



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM SAÚDE

ORIENTADO PARA O PROBLEMA (PAPO):

UMA PROPOSTA PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Virginia Nunes Turra

Brasília, setembro de 2012



UnB

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM SAÚDE

ORIENTADO PARA O PROBLEMA (PAPO):

UMA PROPOSTA PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Virginia Nunes Turra

**Tese apresentada ao Instituto de Psicologia como
requisito parcial à obtenção do grau de Doutor
em Processos de Desenvolvimento Humano e
Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.**

ORIENTADOR: PROF. DR. ÁDERSON LUIZ COSTA JUNIOR

Brasília, setembro de 2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de
Brasília. Acervo 1002624.

T958p Turra, Virginia Nunes.
Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado
para o Problema (PAPO) : uma proposta para internação
cirúrgica / Virginia Nunes Turra. -- 2012.
xiv, 131 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) - Universidade de Brasília, Instituto
de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos
de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2012.

Inclui bibliografia.

Orientação: Áderson Luiz Costa Junior.

1. Psicologia clínica da saúde. I. Costa Júnior,
Áderson Luiz. II. Título.

CDU 159.9:61

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

TESE DE DOUTORADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
Presidente - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Augusto Teixeira da Cruz
Membro - Universidade de Brasília

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira
Membro - Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Membro - Universidade de Brasília

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti
Membro - Universidade de Brasília

Profa. Dra. Andreia de Oliveira
Suplente - Universidade de Brasília

Brasília, setembro de 2012

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. **Áderson** Luiz Costa Jr., por trabalhar pautado na Sabedoria, aquela com S maiúsculo, que se traz e apreende, na condução e orientação deste trabalho. Seu apoio, sua palavra, sua presença, sua escuta, sua ajuda, sua postura, suas ideias foram bases importantes para trilhar este curso e para o Projeto de Extensão ser tão produtivo no HUB.

À Profa. Dra. **Andreia** de Oliveira, pela disposição à parcerias em trabalhos e ideias. Ao Prof. Dr. **Carlos Augusto** Teixeira da Cruz, por me receber tão bem em tempos de grandes adversidades, e por manter, junto com sua equipe, um alto padrão de parceria com o serviço. Ao Prof. Dr. **Eduardo** Henrique Passos Pereira, pela prontidão em discutir perspectivas e sonhos. À Profa. Dra. **Eliane** Maria Fleury Seidl, pela integração da qualidade prática com a excelência teórica, no cotidiano desafiador do hospital e da academia. À Profa. Dra. **Larissa** Polejack Brambatti pela incondicional parceria aqui e lá, pela generosidade a tempo e fora de tempo, pela inteireza de ser e estar. Ao Prof. Dr. **Maurício** da Silva Neubern pela disposição ao diálogo, base de tudo o que há de bom na Psicologia. Ao Prof. Dr. **Timothy** Martin Mulhollan, pela escuta acolhedora, pelo parecer técnico-acadêmico que foi decisivo para a minha permanência no curso, e pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. **Áderson** Costa Jr. e às Profas. Dras. **Eliane** Seidl, **Larissa** Polejack, **Tereza** Cristina e **Silviane** Barbatto por fazerem a diferença nas disciplinas cursadas, contrariando de vez a noção na qual se crê que o inferno é aqui.

Àqueles que passaram pelo **Projeto de Extensão** de Ação Contínua 'Atendimento Psicossocial ao Paciente Internado no HUB': estagiários, pesquisadores, alunos, professores, residentes, chefes, terapeutas comunitários, críticos, usuários, técnicos, palpiteiros, artistas, funcionários, esotéricos, voluntários, olheiros, viajantes, pensadores, visitantes, dançarinos e músicos. Vocês deram vida a muitos sonhos.

Ao Enfermeiro **Rigeldo** Lima, por ser e demonstrar o que a Enfermagem tem de melhor. À Assistente Social **Verônica**, pela disposição à integração cotidiana e produtiva com o Serviço Social, abrindo os horizontes e agregando concretude ao que apenas imaginávamos e desejávamos.

Ao Apoio Social Futebol Clube e seus integrantes: **Áderson, Fabrício, Fernanda, Marina, Marinna, Michelle, Roberta e Sílvia**, pois, citando Jardel, quando o jogo está a mil, minha naftalina sobe.

Ao **Fabrício** Fernandes Almeida e à **Fernanda** Doca, pela incalculável ajuda e constante parceria em todas as fases deste trabalho, desde as primeiras conversas, desde a indecisão crônica acerca do tema, passando pela elaboração do projeto, pelo apoio na seleção, pela tecnologia da revisão, pelo levantamento das referências, pela organização dos dados, pelos eventos, *surveys*, cursos e supervisões ligados a este trabalho, pelo enfrentamento da burocracia e da insensatez, pela condução conjunta do Projeto de Extensão, pela coautoria nos artigos, pelo suporte na vida do hospital, pelos 'momentos-me-escuta', muitas experiências, elaborações, reuniões, vivências, reflexões, sentimentos, compartilhamentos juntos. E ainda temos tanto pela frente.

À **Clarissa** Dias, pelo *bound*. Ao **Rodolfo** Castro, pela inclusão. Ao **Orlando** Santos, pelo selo. À **Heloisa** de Toni, por ser. Ao **Elias** Santos e ao **Rafael** Barreiros, pela Música, *aqua permanens* que nutre a alma. Ao **Alexandre** Lima, pelo apoio quando ausente, estive; e quando estive ausente, e por cultivar duas qualidades que diferenciam um gestor: saber ouvir e saber falar. À **Célia** Moraes, por me mostrar que gratidão é amor sem dívida.

À **Trix** Marie, ao Norway **Pirro** e ao Ernest **Udet**, afeto em estado puro. Ao **Wilson** Vieira Junior, cavaleiro e senhor de casa e árvore, cavaleiro negro que viveu mistérios, lavado em ribeirão, conhecedor das torres, dos homens, das histórias, dos mapas, das vidas por: um muro branco, um voo pássaro, uma grade, um velho sinal, uma carta de amor.

Àqueles olhos que, antes de partirem,
entraram na minha alma: *'quem haverá di cuidá?'*

Resumo

Este trabalho tem como tema geral a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, aqui delimitada no que tange à estruturação e sistematização de uma forma prática de prestar esta assistência. O problema circunscrito por este trabalho, uma vez que não há procedimentos estabelecidos como diretrizes regimentais da categoria ou formas de assistência psicológica à internação hospitalar com eficácia comprovada por níveis de evidência científica, é a necessidade de uma reflexão crítica da assistência atual à luz da literatura, em diálogo com a academia. Em termos de literatura, obteve-se, por meio de revisão sistemática, as recomendações para a assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado. Essas recomendações foram analisadas e, a partir dos produtos da análise da revisão sistemática da literatura, obteve-se parâmetros não existentes a priori, para embasamento e desenvolvimento dos objetivos do trabalho, que são, em termos gerais, propor uma estrutura prática de assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado, e, em termos específicos, descrever a assistência atual em funcionamento e avaliar criticamente os elementos desta assistência com base nos achados das recomendações da literatura. No que se refere aos resultados, a assistência atual é descrita em termos de contexto institucional e é analisada à luz dos produtos da literatura. Como proposta, define-se o Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO), descrito na prática em sete eixos: (1) atendimento com foco na internação, (2) caráter interdisciplinar, (3) suporte em pesquisa e autocrítica, (4) paciente como centro, (5) atenção à rede de apoio e à equipe, (6) uso de diagnóstico e avaliação e (7) escuta à subjetividade e à vivência. A discussão dos eixos abordou ponderações, trabalhos apurados na literatura, além de considerações sobre utilidade, limitações e sugestões de estudos e trabalhos futuros. Como considerações finais, algumas reflexões sobre os limites e possibilidades de atuação do Psicólogo, com o objetivo de esclarecer e integrar formas, a princípio divergentes, de assistência, considerando como metáfora um continuum que varia desde limites bem estabelecidos até limites abertos, tendo como pano de fundo, para dar sentido à assistência, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: psicologia da saúde, assistência psicológica, protocolo de atendimento.

Abstract

This study has as its overall theme the psychological assistance to surgical hospitalized patients, here defined in terms of structuring and systematization of a practical way to provide this assistance. The problem restricted by this work, since there are no established procedures and guidelines of the regimental category or psychological forms of assistance to the hospital with proven efficacy and level of scientific evidence, is the need for a critical reflection of care in light of current literature in dialogue with the academia. In terms of literature, was obtained, through a systematic review, the recommendations for the psicossocioeducacional care of surgical hospitalized patients. These recommendations were analyzed and, through the analysis of the systematic literature review products, we obtained parameters that do not exist a priori, for the foundation and development of the objectives of the work that are, in general terms, to propose a practical psicossocioeducacional assistance to the surgical hospitalized patients and, in specific terms to describe the current assistance to critically evaluate the elements of this assistance based on the findings on the literature recommendations. In terms of results, the current assistance is described in institutional context terms and is examined in light of the literature products. As a proposal, the Problem Oriented Psychological Health Care Protocol (PAPO) is defined, and it described the practice in seven areas: (1) with a focus on the hospitalization, (2) interdisciplinarity, (3) support in research and self-criticism (4) patient as the center, (5) attention to the support network and staff, (6) use of diagnostic and evaluation and (7) listening to the subjectivity and experience. The discussion addressed the following ponderations, works published in the literature, as well as considerations of utility, limitations and suggestions for future studies and works. As conclusion, some reflections on the limits and possibilities of action of the psychologist, in order to clarify and integrate forms, differing in principle, of assistance, considering as a metaphor a continuum ranging from well-established limits to open boundaries, having as a background, to make sense in the assistance, the National Humanization Policy of the Ministry of Health.

Key words: health psychology, psychological support, care protocol.

SUMÁRIO

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Abreviaturas.....	xiii
Capítulo 1 - Introdução.....	1
1.1 Tema: assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado.....	1
1.2 O problema: falta de sistematização crítica da assistência.....	2
1.3 Recomendações da literatura: o desafio da revisão sistemática.....	3
1.3.1 Fase 1 - Bases e critérios de inclusão.....	4
1.3.2 Fase 2 - Palavras-chave e visão geral do campo.....	4
1.3.3 Fase 3 - Levantamento dos títulos e resumos.....	15
1.3.4 Fase 4 - Aplicação dos critérios e levantamento dos artigos na íntegra..	15
1.3.5 Fase 5 - Identificação das recomendações.....	16
1.3.6 Fase 6 - Exame das recomendações para a prática.....	17
1.3.6.1 Quanto ao país onde foi efetivada a pesquisa.....	18
1.3.6.2 Quanto a área da medicina cirúrgica da pesquisa.....	18
1.3.6.3 Quanto ao profissional sugerido pela pesquisa para realizar a intervenção.....	18
1.3.6.4 Quanto a quem recebe as intervenções nas recomendações das pesquisas.....	19
1.3.6.5 Quanto à fase da internação recomendada para intervenção nas pesquisas.....	19
1.3.6.6 Quanto ao foco de intervenção psicossocioeducacional da pesquisa.....	20
1.3.7 Produtos da literatura: as implicações para o trabalho.....	22
1.4 Objetivos do trabalho.....	23
1.5 Os desafios da estrutura do trabalho.....	24
1.6 Esquema do trabalho.....	25
1.7 Andamento do trabalho.....	26
Capítulo 2 - Metodologia.....	27
2.1 Pesquisa-ação.....	27
2.2 Ética.....	28
2.3 Contexto.....	28
2.3.1 Contexto Institucional.....	29
2.3.2 Contexto Assistencial.....	33
2.4 Apresentação dos Resultados.....	38
2.5 Andamento do trabalho.....	39
Capítulo 3 - Resultados.....	40
3.1 Assistência atual.....	41

3.2	Análise da assistência atual	42
3.2.1	Variedade de especialidades cirúrgicas	43
3.2.2	Caráter interdisciplinar.....	43
3.2.3	Paciente como alvo da assistência.....	44
3.2.4	Intervenções de natureza psicossocial.....	46
3.2.4.1	Rede e Equipe.....	46
3.2.4.2	Diagnóstico e Avaliação	51
3.2.4.3	Subjetividade e Vivência	57
3.3	Proposta de um protocolo de atendimento	58
3.3.1	Eixo 1 - Atendimento com foco na internação	61
3.3.2	Eixo 2 - Caráter interdisciplinar	61
3.3.3	Eixo 3 - Suporte em pesquisa e autocrítica	61
3.3.4	Eixo 4 - Paciente como centro.....	62
3.3.5	Eixo 5 - Atenção à rede de apoio e à equipe.....	62
3.3.6	Eixo 6 - Uso de diagnóstico e avaliação.....	63
3.3.7	Eixo 7 - Escuta à subjetividade e à vivência	64
3.4	- Andamento do trabalho	64
Capítulo 4	- Discussão.....	65
4.1	Atendimento com foco na internação	65
4.2	Caráter interdisciplinar	69
4.3	Suporte em pesquisa e autocrítica.....	73
4.4	Paciente como centro.....	74
4.5	Atenção à rede de apoio e à equipe.....	77
4.6	Uso de diagnóstico e avaliação.....	80
4.7	Escuta à subjetividade e à vivência.....	83
4.8	Utilidade, limitações e sugestões.....	85
4.9	Andamento do trabalho.....	88
Capítulo 5	- Considerações Finais.....	89
5.1	Síntese.....	89
5.2	Continuum de limites de atuação.....	90
5.3	Política Nacional de Humanização.....	93
5.4	Lá e de volta outra vez.....	98
5.5	Andamento do trabalho.....	100
REFERÊNCIAS	101
ANEXOS	122
Anexo 1	Sobre a APA e a Divisão 38	123
Anexo 2	Referências na literatura por foco psicossocial.....	124
Anexo 3	Aprovação Comitê de Ética Projeto 106/2008.....	125
Anexo 4	TCLE para participante usuário	126
Anexo 5	Comunicação da aprovação da Emenda 106/2008	127
Anexo 6	TCLE para participantes equipe.....	128
Anexo 7	Relatório do Projeto de Extensão de 2010.....	129
Anexo 8	Sobre a Terapia Comunitária.....	130
Anexo 9	Sobre o PAPO.	131

Lista de Tabelas

Tabela 1. Síntese da revisão sistemática da literatura.....	19
Tabela 2. Aplicação dos critérios estabelecidos.....	21
Tabela 3. Focos de intervenções psicossocioeducacionais.....	27
Tabela 4. Termos, elementos das definições e consequências.....	86

Lista de Figuras

Figura 1	Representação da revisão sistemática de literatura.....	22
Figura 2	Distribuição das recomendações por fase de internação...	26
Figura 3	Introdução no andamento do trabalho.....	33
Figura 4	Metodologia no andamento do trabalho.....	46
Figura 5	Resultados no andamento do trabalho.....	75
Figura 6	Discussão no andamento do trabalho.....	88
Figura 7	<i>Continuum</i> da atuação do psicólogo.....	118
Figura 8	Considerações Finais no andamento do trabalho.....	130

Lista de Abreviaturas

ABRATECOM	Associação Brasileira de Terapia Comunitária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	<i>American Psychological Association</i>
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DEX	Decanato de Extensão
DOSA	<i>day of surgery admission</i>
dp	desvio padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC-HUB	Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
GDF	Governo do Distrito Federal
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression</i>
HASD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HDA	Hospital Docente Assistencial
HDFPM	Hospital do Distrito Federal Presidente Médici
HRAN	Hospital Regional da Asa Norte
HSU	Hospital dos Servidores da União
MISMEC-DF	Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal
MP3	<i>Moving Picture Experts Group</i>
mo	moda
p. ex.	por exemplo
PAPO	Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema
PEAC	Projeto de Extensão de Ação Contínua
PG-PDS	Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
PPI	Intensidade da Dor Presente
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPOP	Prontuário Psicológico Orientado para o Problema
PRI	Índice de Estimativa de Dor
RSE	<i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
VAS	Escala Visual Analógica
WOMAC	<i>Western Ontario and MacMasters Universities Osteoarthritis Index</i>

Capítulo 1 - Introdução

1.1 Tema: assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado

A assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado é o tema geral deste trabalho, que o delimita em termos da estruturação e sistematização de uma forma prática de prestar esta assistência. Como base teórico-filosófica, utiliza-se a Psicologia da Saúde, tal como definida pela Divisão 38 da *American Psychological Association* (APA, 2012a).¹

A assistência ao paciente cirúrgico no contexto da internação hospitalar possui interfaces que fazem deste campo um desafio constante para as diversas especialidades de saúde envolvidas. Para fazer frente a estes desafios, psicologia, medicina, nutrição, enfermagem, serviço social, entre outras, estabelecem formas práticas e organizadas de atendimento cujas técnicas podem incluir medidas sob observação natural, respostas a questionários e entrevistas, exposição a procedimentos observacionais controlados, submissão a procedimentos médicos invasivos e exames físicos em ambiente controlado, entre outros. Essas interfaces desafiadoras ocorrem no cotidiano da assistência. Por exemplo, um paciente com falhas na rede socioassistencial (serviço social), pode ser internado num estado de empobrecimento alimentar (nutrição), que afeta as condições da estadia de internação (enfermagem), bem como a compreensão dos procedimentos e necessidades de colaboração comportamental (psicologia), podendo levar a repercussões diretas sobre o processo anestésico, com potencial de inviabilizar ou prejudicar, o ato cirúrgico (medicina).

