Donabedian (2005), que classificam três dimensões fundamentais para a qualidade da assistência em saúde: *estrutura*, *processos* e *resultados*. Assim, procuramos contrapor a realidade da psicologia hospitalar aos requisitos constituintes de cada uma destas dimensões.

Na análise realizada quanto à estrutura, focalizamos e discutimos os seguintes aspectos: a) qualificação, abordada numa concepção mais ampla

incluindo requisitos da educação formal, do preparo emocional e de condições que atendam a especificidade do campo; b) dimensionamento da equipe, apontando a ausência de regulação formal nesta área e de pesquisas que possam oferecer embasamento para tal; c) saúde e segurança ocupacional, apontando o reconhecimento do risco inerentes à assistência psicológica, a necessidade de conhecimento sobre procedimentos de biossegurança e a atenção com a própria saúde; d) legislação, apresentando o panorama atual da legislação pertinente ao campo da psicologia hospitalar; e) registro em prontuário, abordando os aspectos éticos, legais e sua importância como fonte de dados para pesquisa.

Na esfera dos processos, abordamos a lógica da gestão por processos, os aspectos pertinentes a relação cliente-fornecedor, a figura do cliente atrelada aos mecanismos de avaliação da “satisfação”, tal qual apresentadas pelas práticas de gestão. Tecemos críticas quanto aos aspectos desfavoráveis desta terminologia e suas implicações no campo das relações entre os pares. Numa outra linha, enfatizamos a importância da sistematização da assistência refletida na construção de uma base documental, composta por procedimentos, protocolos e registros.

No item relativo aos resultados, salientamos que estes são derivados dos processos assistenciais e se constituem como indicadores. Evidenciamos a importância da construção dos indicadores, do estabelecimento de metas, procurando exemplificá-las, além de questionar alguns aspectos decorrentes do risco de quantificações desatreladas da noção de processo. Apresentamos o conceito de melhoria contínua e as formas de evidenciá-la, pontuando o caráter construtivo de preservar os registros da história de um serviço, sem, no entanto, desconsiderar a incidência de elementos de fomento à competitividade e ao desempenho, pertinentes ao universo das práticas de gestão. Neste contexto, apresentamos um dos instrumentos mais divulgados neste meio, representativo do controle das melhorias, que é o ciclo PDCA e, em contrapartida, um dos elementos que causam mais estranhamento aos profissionais de saúde, quando apresentados às práticas gestonárias.

Nossa experiência nesta esfera das práticas de gestão da qualidade e processos de certificação ou avaliação aponta para uma significativa ambivalência. Identificamos a coexistência de elementos favoráveis à qualidade assistencial, e a incidência, simultânea, de aspectos deletérios e alarmantes, relacionados aos sujeitos implicados na produção de saúde. A observação das tensões identificadas

nas relações, da angústia mobilizada nos profissionais, da dificuldade em lidar com o instrumental apresentado por tais práticas, se apresentou com outros contornos após nossa aproximação com o vértice da crítica proposto por Gaulejac (2007).

Em seu estudo sobre a ideologia e o poder gerencialista, nos alerta para os riscos inerentes à gestão, tal qual disseminada na sociedade atual. Aponta que o mecanismo de adesão presente neste contexto promove uma mobilização da energia libidinal em direção ao trabalho e seus impactos. Enfatiza o risco da instalação de paradoxos que incidem sobre a saúde mental dos trabalhadores. Identifica como pontos de tensão práticas discursivas contrárias à ações, podendo como efeito colateral gerar “adesão de fachada”. Aponta que o fomento à autonomia, se contrapõe à racionalização instrumental e as prescrições normatizadoras.

Um dos elementos que consideramos mais representativos dos aspectos deletérios da lógica gerencialista se deve ao risco do desenvolvimento do que Gaulejac denomina por quantofrenia, ao se tomar a medida como fonte de controle da realidade. Esta postura, em nossa percepção, causa um afastamento da realidade, uma distorção da percepção de eventos significativos que se insinuam na instituição. Esta busca desmedida, pela medida, inverte a ordem das coisas. O que é concebido para ser um meio de se alcançar um objetivo se converte em fim.

Concluimos, em face do exposto, que a ausência de mecanismos reguladores de ordem legal pode implicar distorção das margens do campo da psicologia hospitalar, e conseqüente reflexo na qualidade de serviços prestada por psicólogos. Neste contexto da legislação e das regulamentações, ressaltamos a ausência de parâmetros que estabeleçam as condições mínimas exigíveis para o exercício da psicologia hospitalar, no sentido do reconhecimento das especificidades desta especialidade. Entretanto, identificamos que começam a se apresentar instrumentos normativos nesta direção.

Outro aspecto preponderante diz respeito ao desenvolvimento de elementos que respaldem definições ou recomendações pertinentes ao dimensionamento da equipe. Consideramos que qualquer evolução neste campo deve estar atrelado ao universo da pesquisa. Da mesma forma, identificamos a importância de publicações que abordem a sistematização da assistência, a construção de protocolos, à definição de indicadores. Uma das maiores dificuldades que encontramos em nosso meio é o compartilhamento de informações. Pois os dados e de resultados das atividades, são também propriedade das instituições de saúde. E num universo

marcado pela competitividade este pode se constituir como fator impeditivo.

Precisamos manter constante atenção quanto aos efeitos da lógica gerencialista. Aprender a utilizar o que traz de positivo em si, permitir-se dialogar, sem com isto sucumbir aos seus princípios paradoxais.

Apesar da precariedade de questões pertinentes aos atributos mínimos esperados da psicologia hospitalar, estendidos às dimensões de estrutura, processos e resultados, observa-se, pela produção científica, que os psicólogos hospitalares têm procurado apropriar-se melhor deste campo. Isso pode ser representado pelas ações desenvolvidas por sociedades científicas e outras instâncias reguladoras.

REFERÊNCIAS

ALBERT EINSTEIN HOSPITAL ISRAELITA. **Protocolo de assistência psicológica no acidente vascular isquêmico**. Jan. 2007. Disponível em: <<http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/neurologia/psico.pdf>>

ANDREOLI, Paola Bruno de Araújo. Psicologia no hospital e os caminhos para a assistência na UTI. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 3-12.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto et al (Org.). **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. O psicólogo no hospital. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar et al. (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Pioneira, 1994. p.15-28.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar. **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto; CHIATTONE, Heloisa Benevides; MELETI, Marli Rosani. **A psicologia no hospital**. São Paulo: Pioneira Tomson Learning, 2003.

AZOULAY, E. et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v.163, n.1, p. 135-139, Jan. 2001.

BARROS, Claudia Garcia; CYPRIANO, Adriana Serra. Humanização como indicador de qualidade. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 101-112.

BARUS-MICHEL, Jaqueline. Intervir enfrentando os paradoxos da organização e os recursos do ideal In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 171-186.

BARUS-MICHEL, Jaqueline. **O sujeito social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2004.

BAUMAN, Zigmund. **Amor líquido: sobre a fragilidade das relações humanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n. 17, p.389-394, mar./ago. 2005.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BION, Wilfred. Uma teoria do pensar. In: SPILLIUS, Elizabeth Bott. **Melanie Klein hoje**: desenvolvimento da teoria e da técnica. Rio de Janeiro: Imago, 1991. v.1, p.185-194.

BRASIL. Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 set. 1962.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, Luciana F; MELO. Márcia R.A.C. Visão de coordenadores de enfermagem sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem: conceito, finalidade e utilização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.6, p.1099-1104, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600007&script=sci_abstract&tlng=pt>

CASTRO, Elisa Kern; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n.3, p.48-57, Set. 2004.

CHIATTONE, Heloísa Benevides Urgências psicológicas em leucemias. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, 2002. **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p.171-191

CHIATTONE, Heloísa Benevides; SEBASTIANI, Ricardo Werner. A ética em psicologia hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar et al. (Org.). **A ética na saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997. p. 113-140.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução do CFP nº 010/05**. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução do CFP nº 014/00**. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Disponível em: <www.cfp07.org.br/upload/legislacao/legislacao71.pdf> Acesso em: 05 mar. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Guia para o exercício profissional da psicologia**: legislação; orientação; ética e compromisso social. Belo Horizonte: CRP/MG, 2009.

COSTA, Cláudio Giulliano Alves da. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas do World Wide Web e da engenharia de software**. 2001. 288f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; CHRISTIAN, Jayet. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, p. 691-729, 2005. Disponível em: <<http://www.milbank.org/quarterly/830416.donabedian.pdf>>

ENRIQUEZ, Eugène. Instituições, poder e desconhecimento. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 48-74.

FAVARATO, Maria Elenita Corrêa Sampaio; GAGLIANI, Maria Luciana. Atuações do psicólogo em unidades infantis. In: ROMANO, Bellkiss W. (Org.) **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 75 – 116.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.2, p.213-219, 2005.

FERNÁNDEZ, Ana Maria. **O campo grupal**: notas para uma genealogia. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 61-90.

FUGULIN, Fernanda M. T.; GAIDZINSKI, Raquel R.; KURCGANT, Paulina. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.72-78, Jan./Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000100012&script=sci_arttext>

GAULEJAC, Vincent de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

GIANNOTI, Anency. A equipe de trabalho interdisciplinar no âmbito hospitalar. In: OLIVEIRA, Maria de Fátima Praça; ISMAEL, Silvia Maria Cury (Org.). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas: Papyrus, 1996.

GLICKMAN, Seth W. et al. Promoting quality: the health-care organization from a management perspective. **International Journal for Quality in Health Care**, v.19, n.6, p.341-348, Oct. 2007.

GORAYEB, Ricardo; GUERRELHAS, Fabiana. Sistematização da prática psicológica em ambientes hospitalares. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva**, v. 5, n. 1, p.11-19, jan./jun. 2003.

GREENFIELD, David; BRAITHWAITE, Jeffrey. Health sector accreditation research: a systematic review. **International Journal for Quality in Health Care**, v.20, n.3, p.172-183, Mar. 2008.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HUR, Domenico Uhng. **Políticas da psicologia de São Paulo**: as entidades de classe durante o período do regime militar à redemocratização do país. 2005, 315f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

INOUE, Kelly Cristina; MATSUDA, Laura Misue. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.1, p.55-63, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>>.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO. Curso de formação de avaliadores para o Sistema Brasileiro de Acreditação – ONA. São Paulo: IQG, 2003.

ISMAEL, Silvia Maria Cury; OLIVEIRA, Maria de Fátima Praça. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 83-91.

KARAN, Christiane Hegedus; GUIMARO, Melissa Simon; RODRIGUES, Rosana Trindade Santos. Abordagem psicológica do paciente submetido a transplante de órgãos. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 65-81.

KHEL, Maria Rita. **Em defesa da família tentacular**. 2007. Disponível em: <<http://www.mariaritakhel.psc.br/pdf/emdefesadafamiliatentacular.pdf>>

KITAJIMA, Kátia; COSMO, Mayla. Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008. p.199 - 212.

KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

LAMOSA, Bellkiss Wilma Romano et al. **Psicologia aplicada a cardiologia**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990.