Diante destas interfaces, nas exigências práticas do trabalho em uma enfermaria, toma-se como base que a atuação do Psicólogo, como uma vertente da Psicologia da Saúde, pressupõe o desenvolvimento de formas de atendimento sistematizadas, integradas e flexíveis ao contexto institucional em que está o paciente cirúrgico, com potencial de organizar, dar visibilidade ao papel das variáveis psicológicas sobre a construção de processos eficientes de adesão às terapêuticas, propostas pelos diversos profissionais de saúde, bem como de enfrentamento dos procedimentos cirúrgicos, com potencial de impacto positivo sobre a qualidade total da assistência.

¹ Disponibilizado texto sobre a APA e a Divisão 38 no Anexo 1.

1.2 O problema: falta de sistematização crítica da assistência

Seguindo os passos da constituição da própria Psicologia da Saúde, este trabalho nasceu de um problema prático: a implantação e o desenvolvimento da assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, a partir da lotação da autora na Divisão de Psicologia como técnica (função psicóloga) do Quadro Permanente de Pessoal da Fundação Universidade de Brasília, e sua permanência na Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB).

Ao se buscar protocolos e referências deste tipo de assistência, junto ao conselho de classe, observou-se que, se por um lado, o Conselho Federal de Psicologia promove importantes discussões acerca do papel do Psicólogo na assistência hospitalar (CFP, 2006, 2011), com avanços significativos em termos de referências técnicas para atuação, tais como no campo da DST/Aids (CFP, 2008). Por outro lado, ainda não se tem estabelecidas normas e diretrizes protocolares claras para esta assistência, nos moldes como já foram pensadas e pactuadas as diretrizes para a atuação, formação, limites e atribuições dos(as) psicólogos(as) que atuam no Sistema Prisional, por exemplo (BRASIL, DEPEN, & CFP, 2007).

Diante desta realidade, estruturou-se uma forma de assistência com base em amplo levantamento de dados e necessidades das pessoas e equipes atendidas; elaborou-se instrumentos, roteiros de entrevistas, rotinas de atendimentos, formas de registros, critérios de avaliação e estatísticas dos atendimentos, que formam o conjunto atual de ações e intervenções voltadas às necessidades do paciente cirúrgico internado no HUB.

No que se refere ao profissional da Psicologia, Cabral (2007) ressalta que muitas vezes o próprio Psicólogo não tem consciência de quais sejam suas tarefas e seu papel em uma unidade hospitalar, o que é reforçado pelas próprias unidades hospitalares, que têm dúvidas quanto ao que esperar desse profissional. Por isso, é preciso desenvolver, estabelecer e aperfeiçoar modos sistematizados de atendimento intra-hospitalar, que incluam a estruturação de mecanismos que viabilizem e melhorem o sistema de comunicação interdisciplinar, de modo a torná-lo menos fragmentado e verdadeiramente mais integral. Neste sentido, justificam-se os esforços na elaboração de trabalhos que visem a constituição, organização, sistematização e crítica desta prática de assistência com

demanda crescente de inserção no Brasil, marcadamente na assistência pública (CFP, 2006, 2011).

O problema estabelecido pelo presente trabalho é que, se por um lado, criou-se uma assistência que hoje está em funcionamento, por outro lado, faltava a elaboração e o exercício de uma crítica a esta assistência que estivesse fundamentada na literatura e dialogada com a academia, com o potencial de lançar as bases, abrir as portas e estimular a reflexão diante de outros problemas práticos enfrentados pelos psicólogos inseridos no contexto do atendimento hospitalar.

1.3 Recomendações da literatura: o desafio da revisão sistemática

Diante da necessidade de sistematização de um *fazer*, o desafio da revisão bibliográfica foi obter uma visão do conjunto de intervenções, ou possibilidades de um *fazer*, de cunho psicossocioeducativo, a serem realizadas ou sugeridas para o paciente cirúrgico internado, recomendadas ou pensadas como produtos e/ou reflexões de pesquisas que tivessem a prática da assistência na internação como contexto.

Aqui uma nota se faz necessária. Pensou-se em analisar todos os artigos obtidos na revisão sistemática em relação: ao tipo de cirurgia, ao número de participantes, à distribuição dos participantes entre homens e mulheres, aos instrumentos utilizados, ao tipo de análise predominante, aos recursos estatísticos e à abordagem metodológica. Esses itens, por mais interessantes que sejam, não estão diretamente ligados ao objetivo final do esforço da revisão sistemática, que foi obter o conjunto das recomendações práticas de quem faz pesquisa prática. Isso não impediu que se montasse um banco de dados paralelo de artigos, para futuras consultas e trabalhos de detalhamento nas questões metodológicas e instrumentais. Para o presente trabalho foi suficiente supor que, de alguma forma, esses artigos já haviam recebido alguma crítica metodológica pelos pares, como pré-requisito para serem publicados nas bases científicas.

A revisão sistemática, objetivando colher as recomendações dos autores para a prática do atendimento ao paciente cirúrgico internado, efetuou-se em seis fases: (Fase 1) escolha das bases de pesquisa e elaboração dos critérios; (Fase 2) seleção de palavras-chave significativas; (Fase 3) levantamento dos títulos e resumos dos artigos; (Fase 4) aplicação dos critérios e levantamento dos artigos na íntegra; (Fase 5) identificação das recomendações e (Fase 6) exame das recomendações para a prática.

1.3.1 Fase 1 - Bases e critérios de inclusão

Na **Fase 1**, as bases de pesquisa escolhidas, pela relevância no meio científico, foram *Lilacs*, *PePsic*, *PubMed/Medline*, *Scielo* e *Web of Science*. Os critérios de inclusão adotados para o levantamento foram: (a) ser redigido em língua inglesa e/ou portuguesa e/ou espanhola, (b) ter data de publicação entre set/2004 e fev/2012²; (c) abordar exclusivamente seres humanos na fase adulta; (d) ser predominantemente empírico; e (e) abordar temas compatíveis com a assistência psicossocial e/ou psicoeducacional ao paciente cirúrgico internado.

1.3.2 Fase 2 - Palavras-chave e visão geral do campo

Na **Fase 2**, a seleção de palavras-chave significativas efetivou-se com os seguintes procedimentos: (a) técnica de tempestade de ideias para levantar palavras relacionadas ao tema; (b) teste de levantamento de material com essas palavras; (c) apresentação, com o material levantado, de uma visão geral do campo; e (d) refinamento e agrupamento das palavras significativas. As fases estão descritas a seguir.

Na **Fase 2(a)**, com a técnica de tempestade de ideias, obteve-se as seguintes palavras e/ou expressões: *admission*, *anxiety*, *day of surgery*, *depression*, *fear*, *guideline*, *information provide*, *preoperative care*, *perioperative care*, *postoperative care*, *preoperative information*, *perioperative information*, *postoperative information*, *preoperative education*, *postoperative education*, *preoperative preparation*, *preoperative psychological intervention*, *perioperative psychological intervention*, *postoperative psychological intervention*, *surgery*, *ongoing patient*.

Na **Fase 2(b)**, testou-se as palavras nas bases e critérios estabelecidos, o que possibilitou que se transferisse criticamente, para segundo plano de prioridade, palavras que não foram produtivas, como *admission*, *ongoing patient*, *day of surgery*, *guideline*, *information provide*, *preoperative preparation*.

² A revisão sistemática foi efetivada em três momentos. O primeiro levantamento, correspondente à Fase 1, foi em set/2009, usou como critério de tempo 'os últimos 5 anos', obtendo, dessa forma artigos a partir de set/2004. O segundo levantamento realizou-se em mar/2010, e o terceiro levantamento, que somou, mesclou e atualizou os dois anteriores realizou-se em fev/2012. Nesta dinâmica, a revisão obteve trabalhos do período entre set/2009 e fev/2012.

Na **Fase 2(c)**, observou-se que as pesquisas abordam uma amplitude de temas e enfoques. Parte da variedade de contextos, de especialidades cirúrgicas, de possibilidades de ações de cunho psicossocioeducativo ao paciente cirúrgico, como uma visão geral do campo, é apresentada a seguir. Uma nota se faz necessária: a visão geral do campo, apresentada a seguir, aborda trabalhos do período de 2002 a 2009, uma vez que foram selecionados a partir do acervo de trabalhos anteriores à revisão sistemática acrescido do levantamento realizado em mar/2010.

Kehlet e Wilmore (2002) mostraram que o desenvolvimento de um protocolo pré-operatório trouxe benefícios à redução da morbidade e da mortalidade de pacientes cirúrgicos. Em que pese não terem mencionado especificamente o profissional psicólogo, o protocolo apontou para intervenções que objetivaram melhorar a qualidade dos programas cirúrgicos, com redução do estresse, aceleração do processo de reabilitação, diminuição do tempo de hospitalização e aumento da satisfação e da segurança do paciente. Os autores apontaram que a ansiedade e o medo constituem fatores de atraso da reabilitação, enquanto as informações pré-operatórias e a preparação psicológica atuam como fatores de aceleração da reabilitação.

Mitchell (2003) discorreu sobre ansiedade do paciente cirúrgico e argumentou que a ideia norteadora da assistência é que pacientes permaneçam cada vez menos tempo no hospital, mesmo já sendo considerada breve a estadia do paciente cirúrgico. O autor listou os medos do paciente relativos à anestesia, cirurgia, dor e inconsciência e argumentou que, se estes medos forem conhecidos, poder-se-á desenvolver estratégias de manejo que minimizem tais desconfortos. O levantamento referiu dois tipos de ansiedade: (a) ansiedade comum, com preocupações sobre anestesia, efeitos colaterais da recuperação da anestesia e método de indução de drogas anestésicas; e (b) ansiedade específica: maior no pré-operatório, referida na entrada no hospital, nas primeiras horas, ligada a informações reduzidas no pré-operatório, cirurgias não-voluntárias e método de indução anestésica. O autor refere a relação anestesia-ansiedade como importante fator no manejo de ansiedade por medicação e distração (por música, televisão, relaxamento e visitas) e ainda destaca dois desafios a serem superados: (a) a questão da definição da ansiedade do paciente como um problema clínico, típico do contexto e potencialmente comum a todos os pacientes, ou uma questão individual a ser abordada do ponto de vista médico, uma vez que é importante manter o equilíbrio fisiológico para evitar possíveis problemas com anestesia; e (b) o fato

das intervenções terapêuticas, incluindo medicação e distração, serem sempre limitadas em termos de efeitos.

Ng, Chau e Leung (2004), bem como Gilmartin (2004), constataram que o uso de informações básicas e específicas sobre o procedimento cirúrgico e o suporte psicológico pré e pós-operatório foram efetivos na redução de ansiedade dos pacientes.

Caracciolo e Giaquinto (2005) realizaram estudo prospectivo para investigar a associação entre o *distress* autopercebido e a recuperação funcional autopercebida após reabilitação pós-operatória. Os autores aplicaram, no período pós-operatório, a escala *Western Ontario and MacMasters Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC), que investiga, com 24 itens, os temas dor (pain), firmeza (stiffness), e funcionalidade (function), e compararam com os índices obtidos pela escala *Hospital Anxiety and Depression* (HAD), que avalia a ocorrência de ansiedade e depressão em pacientes internados não psiquiátricos. As análises estatísticas mostraram que *distress* e depressão estão significativamente associados no período de recuperação pós-operatório inicial. Os autores recomendam a verificação e tratamento de *distress* e depressão na admissão de pacientes cirúrgicos.

Fitzpatrick (2005) investigou o que é considerado 'usual' entre os programas de preparação pré-operatória de hospitais da Irlanda e mostrou que os participantes descrevem conteúdos muito diversos e fluídos. O uso de ferramentas educacionais era inconsistente e dependia da disponibilidade e das práticas das enfermeiras, individualmente.

Juan (2005) comparou pacientes que receberam acompanhamento de psicoprofilaxia cirúrgica (G1) com os que não receberam (G2). Em que pese o artigo carecer de detalhamento dos instrumentos, critérios de seleção e análises estatísticas, a autora encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à dor, sentimentos de bem-estar, ansiedade pós-operatória e estresse pela hospitalização, com indicadores mais positivos para o G1.

Sebastiani e Maia (2005), ao discutirem as contribuições da psicologia na atenção ao paciente cirúrgico comentaram que:

"entende-se que nenhum paciente está efetivamente preparado para realizar uma cirurgia, sendo necessário a atuação psicológica neste momento. O psicólogo deve atuar com o objetivo de minimizar a angústia e ansiedade do paciente, favorecendo a expressão dos sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada, proporcionando também, um clima de

confiança entre o paciente e equipe de saúde, e facilitando a verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico". (p.54)

Stoddard, White, Covino e Strauss (2005) avaliaram se o fornecimento de informação poderia reduzir a ansiedade. Os autores partiram de referências teóricas que embasam o fornecimento de informações como redutor de ansiedade por permitir que o paciente discrimine situações seguras das inseguras. Em termos de *coping*, os pacientes foram classificados pelos autores como *blunters* (que evitam receber informações cirúrgicas) e *monitors* (que buscam receber informações cirúrgicas). Ambos foram distribuídos randomicamente em dois grupos: os que receberam telefonema do anestesista apenas confirmando o procedimento, e os que, além da confirmação, foram convidados a fazer perguntas e esclarecimentos. Como resultados, apesar das diferenças de estilo de *coping* entre os pacientes, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em termos de tempo de telefonema, nem em termos de ansiedade. Em outras palavras, os pacientes *monitors* não exigiram mais tempo de telefone do que os *blunters*. Os autores recomendam o fornecimento de informação a cada paciente, conforme suas necessidades e estilos de enfrentamento, a serem identificados previamente.

Warner, Patten, Ames, Offord e Schroeder (2005) pesquisaram se a reposição de nicotina no período pré-operatório poderia minimizar os efeitos da abstinência. Utilizaram metodologia duplo-cego, no qual um grupo recebeu reposição com substância ativa e outro com placebo. Não houve diferença significativa entre os grupos, mas redução global do consumo, nos dois grupos, 30 dias após a cirurgia.

Aguilar-Nascimento et al. (2006) estudaram a implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios, realizando trabalho com terapia nutricional em pacientes de cirurgia geral. Os autores mostraram que, com o uso de um protocolo sistematizado, dentro das condições de realidade do hospital, houve efetiva melhora da morbidade e redução do tempo de internação.

Carr, Brockbank, Allen e Strike (2006) investigaram eventos, sob a perspectiva de pacientes submetidas à cirurgia ginecológica, que poderiam aumentar ou diminuir a ansiedade nos períodos pré e pós-operatório, com destaque para altos níveis de ansiedade antes da admissão no hospital, o que aponta a vulnerabilidade das pacientes à experiência de internação e submissão à cirurgia. No mesmo estudo, com relação ao tema-chave

'causas da ansiedade', os autores listaram os seguintes sub-temas: (a) organização e dispensa de cuidados, com foco em espera/tempo, cancelamentos, staff, meio hospitalar; (b) tornando-se um paciente, com foco em aspectos psicológicos e comportamentais de tornar-se um paciente; (c) não saber, com foco em informações, eventos inesperados, complicações e efeitos colaterais e dor; e (d) preocupações com os outros, com foco em preocupações com família e amigos e outros pacientes.

Com relação ao tema-chave 'alívio da ansiedade', os autores listaram os seguintes sub-temas: (a) pessoas, com foco em *staff* do hospital, outros pacientes, família e amigos, retomando a si mesmo; (b) sendo preparado, com foco em experiências prévias e informações prévias; e (c) dor, com foco em bom manejo da dor. O estudo destacou, desta forma, a importância da admissão hospitalar como um momento de fragilidade do paciente, que necessita de atenção e manejo de temas específicos.

Dorsten (2006) enfatizou a importância de procedimentos de preparação psicológica no período pré-cirúrgico e analisou casos de cirurgias para implantes de estimuladores espinhais em pacientes com dores crônicas intratáveis. Dentre os procedimentos preparatórios, destacaram-se: intervenção psicoeducacional especializada, avaliação das expectativas do tratamento, manejo de humor e emoções, encorajamento para monitoramento de medidas de dor pré e pós-cirúrgicas, instrução para aprendizagem de técnicas de relaxamento e melhoria da higiene do sono.

Maddison Prapavessis e Clatworthy (2006) testaram a eficácia de vídeo educativo (*modeling video*), com bons resultados sobre a redução da percepção de ansiedade e dor no pré-operatório, bem como melhora da autoeficácia e funcionalidade após cirurgia.

Magalhães, Segurado, Marcolino e Mathias (2006) apontaram a carência de estudos sobre a situação emocional dos pacientes com câncer frente à proximidade da internação para o ato anestésico-cirúrgico e mostraram a relevância da avaliação pré-anestésica e psicológica para o bem-estar do paciente durante a internação.

Rothwell, Bokey, Keshava, Chapuis e Dent (2006) mostraram benefícios concretos na recuperação do paciente a partir de implantação de uma política de admissão do paciente cirúrgico, designada *day of surgery admission* (DOSA), que incluiu informações sobre a cirurgia, planejamento terapêutico, suporte psicológico e instruções para preparação pré-cirúrgica em casa. Em revisão de banco de dados de quatro anos de cirurgias eletivas para ressecção de tumores sólidos, os dados sugerem que a DOSA

oferece proteção contra complicações respiratórias e estados confusionais orgânicos pós-operatórios prolongados.

Sendelbach, Halm, Doran, Miller e Gaillard (2006) estudaram os efeitos de sessões de terapia de música ao vivo com pacientes em recuperação de cirurgia cardíaca e obtiveram redução significativa de dor e ansiedade, embora sem diferenças significativas em indicadores de pressão sanguínea, batimentos cardíacos e uso de opióide.

Vargas, Maia e Dantas (2006) investigaram os sentimentos dos pacientes no período pré-operatório, em pesquisa qualitativa com 20 pacientes do sexo masculino, com idades que variaram de 39 a 89 anos, em cirurgia cardíaca, e constataram as seguintes categorias: (a) sentimentos de apreensão: medo, preocupação, ansiedade, receio, cisma e nervosismo; e (b) sentimentos de esperança de possível cura e reabilitação, sentimentos de tranquilidade, vindos da fé em Deus, do contato com outros pacientes submetidos à cirurgia e de saber que o risco de morrer é maior sem a cirurgia. Os sentimentos de apreensão dominaram a primeira parte do pré-operatório e, depois, os sentimentos positivos e de esperança se tornaram mais frequentes. A pesquisa apontou a relevância da exposição a experiências positivas e reforçadoras durante o período de internação.

Lenardt, Hammerschmidt, Pívaro e Borghi (2007) pesquisaram os constrangimentos dos idosos nos eventos de hospitalização, e utilizaram entrevista de questão única com metodologia de análise do discurso. Como resultado, cinco categorias de constrangimento foram elaboradas: (a) instrumentos utilizados para o cuidado; (b) interação com a equipe de profissionais; (c) nudez; (d) internação em quarto coletivo; e (e) uso do avental cirúrgico. As autoras contextualizaram os constrangimentos em termos de diferença de experiência histórica da geração dos idosos e a dos cuidadores atuais. Estes cuidadores tiveram adolescência na década de 1970, onde houve grande questionamento de valores pessoais e comportamentos sociais. Esta vivência histórica permeou os significados que os sujeitos constroem a cada interação, de modo que são incorporados ao fazer profissional, incluindo as rotinas de trabalho. Em outras palavras, o que pode ser natural para o cuidador, como, por exemplo, a nudez, é vivido como escandaloso e constrangedor para o idoso. As autoras relataram que "os profissionais habituados a realizar os procedimentos conforme a rotina de trabalho estabelecida, muitas vezes não percebem o quanto esta sequência de atos e procedimentos pode ser aversiva ao paciente e, principalmente, para a

pessoa idosa" (Lenardt et al., 2007, p. 738), o que pode reduzir a colaboração, adesão e a aceitação dos pacientes.

Moraes e Dantas (2007) avaliaram pacientes cardiopatas internados para tratamento cirúrgico e destacaram a necessidade de avaliação de suporte social, definido como apoio emocional e instrumental, como preditor de qualidade de vida durante o período de internação.

Sharma, Sharp, Walker e Monson (2007) investigaram preditores de qualidade de vida no período pós-operatório. Os autores aplicaram escalas padronizadas e validadas antes da cirurgia e seis semanas após a alta. Os resultados mostraram alta correlação dos índices nos períodos pré e pós-cirúrgico, e a linha de base de qualidade de vida no período pré-cirúrgico foi estatisticamente significativa como um importante preditor da qualidade de vida no período pós-cirúrgico. Os autores recomendam investigação sistemática da qualidade de vida do paciente no período pré-cirúrgico.

Camic (2008) destacou os benefícios de processos criativos em psicologia da saúde e analisou achados recentes sobre o uso da arte nos cuidados à saúde, tais como, produzir mudanças positivas fisiológicas e psicológicas nos procedimentos, reduzir o consumo de medicação, reduzir o tempo de internação, aumentar satisfação no trabalho dos profissionais de saúde, promover melhor relação médico-paciente, produzir cuidados mais eficientes em saúde mental e desenvolver empatia dos profissionais de saúde nas relações de gênero e diversidade cultural.

Gilmartin e Wright (2008) realizaram um estudo qualitativo, utilizando abordagem hermenêutica fenomenológica, entrevistando 20 pacientes cirúrgicos, com internação breve, nas especialidades ginecologia, urologia e cirurgia geral. A análise qualitativa mostrou quatro eixos de conteúdos: (1) sentimento de empoderamento na preparação (com as explicações dos profissionais e o encontro com o cirurgião); (2) apreensão (ameaça potencial da anestesia e procedimento cirúrgico, vulnerabilidade na área de espera com pessoas de outro sexo, temor pelos desafios no período pós-cirúrgico); (3) sentimento de abandono na área de espera pré-operatória; e (4) sintomas adversos na experiência de recuperação cirúrgica (náusea, felicidade por acordar, dor, dificuldade de respirar, dentre outros). As autoras destacam a carência da literatura no que se refere à análise da experiência do paciente no período desde a admissão até a alta, e, com isso, ansiedade e necessidades potenciais dos pacientes não são bem articuladas. As recomendações do

artigo incluem fortalecer o suporte emocional centrado na pessoa; identificar os fatores ambientais que podem aumentar a ansiedade do paciente; promover o uso da música no período pré-operatório; usar habilidades dinâmicas interpessoais para reduzir ansiedade e sentimentos de abandono; estar alerta à comunicação verbal, paralinguagem e indicativos não-verbais demonstrados pelo paciente; e fornecer informações específicas e cuidadosas sobre os procedimentos e a rotina cirúrgica.

Gurlit e Möllmann (2008) relataram experiência de prevenção de quadros de *delirium* no período perioperatório em idosos, acima de 85 anos. Os autores identificaram índices de *delirium* que variaram de 2,45 a 12,7% em cirurgias, com grande sofrimento para pacientes e cuidadores. Foram expostas estratégias de prevenção, com ênfase no funcionamento dinâmico do grupo de profissionais de saúde e valorização da enfermagem geriátrica, e recomendações voltadas à educação, identificação e reconhecimento de fatores de risco.

Kobayashi, Sugimoto, Matsuda, Matsushima e Kishimoto (2008) estudaram pacientes com câncer de cabeça e pescoço, investigando a influência da autoestima pré-operatória sobre o *distress* psicológico durante o tratamento. O estudo foi realizado com 58 pacientes, conhecedores do diagnóstico e com cirurgia agendada. Foram usadas as escalas *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE) e *Hospital Anxiety and Depression* (HAD), ambas na versão japonesa. A escala RSE foi aplicada três vezes: no pré-operatório, em 7 a 10 dias depois da cirurgia e seis meses após a cirurgia. A escala HAD foi aplicada no pré-operatório e seis meses após a cirurgia. Os participantes foram divididos em dois grupos: os que obtiveram altos escores de autoestima no período pré-operatório (HSEG) e os que obtiveram baixos escores de autoestima no período pré-operatório (LSEG). Os resultados mostraram menores níveis de ansiedade e depressão no grupo HSEG, e piores índices no grupo LSEG. Em que pese a limitação do número de participantes, o estudo indicou que a autoestima no pré-operatório pode afetar o *distress* psicológico subsequente.

Mancuso et al. (2008) verificaram que módulos educacionais no formato de aulas, no período de 12 meses de reabilitação, poderiam realinhar as expectativas de recuperação, funcionalidade e bem-estar, de modo a estarem mais coincidentes com as recomendações dos cirurgiões. O estudo evidenciou a relevância do acompanhamento ambulatorial para a reabilitação do paciente cirúrgico. Isso se tornou particularmente importante para viabilizar a necessidade de diálogo entre as equipes de acompanhamento ambulatorial e as equipes

de cuidados perioperatórios. Em outras palavras, não há que se sobrecarregar nem o período ambulatorial (de preparação e de reabilitação), nem o período de internação cirúrgica.

Ramos et al. (2008) mostraram que os pacientes com maiores índices de ansiedade pré-cirúrgica tiveram maiores índices de cortisol salivar na recuperação pós-cirúrgica mais prolongada. Os autores observaram que os estudos se dividem em estratégias diferentes para manejo de ansiedade do paciente: modificando a estrutura do hospital (pátios, janelas, músicas); alterando a rotina do hospital (mais acesso aos familiares, compartilhar com quem já fez a cirurgia); e provendo suporte psicológico adequado (técnicas cognitivas, comportamentais, informativas). Diante das possibilidades, os autores chamaram a atenção para a necessidade de isolar os fatores psicossociais de risco para se prover uma abordagem mais integral ao paciente, melhorando a qualidade dos cuidados.

Schnur et al. (2008) demonstraram que uma sessão de 15 minutos de hipnose antes de procedimento cirúrgico de biópsia excisional de seio foi capaz de reduzir *distress* pré-cirúrgico, em comparação a pacientes que receberam a mesma quantidade de atenção profissional sem intervenção ativa. A redução do *distress* incluiu menor aborrecimento emocional, menos depressão, menos ansiedade e significativamente mais relaxamento após o procedimento. Mais de 75% dos participantes do grupo que receberam hipnose sentiram-se significativamente melhor, emocionalmente, do que o grupo controle.

Shapira-Lichter et al. (2008) realizaram estudo mostrando, com parâmetros fisiológicos, o ato cirúrgico como um importante estressor, capaz de induzir transtornos emocionais e cognitivos, que começam antes da cirurgia e se exarcebam 24 horas após a cirurgia. Os autores chamaram a atenção para o fato de que um dia após a cirurgia os pacientes experimentaram uma combinação dos efeitos da cirurgia, anestesia, dor e estresse psicológico.

Walworth, Rumana, Nguyen e Jarred (2008) pesquisaram efeitos da música ao vivo para pacientes de cirurgia eletiva no cérebro, registrando indicadores de qualidade de vida (ansiedade, percepção da hospitalização, relaxamento, estresse, humor, medicação para dor e tempo de hospitalização) antes e depois do procedimento cirúrgico. Os resultados indicaram que houve melhora nos índices de ansiedade, percepção da hospitalização, relaxamento e estresse, mas não houve diferença em humor e dor. Poucos participantes

receberam medicação para dor pós-operatória, o que impossibilitou a análise, e não houve diferença significativa quanto ao tempo de hospitalização.

Mochizuki, Matsushima e Omura (2009) estudaram aspectos psicológicos perioperativos em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. Os autores observaram maiores índices de ansiedade antes da cirurgia e maiores índices de depressão após a cirurgia. Os fatores de qualidade de vida (física, social/familiar, psicológica, funcional) diminuíram imediatamente após a cirurgia, mas melhoraram um mês após a alta. Os autores recomendaram que os dados sejam utilizados: (a) para o planejamento dos períodos pré, pós-operatório e de alta, com base nas mudanças psicológicas e de qualidade de vida; e (b) para a elaboração de programas educacionais de apoio aos pacientes cirúrgicos e familiares, esclarecendo dificuldades físicas e psicológicas a serem esperadas.

Nilsson (2009) investigou os efeitos da música sobre o relaxamento de paciente de cirurgia cardíaca no repouso pós-cirúrgico. A música foi oferecida por 30 minutos por aparelho de MP3 (*Moving Picture Experts Group*) conectado a um travesseiro especial. A música foi do tipo MusiCure, definida como um tipo de música suave (60-80bpm), com volume de 50-60dB, e com várias melodias. Foram registradas medidas fisiológicas, incluindo saturação de oxigênio, no processo de relaxamento conduzido com os pacientes. Embora a autora esclareu que relações causais não poderiam ser estabelecidas, os dados embasaram a recomendação de intervenção com música em pacientes cirúrgicos cardíacos.