LEDERER, M.A. **The critical care family assistance program**; USA: Chest, 2005.

LEITE, L.G. **Protocolo de avaliação da intervenção do psicólogo hospitalar**: uma contribuição para a sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos. 2007. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LYTH, Isabel Menzies. Uma perspectiva psicanalítica sobre instituições sociais. In: SPILLIUS, Elizabeth Bott. **Melanie Klein Hoje**: desenvolvimento da teoria e técnica. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 307-324.

MAIA, Eulália et al. Psicologia da saúde-hospitalar: da formação a realidade. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v.4, n.1, p.49-54, ene./jun. 2005.

MALDONADO, Maria Tereza; CANELLA, Paulo. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: Roca, 1988.

MARSHALL JUNIOR, Isnard et al. **Gestão da qualidade**. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.

MOLINIER, Pascale. O ódio e o amor, caixa preta do feminino? **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.10, n.16, p.181-348. dez. 2004

MORITZ, Rachel Duarte. Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.19, n.4, out./dec. 2007.

MOURA, Marisa Decat. Psicanálise e urgência subjetiva. In: MOURA, Marisa Decat (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 03-15.

NOVAES, M. A. et al. Stressors in ICU: patients' evaluation. **Intensive Care Medicine**, v.23, n.12, p.1282-1285, 1997.

NOVAES, M. A. et al. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care teams. **Intensive Care Medicine**, v.25, n.12, p.1421-1426, 1999.

NUCCI, Nely Aparecida Guernelli; PERINA, Elisa Maria. UTI de oncologia pediátrica: reflexões sobre o cuidado humanizado. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 281-290.

OLIVEIRA, Edileine Barreto Santos. A família hospitalizada. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (Org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p.117-143.

OLIVEIRA, Maria de Fátima Praça; ISMAEL, Silvia Maria Cury (Org.). **Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas: Papyrus, 1995.

OLIVEIRA, Edileine Barreto Santos; SOMMERMAM, Renata Dias Galan. A família hospitalizada. In: ROMANO, Bellkiss W. (Org.) **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 117-143.

PAGÈS, Max. O sistema sociomental hospitalar. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 245-260.

PEREIRA, Fernanda; PEREIRA NETO, André. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.8, n.2, p. 19-27, 2003.

PEREZ, Glória Heloise. A unidade de Emergência. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (Org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 64-61.

PERROCA, Márcia G; GAIDZINSKI, Raquel R. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.2, p. 153-68, ago.1998. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>>.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.50-61, jan./mar. 1990.

ROMANO, Bellkiss W. (Org.) **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

ROUCHY, Jean Claude. Identificação e grupos de pertencimento. In: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Tereza Cristina (Org.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta, 2001. p. 123-139.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

SEBASTIANI, Ricardo Werner. Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: ANGERAMI-CAMON et al (Org.) **Urgências psicológicas no hospital**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p.09-30.

SESSLER, Curtis N. The Critical care family assistance program: caring for those who care. **CHEST**, v.128. p.1101-1103. 2005. Disponível em: <<http://chestjournal.chestpubs.org/content/128/3/1101.full.pdf+html>>

SILVA, Ana Lucia Martins; MACHADO, Thiago Amaro. Intervenção psicológica no paciente cardiopata. In: KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 13-20.

SILVA, Leda. P. P.; TONETTO, Aline M.; GOMES, William B. Prática psicológica em hospitais: adequações ou inovações? Contribuições históricas. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, Ano26, n. 3, p. 24-37. 2006.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOARES, Claudia. Uma tentativa malograda de atendimento em um Centro de Tratamento Intensivo. In: MOURA, Marisa Decat (Org.). **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.41-48.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

SPINK, M. J. (Org.) **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

TEDESCO, José Julio; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.

TORRES, Andréa. O paciente em estado crítico. In: ROMANO, Bellkiss Wilma (Org.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 41-61.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.599-613, jul./set. 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Recomendação do GT de Psicologia Hospitalar do CRP/MG.



CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 07 de agosto de 2009.

Recomendação sobre a Sistematização da Atuação do Psicólogo Hospitalar.

Tendo em vista que a Psicologia Hospitalar constitui-se como campo promissor da profissão, com os primeiros registros ocorridos na década de 50 em São Paulo e desde então em crescente difusão junto a Instituições de Saúde públicas e privadas, de todo o território nacional, cabe apontar diretrizes básicas para sua realização.

As especificidades desta atividade clínica, sua abrangência de intervenção, que se fundamenta na triade paciente-família-equipe e a expressiva expansão no Brasil, promoveram a necessidade de reconhecimento do campo enquanto especialidade.

Destarte, diversas são as publicações que apontam para as rotinas assistenciais realizadas no âmbito hospitalar, com foco nas particularidades do campo em questão, quer na atenção ao paciente, aos familiares, bem como nas ações junto à equipe.

Ressalta-se que as intervenções na área são fundamentalmente multiprofissionais e interdisciplinares, e abrangem desde a assistência propriamente dita, nos diversos níveis de atenção, à promoção de saúde e educação da população, sempre em consonância com o princípio da integralidade de assistência à saúde preconizada pelo SUS.

Conforme prioridades elencadas pela Associação Latino-Americana de Psicologia da Saúde - ALAPSA, a partir do documento de Recomendação da AMIB para atuação do Psicólogo, de abril de 2006, temos que:

- Nas últimas duas décadas, o psicólogo vem contribuindo com resultados importantes na assistência como: eficiência da atuação junto às equipes, família e demais clientes e também com educação para a comunidade;
- Os serviços de saúde têm se caracterizado por serem ambientes de decisões difíceis, que implicam as pessoas com o limite vida-morte.