Constatou-se, nessa **visão geral**, diversidade das pesquisas sobre assistência psicológica ao paciente cirúrgico, com focos variados em: alterações no humor, depressão e memória (Mochizuki et al., 2009; Shapira-Lichter et al., 2008; Walworth et al., 2008), ansiedade (E. Carr et al., 2006; Maddison et al., 2006; Mochizuki et al., 2009; Ng et al., 2004; Nilsson, 2009; Ramos et al., 2008; Sendelbach et al., 2006; Sharma et al., 2007; Walworth et al., 2008), autoestima (Kobayashi et al., 2008), constrangimentos, *delirium* (Gurlit & Möllmann, 2008), enfrentamento (Mitchell, 1997), estresse (Nilsson, 2009; Walworth et al., 2008), expectativas de recuperação e bem-estar (Mancuso et al., 2008), importância da avaliação e preparação psicológica (Dorsten, 2006; Magalhães et al., 2006; Sebastiani & Maia, 2005), medo da cirurgia, da dor e da inconsciência (Mitchell, 2003), reações emocionais diversas (medo, ansiedade, agitação, estresse) (Juan, 2005), abstinência de nicotina (Warner et al., 2005), dor (Juan, 2007; Maddison et al., 2006; Sendelbach et al., 2006; Warner et al., 2005), sentimentos de apreensão e positivos de

esperança (Vargas et al., 2006), suporte social (Moraes & Dantas, 2007), *distress* e depressão no período inicial de reabilitação pós-cirúrgica (Caracciolo & Giaquinto, 2005; Kobayashi et al., 2008; Schnur et al., 2008).

A literatura mostrou-se diversificada, também, quanto às recomendações para as rotinas hospitalares de práticas psicoeducacionais e/ou de saúde e/ou na forma de realização do serviço de assistência à equipe e/ou ao paciente cirúrgico, nos períodos pré, peri e pós-operatório tais como: ações psicoeducacionais (Dorsten, 2006); avaliações com diferentes focos como *distress*, depressão, qualidade de vida, fatores de risco, autoestima (Caracciolo & Giaquinto, 2005; Gurlit & Möllmann, 2008; Kobayashi et al., 2008; Ramos et al., 2008; Sharma et al., 2007); entrevistas de acompanhamento (Juan, 2005); ferramentas educacionais (Fitzpatrick, 2005); integração acompanhamento psicológico nas práticas médicas (Juan, 2005); intervenções multimodais (Kehlet & Wilmore, 2002), oferecimento de serviços, como música e vídeo educacional (Maddison et al., 2006; Nilsson, 2009; Sendelbach et al., 2006), qualidade de vida, (Sharma et al., 2007); sentimentos de apreensão e esperança (Vargas et al., 2006); suporte social (Moraes & Dantas, 2007) e tornar a comunicação mais pessoal (Stoddard et al., 2005), suporte emocional centrado na pessoa (Gilmartin & Wright, 2008); suporte psicológico centrado no cliente (Gilmartin, 2004); vídeo como medida profilática (Maddison et al., 2006) e uso da arte (Camic, 2008); programas para pacientes e familiares (Mochizuki et al., 2009).

Tamanha variedade, diversidade, amplitude, multiplicidade de assuntos, focos, ações deixou uma impressão de que se tratava de um campo de pesquisa extenso e quase fragmentado. Tal impressão foi, no entanto, desfeita com o seguimento da revisão sistemática.

Na **Fase 2(d)**, procedeu-se o refinamento, rearranjo e escolha das palavras-chave. Cinco grupos foram elaborados. Cada palavra, ou expressão foi usada com o conectivo “*and surgery*”, ou seja, a pesquisa foi feita em artigos que tinham como indexador determinada palavra acrescida da palavra *surgery*.

Os grupos elaborados foram: (Grupo 1) *preoperative psychological intervention, perioperative psychological intervention, postoperative psychological intervention*; (Grupo 2) *psychological preparation*; (Grupo 3) *preoperative psychological care, perioperative psychological care, postoperative psychological care*; (Grupo 4) *preoperative education, postoperative education, information psychological*; e (Grupo 5) *anxiety, depression, fear*.

A Tabela 1, a seguir, sintetiza os parâmetros da revisão sistemática da literatura.

Tabela 1

Síntese da revisão sistemática da literatura

Grupos de palavras	Bases	Filtros
1 <i>preoperative psychological intervention</i> <i>perioperative psychological intervention</i> <i>postoperative psychological intervention</i>	+ s u	Inglês Português Espanhol
2 <i>psychological preparation</i>	r	set/2004 a fev/2012
3 <i>preoperative psychological care</i> <i>perioperative psychological care</i> <i>postoperative psychological care</i>	g e r y	Humanos Adultos Empírico Psicossocioeducacional
4 <i>preoperative education</i> <i>postoperative education</i> <i>information psychological</i>		
5 <i>anxiety, depression, fear</i>		

1.3.3 Fase 3 - Levantamento dos títulos e resumos

Na **Fase 3**, procedeu-se ao levantamento dos títulos e resumos dos artigos nas bases. Nesta fase não houve qualquer eliminação *a priori*, ou seja, levantou-se todos os títulos e resumos obtidos com as palavras-chave, e identificou-se 1.397 títulos e resumos que foram organizados em uma planilha.

1.3.4 Fase 4 - Aplicação dos critérios e levantamento dos artigos na íntegra

Na **Fase 4**, aplicou-se os mesmos critérios colocados nos filtros *a priori*. A seleção identificou 720 artigos repetidos, número elevado, mas plausível, uma vez que as palavras-chave buscavam artigos de uma mesma natureza. Os 677 títulos e resumos restantes foram examinados um a um, e eliminados 4 por não cumprirem o critério de língua, 1 por ter participante não-humano, 31 por focalizarem participantes não-adultos, 421 por tratarem exclusivamente de períodos anteriores e/ou posteriores à internação cirúrgica, 63 por tratarem de questão exclusivamente biomédica e/ou institucional, e, portanto, sem foco em questões psicossociais ou psicoeducacionais, 11 por não serem empíricos e/ou práticos, e

33 por indisponibilidade de acesso ao artigo na íntegra. Assim, a aplicação dos critérios refinou a pesquisa para 113 artigos. A Tabela 2 resume a aplicação dos critérios

Tabela 2

Aplicação dos critérios estabelecidos.

Número de artigos apurados	1.397
Repetidos e/ou já computados em levantamentos anteriores.	-720
Escritos em outra língua, exceto inglês, português ou espanhol.	-4
Publicados em datas fora do período de set/2004 a fev/2012.	-0
Foco em participantes não-humanos.	-1
Foco principal em participantes não adultos, ou adultos na condição de pais e/ou acompanhantes de pacientes crianças e/ou adolescentes.	-31
Foco em ações e questões relativas ao período anterior (diagnóstico ambulatorial) e/ou posterior à internação cirúrgica (reabilitação), que implicaria em ter o paciente cirúrgico não internado.	-421
Foco em questão exclusivamente biomédica e/ou institucional, não de natureza psicológica, social, cultural, educacional, emocional, relacional.	-63
Formato teórico e/ou de revisão com metodologia não empírica e/ou prática.	-11
Indisponível integralmente para leitura online em rede aberta, e/ou via rede da Universidade de Brasília.	-33
Número de artigos para análise	113

1.3.5 Fase 5 - Identificação das recomendações

Na **Fase 5** efetivou-se a identificação das recomendações dos autores para a prática do atendimento ao paciente cirúrgico internado. A pergunta que norteou a análise foi: *o artigo fez recomendações e/ou sugestões para a prática da assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado?* A análise apurou que, dos 113 artigos selecionados, 63 fizeram recomendações e/ou sugestões claras e diretas, 32 fizeram recomendações indiretas, como por exemplo, enfatizando a importância de se fazer isso ou aquilo de modo geral, e 18 não fizeram recomendações para a prática. Como resultado, obteve-se 95 artigos com recomendações diretas (63) e indiretas (32).

Figura 1 Representação da revisão sistemática de literatura

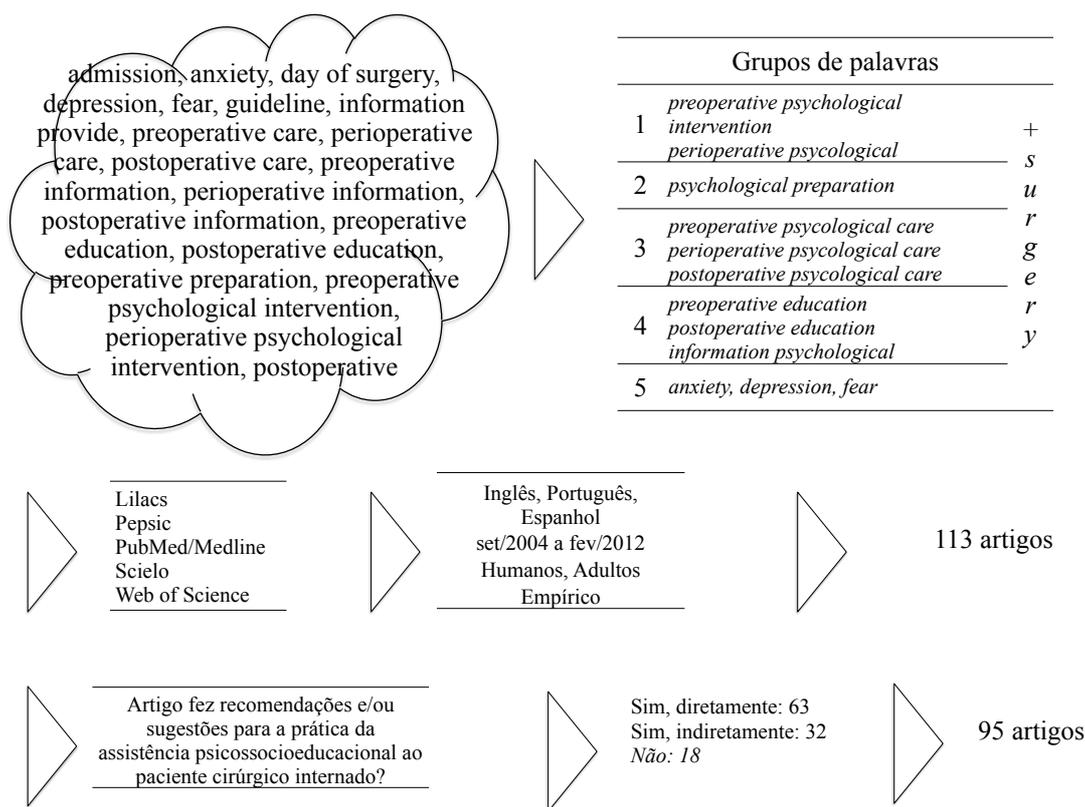


Figura 1. As expressões obtidas por *brain storm* foram testadas num primeiro levantamento que mostrou uma visão geral do campo, e a seguir foram separadas em grupos de palavras que foram pesquisadas em bases e critérios definidos. Dos 113 artigos obtidos, 95 fizeram recomendações diretas e/ou indiretas para a prática da assistência.

1.3.6 Fase 6 - Exame das recomendações para a prática

A revisão sistemática obteve 95 artigos empíricos, com temas totais ou parciais compatíveis com atendimento psicossocial e/ou psicoeducacional ao paciente cirúrgico adulto internado, e com recomendações diretas e indiretas para a prática da assistência. A revisão sistemática com um foco definido (recomendações) possibilitou visualizar, não mais um campo amplo e quase fragmentado, mas as especificidades, os eixos de pesquisa que estão atualmente sendo objeto de investigação.

A análise destas recomendações contidas nos artigos foi efetivada considerando, em termos *gerais*, o **país** onde foi efetivada a pesquisa e **área** da medicina cirúrgica que o artigo tratou, e, em termos *específicos*, as recomendações para a prática foram analisadas quanto: ao **foco** de intervenção psicossocioeducacional, ao **profissional** que o artigo sugere

que exerça/coordene/efetue/faça a recomendação de intervenção, a **quem** recebe as intervenções e/ou os cuidados recomendados, à **fase** da internação que a intervenção deve ser realizada.

1.3.6.1 Quanto ao país onde foi efetivada a pesquisa

Quanto ao **país** onde as pesquisas foram realizadas, obteve-se a seguinte distribuição: EUA (19), Brasil (18), Reino Unido (10), Japão (6), Itália (5), Austrália e Taiwan (4 cada), Turquia (3), Espanha, Noruega, Canadá e Dinamarca (2 cada), Alemanha, Áustria, China, Finlândia, Korea, Lituânia, Nepal, Nova Zelândia, Polônia, Tailândia (1 cada). Ressalta-se EUA e Brasil como principais produtores de artigos com recomendações práticas.

1.3.6.2 Quanto a área da medicina cirúrgica da pesquisa

Em termos de **área** da medicina cirúrgica, obteve-se a seguinte distribuição: cirurgia Cardiovascular (24), diversas áreas cirúrgicas reunidas, por exemplo, cirurgias realizadas sob anestesia geral, e/ou não especificadas no artigo por especialidades³ (23), ortopedia (8), cirurgias gastrointestinais (6), cabeça-pescoço, colo-retal, ginecologia (5 cada), neurocirurgia (4), mastologia, urologia (3 cada), oftalmologia (2), transplante renal (2), otorrinolaringologia, plástica, torácica, transplante cardíaco e transplante ortopédico (1 cada). Em que pese a predominância de artigos que se referiram a cirurgias cardiovasculares, o campo cirúrgico mostrou-se diverso e amplo em termos de especialidades, como ampla e diversa é a prática de uma enfermagem cirúrgica.

1.3.6.3 Quanto ao profissional sugerido pela pesquisa para realizar a intervenção

Nem sempre esteve claramente designado na pesquisa qual **profissional** que o artigo sugeriu que exercesse, coordenasse, efetuasse, fizesse a intervenção recomendada. Neste sentido, a análise se restringiu às recomendações que claramente explicitavam o profissional.

³ Os nomes das especialidades médicas foram registrados conforme especificados nos artigos de referência. Neste trabalho não se apresenta nem se discute a questão das especialidades médicas, assunto que envolveria análises teórico-metodológica e legais, que fogem aos objetivos delineados.

Das 150 recomendações analisadas, em 93 não houve referência a um profissional específico. Nas 57 recomendações restantes, houve referência: (a) a profissionais específicos (por exemplo: enfermagem); (b) a mais de um profissional em listas específicas (por exemplo: medicina, enfermagem e cuidador); e (c) à equipe como um todo, sem especificar um ou mais profissionais.

Nestas condições, obteve-se como distribuição: enfermagem sozinha ou listada na equipe (27), equipe de saúde, *staff*, equipe multidisciplinar, profissionais de saúde como um todo, sem designar ou listar profissionais específicos (16), medicina sozinha ou listada em equipe (12), psicólogo (5), sendo um deles explicitado como psicólogo hospitalar, terapeuta físico (1), profissional de aconselhamento médico (1) e cuidadores (1).

Observa-se a presença significativa de recomendações de intervenções psicossocioeducacionais sugeridas, a maioria delas (57%, conforme Tabela 3 a seguir) implicando na escuta da subjetividade do paciente, a profissionais da enfermagem e da medicina. Por um lado, nota-se a presença, ainda tímida, da psicologia nas pesquisas, e por outro lado, constata-se um campo de interface, base para ações interdisciplinares.