Ruy



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Observa-se, no entanto, que níveis de tensão controlados, de alguma forma, são necessários à manutenção do equilíbrio e funcionamento psíquico, e o psicólogo tem sido o profissional responsável por atuar frente a essas questões. Desta forma tal profissional torna-se integralmente inserido no contexto desse trabalho, no qual deve ocupar lugar permanente de atuação junto à equipe no cuidado com pacientes e familiares.

- O psicólogo hospitalar é o profissional que desenvolve e aplica instrumentos de atuação dentro de diversas especificidades de atenção, realizando sempre estudos e pesquisas, que fundamentam a observação, a avaliação e a clínica psicológica, procurando alcançar metas e objetivos propostos por cada serviço de saúde.
- O psicólogo tem como compromisso participar do cenário de transformações sociais favorecendo as condições de saúde da comunidade como um todo.

Registra-se ainda, que a inserção do psicólogo em serviços de saúde, é contemplada em diversas Portarias do Ministério da Saúde, e as atividades deste profissional são foco de avaliação em auditorias e inspeções realizadas nas Instituições de Saúde.

Para melhor evidenciar a qualidade assistencial torna-se primordial a reflexão e definição (ainda que, em processo de desenvolvimento) de alguns princípios básicos: a qualificação profissional, o dimensionamento da equipe de psicólogos hospitalares, a atenção com a saúde e segurança ocupacional, a organização e segurança dos registros realizados em prontuário, o mapeamento dos processos da psicologia em unidade de saúde (hospital, ambulatório, pré-hospitalar, etc.), a formulação das principais atribuições do psicólogo hospitalar para rotina básica de atendimento e os indicadores relativos ao desempenho dos processos assistenciais.

O documento em tela irá privilegiar recomendações para aspectos primários do referido acima, embora não menos importantes os demais que serão



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

tratados em documento oportuno, por compreender serem estes prioritários a organização dos serviços:

- **Qualificação:** encontram-se elencadas recomendações quanto à qualificação mínima para o exercício da psicologia hospitalar, visando assegurar melhor nível de atenção aos pacientes/usuários de serviços de saúde, bem como do próprio profissional, haja vista a importância da formação para a realização de qualquer atividade assistencial.
- **Dimensionamento da equipe:** recomendações concernentes a organização dos processos assistenciais, segundo escala mínima de profissionais, como ocorrem em outros campos da saúde, como a enfermagem, fisioterapia, etc. O objetivo maior deste foco refere-se à possibilidade de prestar assistência adequada nas diversas unidades hospitalares e de saúde, atendendo de forma efetiva às especificidades de cada qual.
- **Saúde e Segurança Ocupacional:** recomendações quanto ao necessário acompanhamento dos profissionais de psicologia hospitalar, quanto a realização de seus exames periódicos, ao monitoramento do programa de vacinação obrigatório aos profissionais de saúde, além de instruções quanto as regras universais de prevenção.

Entende-se que qualquer possibilidade de sistematização de assistência tem como base a organização de um serviço pautado na pró-atividade, expressa em rotinas definidas e monitoradas, na integração com os demais membros da equipe multiprofissional, no respeito à legislação sanitária e demais correlatas ao exercício profissional e, sobretudo, no alinhamento aos princípios e valores da Instituição de Saúde.

O GT de Psicologia Hospitalar recomenda que o psicólogo inserido como membro na equipe de saúde, tenha sua atuação sistematizada e incorporada às Normas Mínimas de funcionamento das Unidades do Pré-

Rafael



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

hospitalar, Prontossocorro/Atendimento e UTI's(adulto, neonatal, pediátrica e de especialidades) Unidades de Captação de órgãos, Unidades Especiais (hemodiálise e quimioterápicas), Unidades de Internação e Unidades ambulatoriais, considerando-se:

Quanto a Qualificação:

- Profissional com formação comprovada em Psicologia Hospitalar, segundo critérios apontados no anexo (2),
- Coordenação da equipe de psicologia realizada por psicólogo com desejável formação em Psicologia Hospitalar (conforme anexo 2),
- Supervisão para psicólogos e/ou acadêmicos de Psicologia, realizada por psicólogo da equipe, de forma sistematizada.

Quanto ao Dimensionamento da Equipe: recomenda-se profissional exclusivo para as seguintes unidades:

- Em UTI's e Unidades Especiais: um profissional para cada dez leitos, período diurno de 12h. Tais horas devem ser divididas pela carga horária máxima de 06 hs/dia;
- No Pré-hospitalar: um profissional para cada equipe de socorro em período diurno e noturno de 24h. A carga horária de cada profissional deve ser de 12/60h;
- No Prontossocorro/Pronto-atendimento Hospitalar: um profissional para cada dez leitos em período diurno e noturno de 24h. Tais horas diurnas devem ser divididas pela carga máxima de 06 hs/dia e noturnas no regime de 12/60h.
- Unidades de Internação: um profissional para cada 40 leitos período diurno de 12h. Tais horas devem ser divididas pela carga horária máxima de 06 hs/dia;
- Nas instituições hospitalares: um profissional para cada 100 leitos em plantão de 12h noturno, em regime de carga horária de 12/60h.

• Rua Timbiras, 1532 6º andar Lourdes CEP: 30140-061 Belo Horizonte/MG Telefax: (31) 2138 6767 cpr04@crp04.org.br
 • Av. Deputado Esteves Rodrigues, 616, sala 702 Centro CEP: 39400-215 Montes Claros/MG Telefax: (38) 3221 7720 norle@crp04.org.br
 • Rua Ana Neri, 145 Centro CEP: 35020-040 Governador Valadares/MG Telefax: (33) 3225 0475 leste@crp04.org.br
 • Av. Barão do Rio Branco, 2001 sala 1505 a 1508 Centro CEP: 38013-020 Juiz de Fora/MG Telefax: (32) 3215 9014 sudeste@crp04.org.br
 • Av. Doutor João Beraldo, 864 Centro CEP: 37550-000 Pouso Alegre/MG Telefax: (35) 3423 8382 sul@crp04.org.br
 • Av. Floriano Peixoto, 915 salas 302 a 304 Centro CEP: 38412-112 Uberlândia/MG Telefax: (34) 3235 6765 uberlandia@crp04.org.br



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Quanto a Saúde e Segurança ocupacional:

- O psicólogo hospitalar deve receber instruções de Biossegurança – Normas de Precauções Universais, da CCIH – Comissão de Controle de Infecções Hospitalares da Instituição de Saúde na qual presta serviços.
- O psicólogo hospitalar deve manter seu controle de vacinação e ter acesso aos exames periódicos realizados pelo SESMT – Serviços Especializados em Segurança e Medicina do trabalho – da Instituição na qual presta serviços.

Encontram-se em anexo considerações referentes à: (1) **Atribuições dos Psicólogos Hospitalares**, (2) **Crêterios de formação em Psicologia Hospitalar**, (3) **Relação de Publicações da área** (4) **Listagem das Portarias do Ministério da Saúde** que citam ao psicólogo. Cabe ressaltar que as disposições sobre o Piso Salarial, Jornada de Trabalho e Data Base da categoria são estabelecidas pela FENAPSI – Federação Nacional dos Psicólogos – e tomadas como referência.

Recomenda-se também que o Psicólogo Hospitalar participe das discussões dos Grupos de Trabalho do CRP 04, de reuniões científicas e congressos da categoria como forma de reciclagem e atualização. Considera-se que a divulgação e apresentação de trabalhos científicos são essenciais para uma consistente contribuição com o crescimento da Psicologia Hospitalar no Estado de Minas Gerais.

Recomenda-se por fim, que psicólogos hospitalares estejam atentos a importância de zelar por condições dignas de trabalho, como disposto no VI Princípio Fundamental, elencado no Código de Ética Profissional do Psicólogo – CFP e corroborado pelo Artigo 4º do referido documento. Considera-se, portanto, que a realização de trabalho voluntário em instituições de saúde não é favorável “para o fortalecimento e ampliação do significado social da profissão.” (Código de Ética Profissional do Psicólogo, 2005.)

Deix




**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Este ofício deverá ser encaminhado as Instituições de saúde de Minas Gerais, bem como aos órgãos públicos e privados competentes para ciência da **Recomendação do CRP/MG para sistematização da atuação do Psicólogo Hospitalar.**

Desde já estamos à disposição para esclarecimentos.


Rogério de Oliveira Silva
Presidente do CRP - MG


Lilian Almeida Couto Viana
Coordenadora do
GT de Psicologia Hospitalar CRP - MG

- Rua Timbiras, 1532 6º andar Lourdes CEP: 30140-061 Belo Horizonte/MG Telefax: (31) 2138 6767 cpr04@crp04.org.br
- Av. Deputado Esteves Rodrigues, 816, sala 702 Centro CEP: 39400-215 Montes Claros/MG Telefax: (38) 3221 7720 mcr04@crp04.org.br
- Rua Ana Neri, 145 Centro CEP: 35020-040 Governador Valadares/MG Telefax: (33) 3225 0475 leste@crp04.org.br
- Av. Barão do Rio Branco, 2001 sala 1505 a 1506 Centro CEP: 36013-020 Juiz de Fora/MG Telefax: (32) 3216 9014 sudeste@crp04.org.br
- Av. Doutor João Beraldo, 864 Centro CEP: 37550-000 Pouso Alegre/MG Telefax: (35) 3423 8382 sul@crp04.org.br
- Av. Floriano Peixoto, 615 salas 302 a 304 Centro CEP: 38412-112 Uberlândia/MG Telefax: (34) 3235 6765 uberlandia@crp04.org.br



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Anexo 1: Principais Atribuições do Psicólogo Hospitalar para rotina básica de atendimento:

- Integrar a equipe multiprofissional na atenção interdisciplinar à saúde;
- Intervir junto à equipe de saúde no sentido de promover discussões, reflexões e ações sobre o cuidado integral;
- Colaborar com o processo de Humanização que vise integrar as ações conjuntas entre profissionais e gestores;
- Viabilizar campo para estágio supervisionado, contribuindo com a formação de novos profissionais, em conformidade com o disposto na Lei 11.788, de 25 de setembro de 2008;
- Desenvolver estudos e pesquisas, visando o aprimoramento científico da especialidade;
- Promover atividades de cunho preventivo para a comunidade institucional e local, favorecendo ações de educação em saúde;
- Registrar em prontuário intervenções relativas aos atendimentos conforme disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo (Artigos: 6º parágrafo b, 9º, 12º, 14º e 15º), a resolução 0001/2009 CFP e Resolução 1331/89 do CFM.
- Realizar observação, avaliação e acompanhamento psicológico de pacientes e familiares, usuários dos serviços de saúde, dentro de uma rotina de atendimento;
- Mediar a comunicação dos usuários, pacientes e/ou familiares, com a equipe, visando favorecer a assimilação das informações transmitidas e a integração com a realidade pertinente ao tratamento.
- Estabelecer prioridades de atendimento, visando a organização do serviço;

Rafael



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

- Estabelecer ações pró-ativas na assistência, definindo intervenções para admissão, acompanhamento e encaminhamento de casos, de acordo com a unidade.
- Estabelecer rotinas de assistência compatíveis às especificidades das áreas nas quais atua, a fim de sistematizar a assistência;
- Elaborar a descrição de procedimento operacional da psicologia, a fim de identificar responsabilidades, objetivos do serviço e áreas nas quais atua dentro da Instituição e, sobretudo, a descrição das rotinas realizadas. Esta base documental é favorável à organização do serviço.
- Fomentar a construção de protocolos assistenciais;
- Acompanhar os resultados da assistência prestada, através do estabelecimento de indicadores.