1.3.6.4 Quanto a quem recebe as intervenções nas recomendações das pesquisas

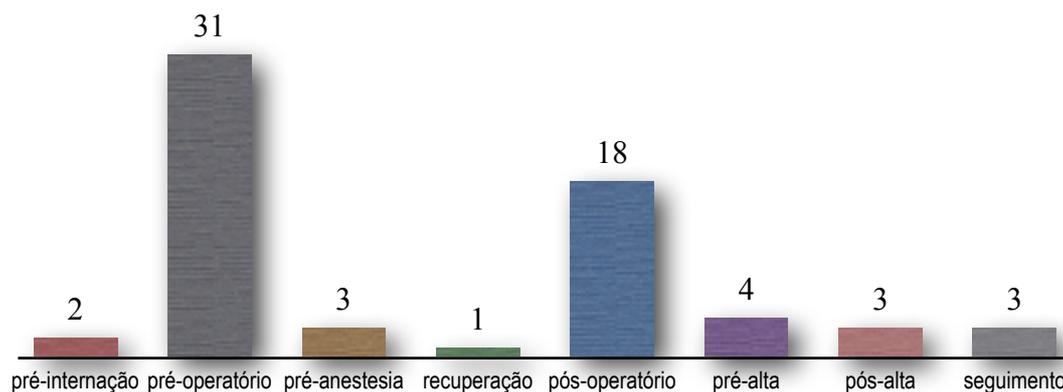
Quanto a **quem** recebe as intervenções e/ou os cuidados recomendados, a análise constatou que as recomendações de intervenções e/ou cuidados foram dirigidas: aos pacientes (144); aos acompanhantes, cônjuges, familiares, ao outro significante, aos outros cuidadores, ao sistema de apoio (13); à equipe e ao cirurgião (5). De fato, as intervenções foram claramente voltadas aos pacientes diretamente, e em segundo lugar aos familiares e acompanhantes, o que está coerente com o tipo de busca realizada na literatura.

1.3.6.5 Quanto à fase da internação recomendada para intervenção nas pesquisas

A revisão sistemática teve como critério que as pesquisas fossem com pacientes cirúrgicos internados. O período total de internação cirúrgica é caracterizado por várias fases, que implicam desde a entrada do paciente até após a alta, classificadas neste trabalho, para fins funcionais, a partir dos termos utilizados nas pesquisas analisadas. Quanto às **fases** da internação que a intervenção deve ser realizada, ou o cuidado deve ser

prestado, quando foi explicitada na pesquisa⁴, obteve-se a seguinte distribuição: pré-internação, pré-admissão, pré-hospitalização (2); enfermaria, pré-operatório (31); sala de espera de cirurgia, peri-operatório, pré-anestesia (3); sala de recuperação (1); pós-operatório (18); pré-alta (4); pós-alta (3); e tempo pós-alta, *follow-up*, seguimento (3). A Figura 2 ilustra esta distribuição.

Figura 2. Distribuição das recomendações por fase de internação.



Fases da internação cirúrgica

Figura 2. As fases com maior concentração de recomendações foram pré-operatório, com 31 recomendações e pós-operatório, com 18 recomendações. Infere-se que o elemento comum a estas fases é o estado consciente do paciente.

Observa-se a concentração de recomendações para as fases da internação pré-operatória (31) e pós-operatória (18), quando o paciente está normalmente consciente e receptivo a intervenções de cunho psicossocioeducacionais.

1.3.6.6 Quanto ao foco de intervenção psicossocioeducacional da pesquisa

Considerou-se como **foco** de intervenção psicossocioeducacional o principal problema, sentimento, sintoma, fator, reação, vivência que a recomendação do artigo pretende e/ou objetiva resolver, melhorar, alterar, aliviar, avaliar, entender e/ou acolher. É o foco de intervenção o responsável pela natureza psicológica da intervenção. Por considerar

⁴ As fases da internação neste trabalho foram nomeadas conforme citadas, explicadas e contextualizadas nos artigos, portanto sem referência ou crítica com base nas fontes teórico-metodológicas e/ou práticas do campo da Enfermagem e/ou Administração Hospitalar, que fogem aos objetivos traçados.

que a intervenção psicológica não ocorre desvinculada, no mínimo, dos aspectos educacionais e sociais, optou-se por qualificar estas intervenções como *psicossocioeducacionais*.

Em que pese cada foco ter sido analisado no todo do artigo, e não apenas como expressão isolada, a definição das categorias foi baseada nos *termos* utilizados pelos autores para designar o foco, posto que não se tem notícia de que algum termo utilizado na Psicologia tenha, atualmente, a qualidade de ser unânime, como, por exemplo, o termo ‘*ansiedade*’ que pode significar tanto um índice, como um conjunto de reações neurovegetativas, como uma vivência pessoal íntima, e assim por diante.

O amplo espectro de questões consideradas focos de intervenções foram classificadas em três grupos definidos, exemplificados e expostos quanto à distribuição a seguir, na Tabela 3, e detalhados quanto às referências no Anexo 2.

Tabela 3

Focos de intervenções psicossocioeducacionais

Foco	Definição	Exemplos	N
Subjetividade e Vivência	Termos utilizados para relato vivencial, emocional, fenomenológico, pessoal. Paciente como protagonista de intervenção que implica na subjetividade.	Promover sensação de alívio corporal, ressignificar ansiedade como pensamento emocional, valorizar autoestima, ter como meta o bem-estar subjetivo, combater o desconforto, respeitar a dignidade, atentar para a vivência de <i>distress</i> , compreender a dor, escutar o paciente, ter consideração subjetiva.	152
Diagnóstico e Avaliação	Termos utilizados no sentido de constatação de um estado, de medida. Paciente como objeto da intervenção.	Medir ansiedade traço-estado, diagnosticar <i>delirium</i> , ter medidas psicofisiológicas, avaliar <i>locus</i> de controle, manejar sintomas obsessivo-compulsivos, triar pacientes com sintomas específicos.	66

Foco	Definição	Exemplos	N
Rede e Equipe	Termos utilizados em referência à equipe, às relações institucionais, ao social, à rede de apoio, ao outro. Paciente como coparticipante da intervenção no contexto de uma relação profissional/institucional de ajuda.	Capacitar para cuidados, prover instruções, dar informações, facilitar comunicação, sanar dúvidas, aconselhar quanto à qualidade de vida social, treinar suporte social.	47

Ressalta-se que: (a) alguns artigos tiveram mais de um foco; (b) nem todos os focos estavam claramente definidos *a priori* no artigo, em especial nos trabalhos que investigaram a vivência do paciente, em que as recomendações tiveram como foco parte dos resultados das pesquisas, o que exigiu leitura e compreensão detalhada do artigo como um todo; (c) considerou-se como subjetividade os aspectos ligados diretamente ao relato da vivência e/ou à experiência pessoal e/ou ao sofrimento expresso, variando conforme o sentido do termo no contexto do artigo como um todo. Assim, por exemplo, se o termo ‘dor’ foi tratado como uma medida a ser avaliada, foi categorizado como *foco no diagnóstico*, e se foi tratado exclusivamente como uma vivência subjetiva relatada em termos gerais, foi categorizado como *foco na subjetividade e vivência*; e (d) a opção de se categorizar as intervenções que implicavam em informação, comunicação e afins como *foco na rede e equipe* se justifica pela consideração destas questões nos artigos analisados do paciente como parte de uma relação profissional de ajuda.

Destaca-se a quantidade de focos de intervenção que privilegiaram a escuta, qualificação, visibilidade e valorização da vivência íntima do paciente (152), tanto pela natureza complexa destas vivências, como pela busca sistemática na bibliografia por tais focos de intervenção. As preocupações com medidas e avaliações (66) e intervenções que chamam a atenção para a equipe ter um melhor manejo do paciente (47) implicam diretamente em rotinas a serem consideradas no contexto da assistência.

1.3.7 Produtos da literatura: as implicações para o trabalho

A literatura teve como produtos, numa visão geral, mostrar um campo aberto de possibilidades de pesquisas sobre assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, e,

numa visão específica, possibilitada pela revisão sistemática das recomendações para a prática desta assistência psicológica, identificar: (a) **variedade de especialidades** cirúrgicas pesquisadas; (b) caráter **interdisciplinar** das recomendações, ainda que as recomendações tenham sido dirigidas principalmente aos profissionais da enfermagem e da medicina; (c) recomendações objetivando o **paciente**; (d) recomendações de intervenções predominantemente no **pré e pós-operatório**; e (e) importantes focos de intervenção de natureza psicossocioeducacional, agrupados em **subjatividade e vivência, diagnóstico e avaliação, e rede e equipe**.

Tais produtos trouxeram implicações diretas para a continuidade deste trabalho, pois deram visibilidade a um norteamento possível, concreto e atual para se pensar criticamente a assistência atual. Em outras palavras, a revisão sistemática da literatura apontou parâmetros potencialmente produtivos, não existentes *a priori*, para embasamento e desenvolvimento dos objetivos do trabalho, elucidados a seguir.

1.4 Objetivos do trabalho

Tomando-se como tema norteador a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado; tendo-se delimitado este tema em termos da estruturação e sistematização de uma forma prática de realizar esta assistência, com base teórico-metodológica na Psicologia da Saúde, tal como definida pela Divisão 38 da APA; identificando-se a falta, e, portanto, a necessidade de desenvolver formas de atendimento sistematizadas, integradas, flexíveis, com potencial de organizar, dar visibilidade ao papel do psicólogo; tomando-se como problema de base, neste trabalho, a elaboração de uma crítica reflexiva à assistência psicológica que foi criada na Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (ECC-HUB); e levando-se em consideração as informações obtidas na literatura científica, este trabalho tem como **objetivo geral** *propor* uma estrutura prática de assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado, e, para isso tem como **objetivos específicos** e meios: (1) *descrever* a assistência atual em funcionamento; e (2) *avaliar* criticamente os elementos desta assistência com base nos achados das recomendações da literatura.

1.5. Os desafios da estrutura do trabalho

Coerente com os objetivos do trabalho, espera-se que o resultado final constitua uma proposta prática de prestação de assistência psicossocial ao paciente cirúrgico internado, a partir da crítica à assistência atual (já existente) e com base nos produtos identificados da literatura. Esses objetivos traçados, dessa forma e nessa ordem, evocam questionamentos desafiadores quanto à estrutura de apresentação do trabalho, a seguir expostos.

A descrição da *assistência* atual não integraria a *introdução*, posto que faz parte da visão geral do campo? A assistência atual, neste trabalho, se constituiu mais como meio, uma forma de se chegar a um objetivo final, do que como parte da visão geral do campo, sendo ela própria o produto de uma trajetória anterior de constituição de uma forma de fazer. Assim, a assistência atual guarda características de *resultado*, não como um resultado final do trabalho, mas um resultado de passos estruturados para sua elaboração. Para dar visibilidade ao processo de constituição desta assistência, os passos para sua constituição, com potencial de serem reproduzidos em outros estudos, foram descritos na *metodologia* e o produto desses passos foram descritos nos resultados.

Os produtos da *literatura* não seriam um *resultado*, uma vez que, na forma como foram obtidos, se constituíram quase como uma pesquisa à parte? A realização de uma revisão sistemática foi necessária diante da variedade e da amplitude do tema do trabalho: assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado. Variedade advinda das grandes diferenças de atuação das especialidades ligadas à medicina cirúrgica, ao ponto de utilizarmos, neste trabalho, a classificação das especialidades (p.ex., cardiovascular, transplante ortopédico, cirurgia oftalmológica, outras) tal como referidas nos artigos, sem recorrer a fontes regimentais (p.ex., resoluções do Conselho Federal de Medicina) ou documentos teórico-metodológicos médicos. Tal amplitude é coerente com o leque de possibilidades de ações, intervenções, atuações de cunho psicológico, social, educacional e integradas nas diversas fases da internação, desde a admissão até à alta. Variedade e amplitude que mostram, por um lado, a riqueza do campo, mas que trazem o risco de fragmentar, de pulverizar o tema. A revisão sistemática, neste trabalho, foi utilizada para responder a uma pergunta essencial: *quais são as recomendações para a prática (variada) da assistência (ampla) ao paciente cirúrgico internado?* A revisão sistematizada transformou o variado e o amplo na síntese necessária, no recorte funcional da literatura, característica da introdução, e não dos resultados.

A *crítica* à assistência atual não estaria melhor localizada na *discussão*, pelo fato de ser baseada nos produtos da literatura? A crítica à assistência atual, neste trabalho, funciona como um meio, como um instrumento, no sentido de ser um agente de execução útil para a análise de um contexto, para se chegar ao produto final, uma nova proposta de assistência. Como recurso desta natureza, os parâmetros da crítica foram gerados pela literatura (introdução). Depois de explicitados, destacando-se sua utilidade metodológica, tais parâmetros foram postos em funcionamento para produzir o resultado, o produto final, a proposta de assistência.

Como objetivo específico, a análise crítica passou a ter características de resultados ao reunir o produto da literatura com o produto dos esforços anteriores de se criar uma assistência atual. A discussão, neste trabalho, pondera sobre os resultados, apresenta as conexões com a literatura apurada, considera os fatores de utilidade e limitações, e lista sugestões para estudos futuros. As considerações finais privilegiam reflexões ligadas aos limites e interfaces do papel e da inserção do psicólogo no meio hospitalar, razão maior do esforço deste, e quiçá, de outros trabalhos neste sentido.

Com estes esclarecimentos, a estrutura do trabalho está explicitada a seguir.

1.6 Esquema do trabalho

A **Introdução** trata do tema geral do trabalho, que é a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, do problema da falta de sistematização crítica da assistência, do levantamento sistemático da literatura das recomendações para a assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado, dos objetivos do trabalho que são descrever a assistência atual, avaliar esta assistência tomando como base. os produtos do levantamento da literatura, para então, fazer uma proposta de assistência. A **Metodologia** explicitará o contexto institucional e assistencial atual que, com base na pesquisa-ação, produzirão a proposta de assistência. Os **Resultados** apresentam os dados da assistência atual produzidos com base na pesquisa-ação e a proposta de assistência, designada ‘Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema’ (PAPO), produzida com base na avaliação da assistência atual pelos produtos da literatura. A **Discussão** tem como objeto os eixos da proposta, e as **Considerações Finais** lançam perspectivas a partir do PAPO.

1.7 Andamento do trabalho

A Figura 3, a seguir, contextualiza os principais elementos da Introdução no trabalho como um todo.