Rafael



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Anexo 2: Formação do Psicólogo Hospitalar

Considera-se desejável que o psicólogo seja qualificado para atuar na área em que presta assistência, como fator de valorização da profissão. Assim, considera-se como indicativo de qualificação:

2.1 - Até a presente data: a experiência de cinco (05) anos comprovada em Psicologia Hospitalar.

2.2 - Após a presente data: concluir curso de graduação em Psicologia. Desejável curso de pós-graduação com ênfase em Psicologia Hospitalar reconhecido pelo MEC e/ou Ministério da Saúde.

Rafael

- Rua Timbiras, 1532 8º andar Lourdes CEP: 30140-061 Belo Horizonte/MG Telefax: (31) 2138 6767 cpr04@crp04.org.br/9
- Av. Deputado Esteves Rodrigues, 616, sala 702 Centro CEP: 39400-215 Montes Claros/MG Telefax: (38) 3221 7720 norte@crp04.org.br
- Rua Ana Neri, 145 Centro CEP: 35020-040 Governador Valadares/MG Telefax: (33) 3225 0475 leste@crp04.org.br
- Av. Barão do Rio Branco, 2001 sala 1505 a 1508 Centro CEP: 36013-020 Juiz de Fora/MG Telefax: (32) 3215 9014 sudeste@crp04.org.br
- Av. Doutor João Beraldo, 664 Centro CEP: 37550-000 Pouso Alegre/MG Telefax: (35) 3423 8382 sul@crp04.org.br
- Av. Floriano Peixoto, 815 salas 302 a 304 Centro CEP: 38412-112 Uberlândia/MG Telefax: (34) 3235 6765 uberlandia@crp04.org.br



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Anexo 3: Referência de Publicações na área

Aponta-se como referência de publicações no campo da Psicologia Hospitalar, os livros e artigos dispostos no site da SBPH – Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar: <http://www.sbp.org.br/biblioteca.asp>

Raps

- Rua Timbiras, 1532, 6º andar, Lourdes, CEP: 30140-061, Belo Horizonte/MG, Telefax: (31) 2138 6767, cpr04@crp04.org.br
- Av. Deputado Esteves Rodrigues, 616, sala 702, Centro, CEP: 39400-215, Montes Claros/MG, Telefax: (38) 3221 7720, norte@crp04.org.br
- Rua Ans Neri, 145, Centro, CEP: 35020-040, Governador Valadares/MG, Telefax: (33) 3225 0475, leste@crp04.org.br
- Av. Barão do Rio Branco, 2001, sala 1505 a 1508, Centro, CEP: 36013-020, Juiz de Fora/MG, Telefax: (32) 3215 9014, sudeste@crp04.org.br
- Av. Doutor João Beraldo, 884, Centro, CEP: 37550-000, Pouso Alegre/MG, Telefax: (35) 3423 8382, sul@crp04.org.br
- Av. Floriano Peixoto, 615, salas 302 a 304, Centro, CEP: 38412-112, Uberlândia/MG, Telefax: (34) 3235 6765, uberlandia@crp04.org.br



**CONSELHO
REGIONAL DE
PSICOLOGIA
MINAS GERAIS**

Anexo 4: Portarias do Ministério da Saúde que contemplam o psicólogo:

1. PORTARIA Nº 130, DE 03 DE AGOSTO DE 1994 - Tratamento em Hospital-Dia ao paciente com doença/Aids
2. PORTARIA Nº 1091, 25 DE AGOSTO DE 1999 - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
3. PORTARIA Nº 1395, 09 DE DEZEMBRO DE 1999 - Atenção à Saúde do Idoso
4. PORTARIA Nº 196, DE 29 DE FEVEREIRO DE 2000 - Gastroplastia – Cirurgia Bariática
5. PORTARIA Nº 251/GM, DE 31 DE JANEIRO DE 2002 - Assistência Hospitalar em Psiquiatria
6. PORTARIA Nº 3432/MS, DE 12 DE AGOSTO DE 1998/ PORTARIA No- 2.653, DE 17 DE OUTUBRO DE 2007 - Unidades de Tratamento Intensivo – UTI
7. PORTARIA Nº 3477, 20 DE AGOSTO DE 1998 - Atendimento Perinatal – Atenção à gestante de Alto Risco
8. PORTARIA Nº 44/GM, DE 10 DE JANEIRO DE 2001 – Assistência em Hospital Dia
9. PORTARIA Nº 3535/MS, DE 02 DE SETEMBRO DE 1998 - Atendimento em Oncologia
10. PORTARIA Nº 62 DE 14 DE ABRIL DE 1994 - Reabilitação estético-funcional dos prematuros e de má formação lábio-palatal
11. PORTARIA Nº 693/GM, DE 05 DE JULHO DE 2000 - Implantação do Método Canguru
12. PORTARIA Nº 72, DE 23 DE JANEIRO DE 1992 - Atendimento Ambulatorial
13. PORTARIA Nº 816/GM DE 30 DE ABRIL DE 2002 - Transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.
14. PORTARIA Nº 82/MS, DE 03 DE JANEIRO DE 2000 - Serviços de Diálise
15. PORTARIA Nº 95, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2007 - Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas

Rafael

ANEXO B – CICLO DO PDCA.

O ciclo do PDCA é um método gerencial fundamentado na busca por melhoria contínua, refletindo em suas quatro etapas esta filosofia, cuja sigla significa: P – Plan (planejamento), D – Do (execução ou realização), C – Check (verificação) e A – Act (agir corretivamente). O melhoramento continuado advém, em tese, de sua aplicação cíclica e ininterrupta, cujo objetivo é favorecer a consolidação de práticas padronizadas, monitoramento dos resultados e ações baseadas em informações resultantes do controle dos processos. Nas situações de auditoria e avaliação de sistemas de gestão da qualidade é utilizada com frequência a expressão “girar” ou “rodar” o PDCA.

Apresentamos abaixo o ciclo do PDCA, indicando as quatro etapas que integram o esquema, sendo cada qual analisada em separado e abordando exemplos pertinentes à psicologia hospitalar. Procuramos esclarecer como se evidencia que o setor “roda o PDCA”, o que nada mais é que demonstrar com evidências objetivas (documentos, registros, etc.), cada elemento das quatro etapas.

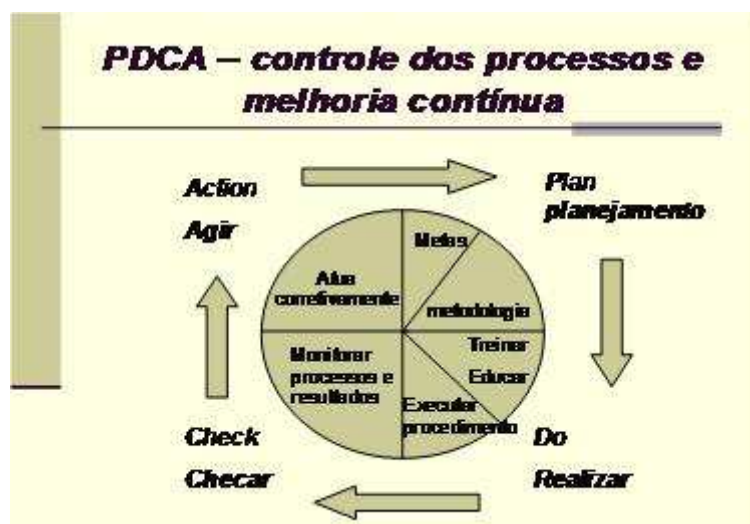


FIGURA 4. Apresentação esquemática do ciclo do PDCA. As setas indicam a direção na qual se realiza cada etapa do ciclo de melhoria contínua. O início ocorre com o P(planejamento), seguido por D (realização do que foi planejado), então por C (checagem ou verificação dos resultados obtidos pelo que foi realizado) e finalmente, por A (ação relacionada aos resultados da análise crítica do resultado, isto é, se há necessidade de corrigir algo ou se há oportunidade de melhorar algo). A referência à idéia de “girar o ciclo do PDCA” advém deste modelo.

Fonte: Marshall Junior, 2008, p.92

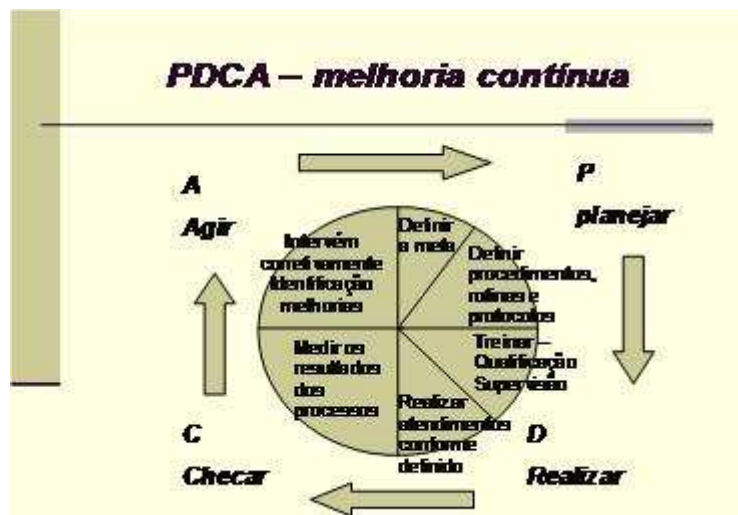


FIGURA 5. Explicação dos elementos que compõe as quatro etapas, isto é, do que representa na prática a aplicação de cada qual.

Fonte: adaptado pela autora.

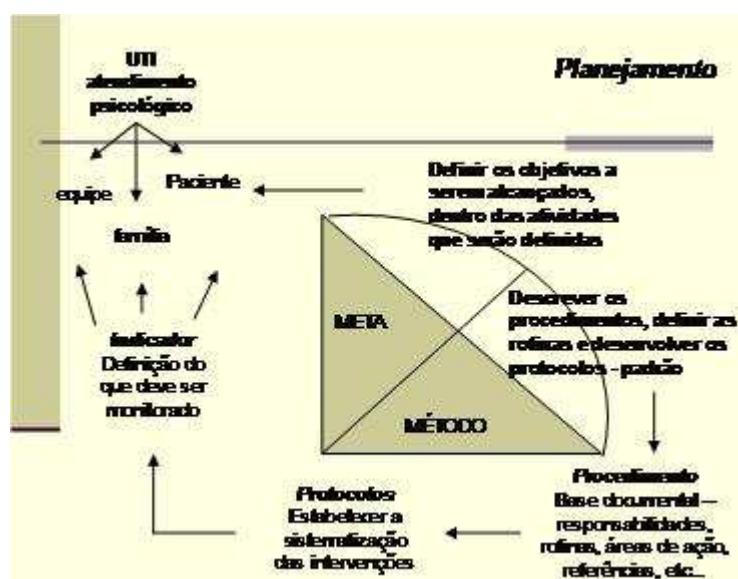


FIGURA 6. P – Planejamento: refere-se à primeira etapa do ciclo e indica a importância de ações planejadas, baseadas na definição de metas e objetivos das atividades, bem como dos métodos e procedimentos adotados para tal. Neste item se incluem a elaboração dos procedimentos, protocolos e rotinas adotadas.