Figura 3. Introdução no andamento do trabalho

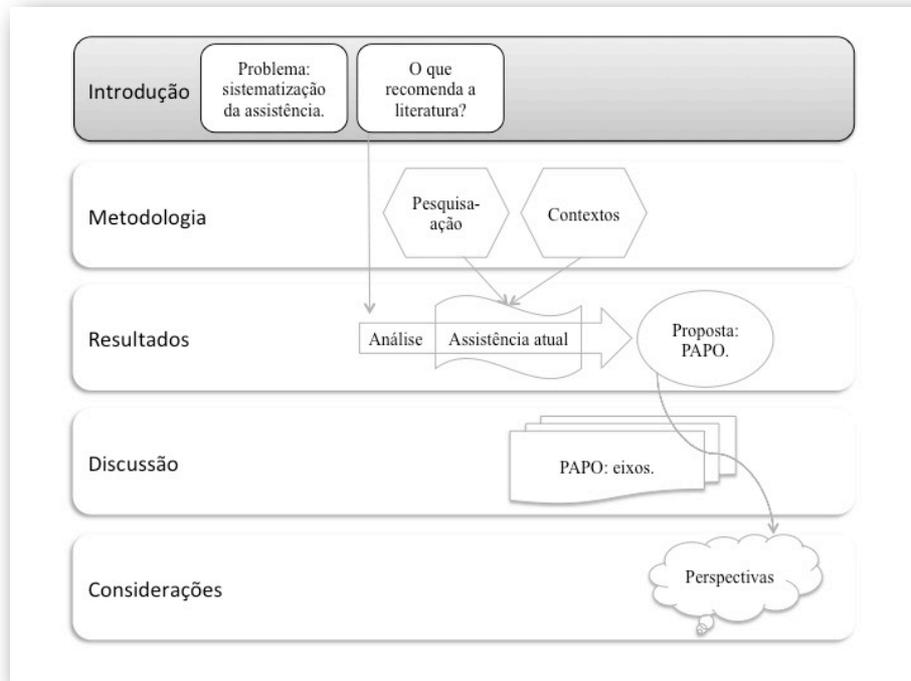


Figura 3. O problema da sistematização da assistência e as recomendações da literatura compõem a Introdução.

Capítulo 2 - Metodologia

Esta seção tem como objetivos: (a) esclarecer acerca da pertinência e das limitações da modalidade de pesquisa-ação adotada no trabalho; (b) apresentar o contexto institucional e assistencial, de onde se originou o trabalho na prática; e (c) indicar a forma de apresentação dos resultados.

2.1 Pesquisa-ação

A modalidade de pesquisa-ação, inclusiva por natureza de variadas abordagens teórico-metodológicas das ciências humanas e sociais, é tomada neste trabalho como práxis investigativa, uma vez que o problema que originou o trabalho, a necessidade de estruturação de uma forma de atendimento, como necessidade de transformação de uma prática, levou pesquisa e ação a caminharem juntas.

O trabalho realizado como pesquisa-ação se justifica:

- (a) por ser mais do que uma ação pesquisada, tomando-se como ação a assistência psicológica atual e como pesquisa o exercício crítico sobre esta assistência,
- (b) por ser mais do que a identificação de um problema, tomado aqui como a falta de protocolos e diretrizes claras, e
- (c) por ter, no cotidiano da inserção do profissional no problema prático da assistência, se efetivado com busca de evidências empíricas, testes de funcionamento, produtos da literatura, subsídios advindos de *surveys* e análise crítica de dados para cada componente da assistência em construção.

Aqui uma nota se faz necessária: ter a busca de evidências no cotidiano não significa, *per se*, uma noção positivista de racionalidade, mas uma mentalidade de problematização constante do cotidiano (Smeke & Nayara, 2009) na busca de um padrão ouro de embasamento crítico.

Isto posto: **sim**, trata-se de uma pesquisa-ação, e ao mesmo tempo: **não**, a pesquisa-ação tomada como tal neste trabalho não é uma pesquisa experimental de campo na forma como foi concebida nos trabalhos de Kurt Lewin nos anos de 1940, nem tem a perspectiva filosófica, política e dialética dos anos de 1980, (Franco, 2005).

A transformação da realidade em que este trabalho se insere não teve a participação dos sujeitos (pacientes e equipes) tanto quanto se espera no futuro:

- (a) o paciente como membro de uma comunidade tem seus processos na comunidade, e a internação cirúrgica é pontual demais, é rápida demais para se pretender compreender tais processos;
- (b) as equipes de especialidades, como membros da comunidade hospitalar lidam bem com suas rotinas e parâmetros básicos já estabelecidos há bem mais tempo do que a psicologia, nos faltando hoje a força política da inserção do psicólogo, inserção que este trabalho busca dar visibilidade.

O caráter formativo-emancipatório da pesquisa-ação não foi alcançado como produto do trabalho, e a ordem dos fatores é invertida aqui, posto que se espera que este trabalho seja um instrumento que proporcione maior visibilidade ao psicólogo no contexto da assistência à saúde de pacientes cirúrgicos.

2.2 Ética

O projeto de pesquisa foi aprovado em 10/09/2008 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o Protocolo número 106 FR 207256. (Anexos 3 e 4). Um adendo ao projeto, diante da necessidade de escuta às equipes atuantes na Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB), teve aprovação comunicada por meio eletrônico em 03/10/2011 (Anexo 5 e 6).

2.3 Contexto

A estruturação da assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado nasceu a partir de um problema prático: a implantação e o desenvolvimento da assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, a partir da lotação na Divisão de Psicologia como técnica do quadro efetivo da Fundação Universidade de Brasília, e permanência da autora na Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB). Com o objetivo de elucidar como, em que condições o estudo foi efetivado, faz-se necessário explicitar, a seguir, o contexto institucional e o contexto assistencial, mais como contextos práticos deste trabalho do que uma amostra propriamente dita.

2.3.1 Contexto Institucional

Tomando-se como norte o objetivo específico de **descrever** a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, em funcionamento na modalidade de um Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC) com base em ações na Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB), esta seção objetiva situar o serviço em termos institucionais, apresentando o Hospital Universitário de Brasília (HUB), a Divisão de Psicologia, o Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC) e a Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas (EC-HUB).

O contexto institucional atual dessa assistência é apresentado com a ressalva de que não se trata de uma apresentação sob o ponto de vista histórico, por não se dispor das ferramentas teórico-metodológicas do campo de conhecimento da História, e por fugir ao escopo deste trabalho. Sem este compromisso, utilizou-se referências documentais disponibilizadas pela Divisão de Psicologia, pelos sítios institucionais do Hospital Universitário de Brasília e da Universidade de Brasília.

O **Hospital Universitário de Brasília (HUB)** foi inaugurado pelo Presidente militar General de Brigada Emílio Garrastazu Médici, pelo Decreto No.70.178 de 21/2/1972, construído a partir de uma estrutura inacabada e abandonada pelo então Governo do Distrito Federal (GDF) e que seria o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN). O Hospital recebeu o nome de Hospital dos Servidores da União (HSU), tendo sido alterados o nome e a finalidade do projeto original, e o que seria um hospital aberto à população passou a ser um hospital restrito ao atendimento de servidores públicos federais.

Outras alterações se sucederam: foi modificada a estrutura da administração, posto que era para compor o quadro de hospitais do GDF, sendo alterado o nome para homenagear o presidente dos tempos de regime militar, passando a ser o Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM). Posteriormente, foi alterado para Hospital Docente Assistencial (HDA), quando passou a ser um hospital universitário, sendo incorporado, em 1990, à estrutura da Fundação Universidade de Brasília, por ato do então Presidente da República Fernando Collor de Melo (Rosa, 2007).

Atualmente o Hospital Universitário de Brasília é integrante, até a data de redação deste trabalho, da rede de assistência do Governo do Distrito Federal e do Sistema Único

de Saúde, tendo adotado o lema 'Uma Reconstrução Permanente' em sua página institucional (HUB, 2012). No momento, encontra-se sob mais um processo de alteração estrutural, com a Lei 12.550, de 15/12/2011 (BRASIL, 2011b), que cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), de direito privado, com competência designada para administrar as unidades hospitalares das instituições federais de ensino superior.

Em que pese a observância da autonomia universitária ser item do estatuto da Empresa (BRASIL, 2011a), e a aprovação pelo Conselho Universitário, órgão máximo da Universidade de Brasília, a adesão do Hospital Universitário de Brasília com 40 votos a favor, seis contra e duas abstenções (UnB, 2012), a mudança de lógica de administração nos hospitais universitários está na pauta de diversos debates em vários níveis institucionais e em várias categorias sindicais. O tema foi objeto de moção contrária do Conselho Nacional de Saúde que, dentre a listagem de graves justificativas para a moção, declara que “a EBSERH representa um retrocesso no fortalecimento dos serviços públicos sob controle estatal” (CNS, 2011, p. 1).

Incluir e discutir este processo de alteração estrutural atual com mudança de lógica de administração exige ajustes vultosos que fogem às pretensões deste projeto e pulverizam os objetivos deste trabalho.

A Divisão de Psicologia do Hospital Universitário de Brasília foi criada oficialmente em 2004, como pólo agregador dos serviços e profissionais do hospital, atuando em quatro grandes frentes: (a) atividades ambulatoriais; (b) assistência aos familiares e pacientes internados; (c) atividades de docentes/pesquisadores do Instituto de Psicologia da UnB e (d) integração e preceptoria de Residência Multiprofissional.

Fazer um estudo crítico da história da inserção do profissional psicólogo nas atividades do HUB é uma necessidade que ainda está por ser atendida, dado o potencial de se refletir sobre os processos e os progressos da Psicologia da Saúde na assistência pública no Brasil, ainda mais se considerarmos o contexto histórico-institucional do próprio HUB, e o processo de transição de regime hoje em andamento. No entanto tal estudo foge ao escopo e aos objetivos deste trabalho.

O **Projeto de Extensão de Ação Contínua (PEAC)** intitulado 'Atendimento Psicossocial ao Paciente Internado no HUB: Clínicas Cirúrgica e Pediátrica' (Doca, Turra, Costa, & Almeida, 2010) foi pensado, elaborado e implementado nos anos de 2005/2006. Os setores de psicologia destas duas clínicas, apesar de diferenciados quanto à sua clientela, atividades e dinâmica de funcionamento, possuíam vários pontos de convergência, tanto teóricos quanto práticos. Desta forma, em junho de 2007, o projeto foi submetido e aprovado pelo Decanato de Extensão (DEX) da Universidade de Brasília (UnB).

O PEAC funcionou plenamente até o final de 2011 com o objetivo geral de desenvolver atividades psicológicas de assistência, ensino, pesquisa científica e extensão universitária voltadas à promoção da saúde e da qualidade de vida de pacientes, acompanhantes e profissionais integrantes das Clínicas Cirúrgica e Pediátrica; e com objetivos específicos de:

- (a) atender às necessidades psicossociais de pacientes internados no HUB, bem como seus familiares e acompanhantes;
- (b) ampliar e sistematizar as intervenções realizadas pelo setor de psicologia no contexto da internação do HUB;
- (c) contribuir com a formação acadêmica e profissional de estudantes de graduação em psicologia da UnB e psicólogos graduados, especialmente no que se refere à psicologia da saúde;
- (d) desenvolver e divulgar pesquisas científicas que possam subsidiar a prática profissional em psicologia da saúde; e
- (e) difundir o conhecimento produzido em veículos da mídia e literatura especializada.

A partir de 2011, com base na integração ativa dos Serviços de Psicologia com o Serviço Social atuantes na EC-HUB, foram sistematizadas e efetivadas conjuntamente Reuniões de Acolhimento aos pacientes e familiares. A partir do bom funcionamento dessa integração na prática, e nos estudos parciais realizados pelo presente trabalho, decidiu-se por uma reformulação no Projeto de Extensão de Ação Contínua, tendo-se produzido em conjunto um novo PEAC (Turra, Doca, Gomes, & Costa, 2012) intitulado 'InterAção. Atendimento psicossocioeducativo no HUB', com uma proposta ampliada em termos interdisciplinares, em termos de atuação no Hospital, e em termos de considerar e

desenvolver técnicas práticas para efetivar o usuário (paciente e familiares) como sujeito de sua realidade, e pleno de direitos. A expectativa é que esse novo PEAC seja a base institucional para efetivar a nova proposta de atendimento, produto final do presente trabalho.

A **Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas** do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB), abrange as internações para procedimentos, exames e acompanhamentos nos períodos pré e pós-cirúrgicos de diferentes especialidades médicas, equipes de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e fisioterapia. A enfermaria tem disponibilidade atual de 47 leitos, podendo este número variar conforme dinâmica do serviço e manutenção de equipamentos. A EC-HUB possui salas para chefia de enfermagem, repouso da enfermagem, dois postos de enfermagem, copa, curativo, depósito de materiais, reserva de materiais, expurgo, limpeza e higienização, nutrição, duas salas para professores da medicina, uma sala de aula, duas salas de prescrição, uma sala de televisão de uso coletivo, secretaria administrativa, e duas poltronas para usuários num amplo corredor de espera.

A distribuição dos leitos entre as especialidades (Bucomaxilofacial/Odontológica, Cabeça-pescoço, Cardio/Vascular, Colo/Proctologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geral, Ginecologia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Plástica, Torácica, Urologia, Vascular) é flexível, com possibilidade de remanejamento conforme demandas eventuais do serviço. Cada especialidade médica cirúrgica funciona com dinâmica própria, incluindo atendimento ambulatorial e integração institucional com outras unidades de saúde.

É a partir deste complexo funcionamento próprio de cada especialidade que os pacientes são encaminhados para internação cirúrgica, processo que, formalmente, se dá em cinco passos:

- (Passo 1) confirmação de vaga em leito de internação na EC-HUB;
- (Passo 2) apresentação do paciente devidamente documentado ao setor de internação;
- (Passo 3) apresentação do paciente à EC-HUB;
- (Passo 4) instrução pela enfermagem quanto às normas de internação;
- (Passo 5) alta hospitalar.

A rotatividade de pacientes é alta, sendo a duração média de internação de menos de uma semana. Os pacientes adultos atendidos pela Enfermaria Cirúrgica são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com indicação para realização de procedimentos que exigem a estrutura de um Centro Cirúrgico e, pelo menos, um dia de internação, ou seja, não são realizados os chamados procedimentos cirúrgicos ambulatoriais. O perfil do usuário do Serviço de Psicologia, apurados 1.047 registros, correspondentes ao período de jan/2005 a dez/2011 mostrou idade média de 51 anos (mo 51, dp 17), sendo 59% de homens e 41% de mulheres.

2.3.2 Contexto Assistencial

Esta seção objetiva: descrever os passos de elaboração da assistência atual como contexto de elaboração do que está em funcionamento atualmente. A descrição parcial, bem como as reflexões sobre a forma de prestar a assistência atual foi aceita para publicação (Turra, Costa, Almeida, & Doca, 2012) e, na prática, os passos e eixos dessa assistência têm servido como fonte de supervisão formal e informal para outros colegas psicólogos, tanto na interlocução interna, com outros colegas do Hospital, onde os parâmetros da assistência atual foram utilizados recentemente para estruturar outra área, como na interlocução externa, com colegas de outras instituições.

A assistência atual prestada pelo Serviço de Psicologia na EC-HUB foi elaborada em cinco etapas, inspiradas em Bleger (1984, pp. 31-70), e adaptadas às necessidades e condições práticas disponíveis:

- (1) levantamento das demandas da enfermaria;
- (2) elaboração de instrumento de entrevista semi-estruturada para atendimento inicial e evolução;
- (3) confecção de banco de dados;
- (4) formação de uma rotina de atuação; e
- (5) estabelecimento de prática de revisão periódica da própria assistência.

O **levantamento das necessidades** da enfermaria efetivou-se em três frentes: articulação institucional, contato com as equipes e escuta dos usuários internados e acompanhantes.

A articulação institucional consistiu no apoio formal da Divisão de Psicologia, pela apresentação formal à chefia da EC-UnB e às equipes atuantes na enfermaria, e pelo apoio no levantamento das estatísticas de atendimento e do percurso institucional de internação, registro e alta.

Em seguida, realizou-se o contato com as equipes atuantes, que se efetivou pelo acompanhamento e observação das rotinas das equipes, entrevistas e levantamento acerca da atuação e desafios de cada uma e escuta das expectativas de atuação do Psicólogo.