Fonte: adaptado pela autora

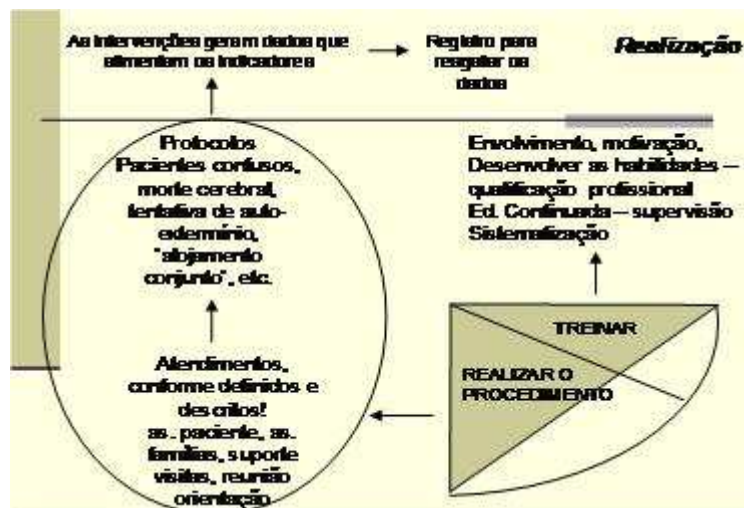


FIGURA 7. R- Realização: esta etapa inclui desde o treinamento necessário à realização das atividades, assim como a realização propriamente dita. Representa a realização dos procedimentos, protocolos e rotinas definidas na etapa anterior. O registro das supervisões clínicas também é um indício da educação continuada em psicologia.

Fonte: adaptado pela autora.

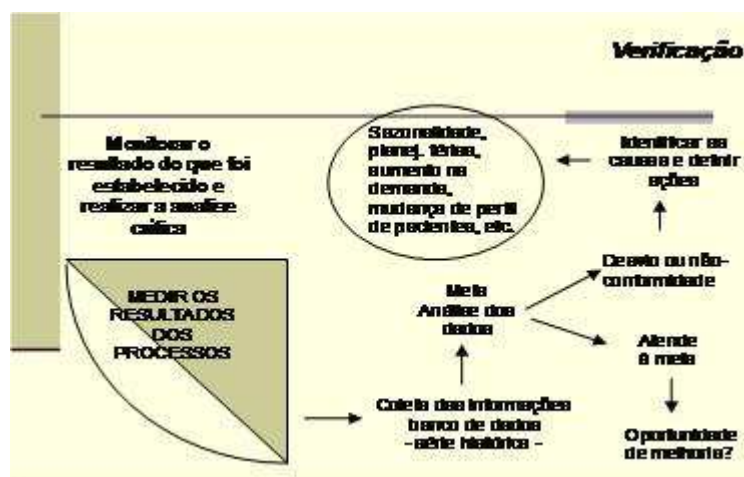


FIGURA 8. C - Verificação: nesta etapa se realiza uma análise crítica dos resultados alcançados, para identificar se atenderam ou não às metas definidas. Para isto se utilizam os indicadores previamente definidos.

Fonte: adaptado pela autora.

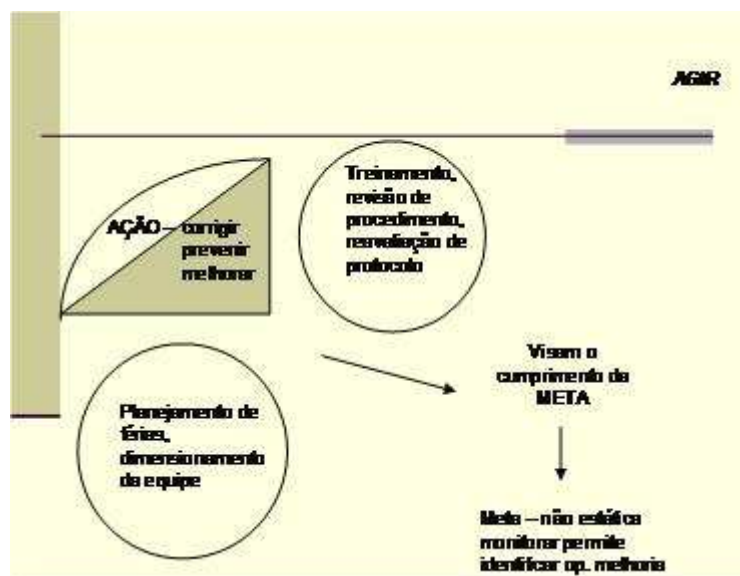


FIGURA 9. A - Agir: esta etapa representa a tomada de decisões baseadas na análise crítica realizada na fase anterior. Indica a possibilidade de se corrigir algum elemento do processo ou de se prevenir efeitos indesejados. Representa também a possibilidade de se melhorar ou manter o que foi estabelecido na fase inicial.

Fonte: adaptado pela autora.