Por fim, a escuta dos usuários e acompanhantes internados oportunizou-se pela participação da Psicóloga nas visitas médicas, pela socialização na sala de televisão disponibilizada no andar, pelo acompanhamento e observação das rotinas das equipes, e por entrevistas abertas executadas ao leito dos pacientes.

A segunda etapa consistiu na **elaboração do instrumento** de entrevista semi-estruturada, o qual foi um exercício de discussão e síntese do levantamento das demandas da enfermaria, e teve como diretrizes:

- (a) estar coerente com a filosofia da instituição como um todo,
- (b) integrar-se às rotinas das equipes,
- (c) circunscrever a atuação do Psicólogo no contexto das necessidades psicossociais, e
- (d) atuar resolutivamente com foco no problema.

É a partir do problema apresentado, avaliado, expresso, na identificação de uma queixa pontual identificada que se discute a intervenção da evolução que objetiva dar continuidade sistemática ao atendimento psicológico inicial, verificando o estado atual deste foco inicial e levantando, se houver, novas demandas para intervenção.

Os tópicos desenvolvidos no atendimento inicial e nos seguimentos exigiram registros institucionais ao prontuário, integrados à rotina. Dessa forma, fez-se necessária a estruturação de forma específica de anotações ao prontuário hospitalar no âmbito do serviço, o Prontuário Psicológico Orientado para o Problema (PPOP), o qual foi desenvolvido e publicado por Almeida, Cantal e Costa (2008), efetivando o trabalho institucional, meio de comunicação essencial com as equipes.

Na terceira etapa, buscou-se confeccionar um **Banco de Dados de Atendimento** para armazenamento das informações obtidas no âmbito da assistência aos usuários da EC-HUB, tendo como diretrizes a simplicidade e a viabilidade de uso cotidiano. Utilizou-se os *softwares* disponíveis institucionalmente, de forma a, primeiramente, viabilizar o acesso rápido a informações, estatísticas, dados de intervenções que possibilitassem a gestão do processo, e secundariamente facilitar a exportação de arquivos diante da perspectiva de implantação de um sistema de prontuário eletrônico no hospital.

Desta forma, o Banco de Dados de Atendimento proposto foi:

- (a) um arquivo digital (*Microsoft Office Word* ©) das anotações específicas da Psicologia e das anotações ao prontuário de cada paciente atendido, conforme estabelecido no modelo Prontuário Psicológico Orientado para o Problema (PPOP) por Almeida, Cantal e Costa (2008); e
- (b) uma planilha (*Microsoft Office Excel* ©) de registro dos dados qualitativos e quantitativos apurados nos instrumentos.

Este Banco de Dados de Atendimento tem por finalidade,

- (a) organizar os dados da assistência,
- (b) viabilizar a recuperação quase imediata dos dados da assistência,
- (c) subsidiar as atividades de pesquisa, as quais são desenvolvidas de forma articulada e integrada com as atividades de assistência e ensino no âmbito do Serviço de Psicologia da EC-HUB.

Tendo cumprido as etapas anteriormente descritas, procedeu-se o estabelecimento da **rotina de atuação** do Serviço de Psicologia, ou seja, a definição operacional do fluxo de ações desenvolvidas pelo Serviço de Psicologia no âmbito da assistência aos usuários da EC-HUB.

Por fim, a quinta etapa consistiu no estabelecimento de uma regra que prevê a **revisão periódica da assistência** e da rotina estabelecida, a qual era efetuada sistematicamente a cada início de ano e, eventualmente, por meio de *surveys* específicos desenvolvidos na EC-HUB pelos psicólogos responsáveis pelo serviço em conjunto com estudantes de graduação e pós-graduação.

A inserção da autocrítica como elemento da rotina de trabalho do Serviço de Psicologia é um produto da permanente articulação institucional, do contato com equipes, da escuta dos usuários e acompanhantes, da leitura dos indicadores no Banco de Dados de Atendimento, acrescida dos resultados obtidos na realização de *surveys*.

A revisão periódica da assistência, da rotina estabelecida, do conjunto de elementos da assistência atual passou por várias configurações do todo integrado, aqui chamadas de Versões. A seguir é apresenta-se a síntese destas versões, desde a primeira etapa efetiva de elaboração da sistematização, chamada de Versão Zero até a mais recente revisão, a Versão 6.

- (a) O primeiro esboço, ainda no final de 2005, chamado de **Versão Zero** (Turra, 2005a), constituiu-se apenas de:
 - um cabeçalho com dados de identificação do usuário: nome, número do prontuário, crondalfa⁵, gênero, idade, data de nascimento, UF nascimento, UF procedência, profissão, condição trabalho/renda,
 - dados gerais do atendimento: queixa principal, histórico da queixa, antecedentes, diagnóstico e rede de apoio.
- (b) Na primeira revisão crítica, percebeu-se que os dados eram inespecíficos e com baixo potencial de gerar indicadores. A **Versão 1** (Turra, 2005b) buscou a inserção de classificações mais objetivas:
 - rede de apoio, avaliada pelo entrevistador,
 - local de residência, que no Distrito Federal, é um dado relevante em termos sociais,
 - trabalho e benefícios sociais.
 - enfrentamento da situação de internação do paciente e do cuidador, com perguntas adaptadas de Zannon (2006): o que é mais difícil, o que é mais

⁵ **Crondalfa** é uma numeração alternativa do prontuário, que tem funcionado como opção para as equipes do HUB recuperarem o prontuário em papel em caso de extravios de cartão ou perda do número do prontuário. Trata-se de um código composto pelas letras iniciais dos três primeiros nomes do paciente, seguido da data de nascimento no formado *ddmmaa*, seguido do algarismo [1] se o usuário for do sexo masculino ou [2] se do sexo feminino. Assim, para um usuário fictício chamado Jose Aloisio Ratz Passos, nascido em 16 de abril de 1972, o crondalfa seria JAR1604721. Para uma usuária fictícia chamada Eunise da Silveira, nascida em 15 de fevereiro de 1950, o crondalfa seria ES1502502.

fácil, como lida com as dificuldades e principal necessidade atual para estar da melhor forma possível no Hospital,

- nível de satisfação do paciente e cuidador com o tratamento, expressos entre 1 (nível mínimo de satisfação) e 10 (nível máximo de satisfação)
 - dor atual, descrita em termos de localização em uma ilustração representando o corpo humano, e nível entre um (dor mínima sentida no momento da entrevista) e dez (dor máxima sentida no momento da entrevista).
 - compreensão do quadro de saúde e da cirurgia.
- (c) A **Versão 2** (Turra, 2006) incluiu descrição da rede de apoio e análise das estratégias de enfrentamento adotadas pelo paciente e cuidador.
- (d) Na **Versão 3** (Turra & Almeida, 2006) excluiu-se a categorização do tipo de trabalho/renda exercido pelo usuário, e incluiu a anotação de:
- problemas ativos, tomados como os focos de intervenção atual,
 - problemas inativos, tomados como focos potenciais de intervenção,
 - dados subjetivos, dados objetivos, avaliação e plano, tais como descritos no trabalho de Almeida et al. (2008).
- (e) Na **Versão 4** (Turra & Almeida, 2007):
- os atendimentos foram classificados em: prioritários, ronda e por solicitação de parecer,
 - a avaliação de dor foi substituída pela Escala McGill reduzida (Pimenta & Teixeira, 1996),
 - a possibilidade de aplicação das Escalas Beck (Cunha, 2001),
 - foi inserida classificação da compreensão do quadro de saúde e da cirurgia: funcional, limitada e inadequada.
- (f) Na **Versão 5** (Turra & Almeida, 2008):
- acrescentou-se a Escala Borg (J. A. Silva & Ribeiro-Filho, 2006a, 2006b).
- (g) Por fim, na **Versão 6** (Turra, Almeida, & Cantal, 2009), atualmente em uso:
- foram adaptados os parâmetros do exame de estado mental de Othmer e Othmer (2003), inserindo três categorias de dados: por observação, por conversação e por investigação,

- foi retirada a pergunta acerca do nível de satisfação com o tratamento,
- foi inserida uma adaptação da avaliação de suporte social conforme Seidl e Tróccoli (2006),
- pactuou-se com a definição de cada qualidade descrita na adaptação da Escala McGill. Estas definições passaram a ser lidas para os pacientes, dada as dificuldades dos pacientes da EC-HUB no preenchimento da escala.

2.4 Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados tomou como norte os objetivos do estudo, e portanto, divide-se em descrição da assistência atual, avaliação crítica dos elementos desta assistência, e apresentação de uma proposta de assistência.

A **descrição** da assistência atual, como objetivo específico, aponta, a partir de uma rotina estabelecida, os eixos de investigação do trabalho na prática: suporte social, enfrentamento, compreensão do quadro de saúde, exame do estado mental, dor.

A **análise**, como objetivo específico, se efetiva pela comparação dos elementos da assistência atual com os achados da literatura, tomados aqui como parâmetros: (a) a *variedade de especialidades* cirúrgicas; (b) o caráter *interdisciplinar*; (c) o *paciente* como alvo da assistência; (d) as intervenções nas fases da internação *pré e pós-operatória*; (e) os focos de intervenção de natureza psicossocioeducacional, agrupados em: *subjetividade e vivência, diagnóstico e avaliação, e rede e equipe*. O texto da análise contempla: (a) o parâmetro da literatura; (b) a realidade da assistência atual

A **proposta** de atendimento, como objetivo geral, se efetiva pela síntese consubstanciada da análise da assistência, em eixos e diretrizes práticas.

2.5 Andamento do trabalho

A Figura 4, a seguir, contextualiza os principais elementos da Metodologia no trabalho como um todo.

Figura 4. Metodologia no andamento do trabalho

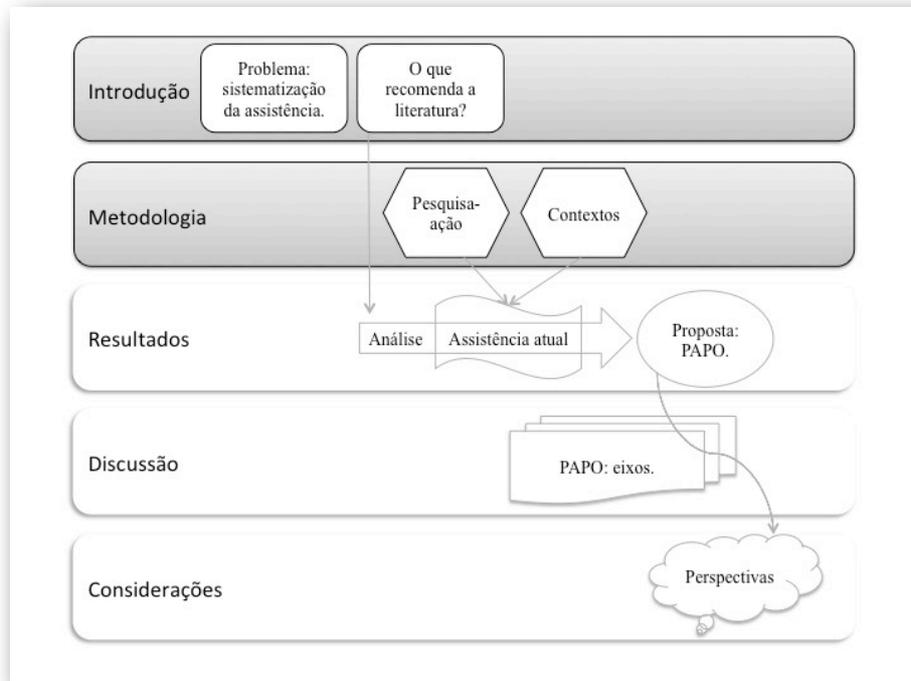


Figura 4. A Metodologia explicita a pesquisa-ação e o contextos, que geraram a assistência atual.

Capítulo 3 - Resultados

Tomando-se como norte que a seção de resultados deve ser coerente com os objetivos do trabalho, essa seção divide-se em:

- (a) **descrição** da assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, atualmente em funcionamento na Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB);
- (b) **análise** crítica dos elementos desta assistência com base nos achados das recomendações da literatura, e apresentação de uma proposta de assistência; e por fim
- (c) **proposta** de uma estrutura prática de assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado.

A **descrição** da assistência atual, como objetivo específico, demonstra, a partir de uma rotina estabelecida, os eixos de investigação do trabalho na prática: suporte social, enfrentamento, compreensão do quadro de saúde, exame do estado mental, dor.

A **análise**, como objetivo específico, compara os elementos da assistência atual com os achados da literatura, tomados aqui como parâmetros:

- (a) a *variedade de especialidades* cirúrgicas;
- (b) o caráter *interdisciplinar*;
- (c) o *paciente* como alvo da assistência;
- (d) as intervenções nas fases da internação *pré e pós-operatória*;
- (e) os focos de intervenção de natureza psicossocioeducacional, agrupados em: *subjetividade e vivência, diagnóstico e avaliação, e rede e equipe*.

O texto da análise contempla:

- (a) o parâmetro da literatura;
- (b) a realidade da assistência atual.

A **proposta** de atendimento, como objetivo geral, se efetiva pela síntese consubstanciada dos objetivos específicos, em diretrizes práticas, realizada a partir do exercício crítico de comparação entre os parâmetros da literatura e a realidade da assistência atual.

3.1 Assistência atual

A assistência atual, a seguir apresentada numa visão geral, consiste hoje em uma rotina organizada e investigação focalizada nos seguintes eixos: identificação do usuário; suporte social; enfrentamento; compreensão do quadro; exame do estado mental e dor.

A **rotina de atendimento** consiste em:

- (a) *busca ativa* das demandas e identificação das prioridades, quando se verifica a existência de solicitação (verbal ou escrita) de qualquer membro da equipe, bem como as demandas prioritárias já em acompanhamento pelo serviço;
- (b) busca de *informações* que subsidiem o atendimento, quando se verifica as informações registradas no prontuário do paciente e/ou no relatório da enfermagem, bem como informações verbais obtidas no contato com as equipes;
- (c) elaboração da *estratégia de atendimento*, que integra a demanda identificada com as informações obtidas, com o planejamento que pode incluir escalas e testes específicos, como p.ex., o Mini-Mental de Folstein (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975);
- (d) *atendimento* propriamente dito;
- (e) discussão do atendimento com a equipe de Psicologia com a finalidade de se identificar: foco, evoluções, alterações, mudanças, bem como estabelecer o planejamento subsequente;
- (f) registro da *evolução da Psicologia*, segundo o modelo Prontuário Psicológico Orientado para o Problema (PPOP) (Almeida et al., 2008);
- (g) registro da *evolução para o prontuário*, segundo o modelo PPOP (Almeida et al., 2008);
- (h) execução de *outras providências* exigidas pelo atendimento, tais como comunicação com equipes, elaboração de pedidos de parecer, contato com a família, entre outros, c;
- (i) inserção das informações sobre o atendimento no *Banco de Dados do Serviço de Psicologia*.

O **atendimento ao paciente** é composto pelos seguintes eixos de avaliações e registros, posteriormente detalhados na análise:

- (a) *identificação*, onde são registradas informações básicas, tais como nome, número de registro, especialidade cirúrgica, data de atendimento;
- (b) *suporte social*, avaliado a partir da adaptação da Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/Aids, desenvolvida por Seidl e Tróccoli (2006);
- (c) *enfrentamento*, avaliado a partir da adaptação de partes do roteiro de pré-consulta com cuidadores de pacientes crônicos infanto-juvenis desenvolvido pela Profa. Dra. Célia Zannon (Zannon, 2006);
- (d) *compreensão do quadro* de saúde, averiguado por meio de sondagem do ponto de vista do paciente sobre sua condição de saúde;
- (e) *exame do estado mental*, avaliado a partir da adaptação das técnicas de entrevista clínica diagnóstica que utiliza o DSM-IV como referência (Othmer & Othmer, 2003);
- (f) *dor*, avaliada por meio do Questionário de Dor McGill, Forma Reduzida (Pimenta & Teixeira, 1996) e Escala de Categoria-Razão de Borg CR-10 (J. A. Silva & Ribeiro-Filho, 2006a, 2006b).

3.2 Análise da assistência atual

A análise é efetivada pela comparação dos elementos da assistência atual com os achados da literatura, tomados aqui como parâmetros: (a) a *variedade de especialidades* cirúrgicas; (b) o caráter *interdisciplinar*; (c) o *paciente* como alvo da assistência; (d) as intervenções nas fases da internação *pré e pós-operatória*; (e) os focos de intervenção de natureza psicossocioeducacional, agrupados em: *subjetividade e vivência, diagnóstico e avaliação, e rede e equipe*.

A análise utilizou informações auditadas de 1.071 registros secundários do Banco de Dados do Serviço de Psicologia. Como já relatado na trajetória de elaboração, a sistematização da assistência atual passou por várias versões, e o tipo de dado armazenado variou conforme a versão, com inclusão e exclusão de categorias, o que trouxe como consequência que nem todos os 1.071 registros dos atendimentos contemplam todas as categorias dos dados atuais. Houve, também, falha no registro de dados que deveriam, a princípio, serem colhidos, como por exemplo, nem todos os 1.071 registros especificam a especialidade cirúrgica, ou a idade do paciente. No entanto, considera-se que o Banco de Dados, até pelas suas imperfeições, seja por alteração na versão da sistematização, seja

pelas vicissitudes do cotidiano adverso de uma enfermaria cirúrgica, compõe um retrato significativo e útil para a análise da assistência atual.

3.2.1 Variedade de especialidades cirúrgicas

A **literatura** mostrou que o campo cirúrgico é diverso e amplo em termos de especialidades, como ampla e diversa é a prática de uma enfermaria cirúrgica. Em que pese a predominância de artigos que se referiram a cirurgias cardiovasculares (24), o campo cirúrgico mostrou-se diverso e amplo em termos de especialidades, com artigos que trataram de várias áreas cirúrgicas reunidas (23), Ortopedia (8), cirurgias Gastrointestinais (6), Cabeça-pescoço, Colo-retal, Ginecologia (5 cada), Neurocirurgia (4), Mastologia, Urologia (3 cada), Oftalmologia (2), Transplante renal (2), Otorrinolaringologia, Plástica, Torácica, Transplante cardíaco e Transplante ortopédico (1 cada).

A **assistência** atual confirma essa amplitude e diversidade na prática. Em termos de contexto institucional, na distribuição das especialidades, a partir de 1.027 registros dos atendimentos realizados pelo Serviço de Psicologia, tem-se: Geral (51%), Otorrinolaringologia (9%), Colo-proctologia (9%), Urologia (8%), e 23% com a soma de todas as demais (Bucomaxilofacial/Odontológica, Cabeça-pescoço, Cardio/Vascular, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Plástica, Torácica).

3.2.2 Caráter interdisciplinar

A **literatura** apontou recomendações de intervenções psicossocioeducacionais, que implicam na escuta da subjetividade do paciente a toda equipe de saúde, e de modo significativo a profissionais de enfermagem e medicina, com a seguinte distribuição:

- (a) enfermagem sozinha ou listada na equipe (27),
- (b) equipe de saúde, *staff*, equipe multidisciplinar, profissionais de saúde como um todo, sem designar ou listar profissionais específicos (16),
- (c) medicina sozinha ou listada em equipe (12),
- (d) psicólogo (5), sendo um deles explicitado como psicólogo hospitalar,
- (e) terapeuta físico (1),
- (f) profissional de aconselhamento médico (1) e
- (g) cuidadores (1).

A partir deste achado, constata-se que as ações psicossocioeducativas, buscadas efetivamente na revisão sistemática, se constituem em campo de interface, base para ações interdisciplinares.

Na **assistência** atual, o contato com equipes passou a ser registrado em campo específico do Banco de Dados a partir de 2011. No entanto, optou-se por uma busca ampliada em todos os registros sobre a conduta adotada pelo serviço de psicologia, e obteve-se 360 registros que indicavam, buscavam, solicitavam ou efetivavam contatos.

Os contatos com equipes se constituíram na busca ativa pela realização de um trabalho conjunto (p.ex. contatada equipe médica para esclarecimento do diagnóstico), para:

- (a) efetivação de uma intervenção psicológica (p.ex., solicitada orientação da equipe de nutrição para ressignificação da dieta);
- (b) informação (p.ex., comunicada equipe de enfermagem sobre mal-estar da paciente); e
- (c) elaboração de estratégias comuns (p.ex., discutido caso com serviço social, em acompanhamento conjunto).

Os registros dos contatos foram distribuídos da seguinte forma: medicina (33%), serviço social (28%), enfermagem (17%), nutrição (11%), outros serviços de psicologia (5%), outros contatos a serviços administrativo, ambulatório, farmácia, fisioterapia, odontologia comunidade, familiares fora do hospital, (3%).

3.2.3 Paciente como alvo da assistência

A **literatura** mostrou recomendações de intervenções e/ou cuidados prioritariamente dirigidas:

- (a) aos pacientes (144);
- (b) aos acompanhantes, cônjuges, familiares, ao outro significante, aos outros cuidadores, ao sistema de apoio (13);
- (c) à equipe e ao cirurgião (5).

E mostrou adicionalmente, como já explicitado anteriormente na Figura 2, recomendações para que as intervenções fossem realizadas no período de: pré-internação, pré-admissão, pré-hospitalização (2); enfermagem, pré-operatório (31); sala espera cirurgia, peri-operatório, pré-anestesia (3); sala de recuperação (1); pós-operatório (18); pré-alta (4);

pós-alta (3); e tempo pós-alta, *follow-up*, seguimento (3). Destaca-se a concentração de recomendações para as fases da internação pré-operatória (31) e pós-operatória (18). Observa-se, assim, tanto coerência com o tipo de busca realizada na literatura como o direcionamento de ações prestadas sob a condição do paciente estar normalmente consciente e receptivo para intervenções de cunho psicossocioeducacionais.

Na **assistência** atual, como já dito anteriormente, o perfil do usuário do Serviço de Psicologia, apurado em 1.047 registros, mostrou idade média de 51 anos (mo 51, dp 17), tendo 59% de homens, 41% de mulheres. O atendimento é realizado prioritariamente ao paciente, visto que em 837 registros detalhados do atendimento psicológico, apenas 132 (16%) foram realizadas com participação direta e/ou indireta do acompanhante e/ou familiar presente na internação. Mais do que um dado sobre a prioridade do paciente no atendimento, este dado revela a (ainda) precária estrutura que viabilize a presença e a participação do acompanhante na internação.

Em *survey* realizado na enfermaria em 2009, perguntou-se, aleatoriamente, a 41 pacientes qual era a questão, o problema, o item, o acontecimento, a parte, a coisa mais difícil neste momento da internação. Apurou-se, em primeiro lugar, as questões ligadas à falta de acompanhante, à proibição de ter acompanhante, à impossibilidade de estadia do acompanhante no Hospital (11), seguidas de perto, quase como uma consequência desta falta, à sensação de demora da cirurgia, de não ter como passar o tempo percebido como longo e tedioso (13).

Outras questões neste *survey*, referidas pelos pacientes, foram agrupadas em: (a) dificuldades com a dieta e alimentação, tais como gosto ruim, tempero diferente, não significação do alimento como revigorante (8); (b) problemas relativos à própria cirurgia, como dor, febre e desconforto (4); (c) medo da cirurgia, e das consequências da cirurgia (3); e (d) questões relativas à falta de infra-estrutura de hotelaria, como chuveiro ruim e colchão desconfortável (2). Em que pese este *survey* não ser significativo em termos amostrais e estatísticos, serviu para:

- (a) dar visibilidade à questão da dificuldade em receber o acompanhante na limitada estrutura do hospital; e
- (b) questionar a crença vigente na cultura institucional de que o medo da cirurgia deve ser o foco maior da intervenção do psicólogo na internação cirúrgica.

3.2.4 Intervenções de natureza psicossocial

A literatura mostrou focos de intervenções psicossocioeducacionais, tomados neste trabalho como o principal problema, sentimento, sintoma, fator, reação, vivência que a recomendação do artigo pretende e/ou objetiva resolver, aplacar, melhorar, alterar, aliviar, avaliar, entender e/ou acolher. Estes focos foram classificados em três grupos:

- (a) focos de intervenção que privilegiaram a escuta, qualificação, visibilidade e valorização da vivência íntima do paciente (152), tanto pela natureza complexa destas vivências, como pela busca sistemática na bibliografia por tais focos de intervenção;
- (b) focos em intervenções do tipo medidas e avaliações (66); e
- (c) focos em intervenções de atenção para a equipe apropriar-se de um melhor manejo do paciente (47).

A análise das intervenções da assistência, a partir dos parâmetros da literatura, é apresentada a seguir.

3.2.4.1 Rede e Equipe

A **literatura** mostrou recomendações para intervenções tanto com a equipe, com as relações institucionais, como intervenções sociais com o paciente, a rede de apoio, o outro significativo, tomando o paciente como coparticipante da intervenção no contexto de uma relação profissional/institucional de ajuda. Neste sentido, as intervenções incentivam que se faça capacitação do outro significativo para cuidados ao paciente, bem como outras ações como: prover instruções, dar informações, facilitar a comunicação, sanar dúvidas, aconselhar quanto à qualidade de vida social, treinar a disponibilidade de suporte social.

A **assistência** atual, em termos de resultados, tem ações voltadas primariamente para o paciente, acompanhantes/familiares, e apenas secundariamente tem ações voltadas para a equipe da EC-HUB.

Com o objetivo de manter a equipe da EC-HUB informada, foram elaborados relatórios anuais de atividades do serviço encaminhados para os titulares dos integrantes da EC-HUB assistentes sociais, enfermeiros, médicos e nutricionistas via Divisão de Psicologia. Os relatórios foram elaborados com um *design* de folheto ilustrado, com o objetivo de ser atraente para leitura, e de forma a combinar os dados do serviço com indicações de contatos e convites para participação conjunta de atividades.

Estes relatórios foram reproduzidos em formato maior, e foram afixados como cartazes no quadro de avisos no *hall* de entrada, e nas salas de prontuário. Foram distribuídas cópias extras para outros funcionários e apoiadores do serviço. A título de exemplo, o Relatório de 2010 está copiado no Anexo 7.

Os resultados efetivos da atenção da assistência atual para com a equipe foram classificados como secundários, por serem pontuais, esporádicos e circunscritos, como exemplificados a seguir:

- (a) *secundários*: publicação de painel na Jornada Científica do HUB (Turra, Cruz, Medrei, & Mejias, 2005);
- (b) *esporádicos*: integração em festejos de finais de ano; e
- (c) *circunscritos*: assistência a um grave acidente nas dependências do HUB, que envolveu a participação emergencial de várias áreas do hospital.

A assistência atual, até 2011, não obteve sucesso esperado na busca ativa por alianças, realizada por meio das seguintes propostas para ações concretas integradas, como exemplificados a seguir:

- (a) convite para desenvolvimento conjunto de instrumentos de entrevistas, implantados na assistência atual;
- (b) convite para implantação conjunta de avaliação da dor, implantada na assistência atual e que integra a rotina de anotação da Psicologia ao prontuário;
- (c) convite para pedido conjunto de impressão do material produzido por projeto de alunos do Departamento de Desenho Industrial em parceria com a assistência atual que produziu material didático específico para a EC-HUB (Vasconcelos & Queiroz, 2007);
- (d) convite para implantação de rotina de discussão de casos de difícil manejo comportamental na EC-HUB;
- (e) convite para participação em projeto para otimização do uso da sala de TV (Lima & Turra, 2008) inspirado nos conceitos de Ambiência da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010);
- (f) convite para desenvolvimento de ações conjuntas a acompanhantes e familiares para minimizar ansiedade na internação (L. P. Silva & Neves, 2008);
- (g) convite para integrar projeto de música realizado na Enfermaria (Neves & Silva, 2008);

- (h) convite em reunião de chefias e professores para integração de dois grupos de alunos do Programa de Educação Tutorial do Instituto de Psicologia para desenvolvimento de trabalho específico de construção de material psicoeducacional na recepção aos pacientes na internação;
- (i) convite para participar/integrar rodas de Terapia Comunitária⁶ realizadas na Enfermaria (Nascimento et al., 2010);
- (j) convite e disponibilização de pessoal para realização de rodas de Terapia Comunitária com equipe específica da EC-HUB.

A assistência atual não teve condições estruturais para aceitar convite para elaborar assistência psicológica específica para os períodos pré e pós-anestésicos, realizadas nas dependências do Centro Cirúrgico, posto que implicaria em uma ampliação da assistência que concentrou esforços para elaboração sustentável da assistência na Enfermaria.

Para este trabalho, foi realizado um *survey* com a equipe, com o objetivo de verificar a percepção atual da assistência atual e levantamento das expectativas e melhorias práticas do serviço, acatando-se sugestão da Banca do Exame de Qualificação de Doutorado do Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PG-PDS) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, em abril/2011.

Para tal, solicitou-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para se acrescentar, na metodologia do projeto original, entrevistas com profissionais de Saúde da EC-HUB, o que foi autorizado, com elaboração de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico. (Anexo 6)

As questões da entrevista semi-estruturada foram:

- (a) Você já teve contato direto ou indireto com o Serviço de Psicologia aqui da Clínica Cirúrgica? Como foi este contato?;
- (b) De acordo com suas observações, na prática do dia a dia, o que faz o Serviço de Psicologia aqui na Enfermaria de Clínica Cirúrgica?;
- (c) Que outras atividades você considera que seriam importantes que o Serviço de Psicologia fizesse aqui na Enfermaria de Clínica Cirúrgica? Se a pergunta não for respondida, seria utilizada a alternativa: Quais as suas expectativas para um Serviço de Psicologia aqui, na Clínica Cirúrgica do HUB?;

⁶ Disponibilizado texto sobre Terapia Comunitária no Anexo 8.

- (d) Na sua opinião, quais atividades desenvolvidas pela Psicologia que interferem diretamente na sua área de atuação ou na sua rotina na Clínica Cirúrgica? e
- (e) Gostaria de fazer alguma observação, comentário, crítica, colocação, sugestão, pergunta?

Pretendia-se entrevistar 24 participantes, com, pelo menos, dois participantes de medicina, enfermagem, nutrição e serviço social, nas categorias professor, técnico e residente. As entrevistas foram realizadas por duas alunas da Residência Multiprofissional, por serem Psicólogas qualificadas e por não terem uma relação prévia com os profissionais de saúde da EC-HUB.

Da expectativa de 24 participantes, apenas seis concordaram em conceder entrevista. Se por um lado não se obteve o número de participantes inicialmente esperado, por outro lado, deram visibilidade a questões sistêmicas do cotidiano da EC-HUB. Com apenas seis entrevistas, tornou-se eticamente inviável a identificação das áreas e das categorias específicas de quem concedeu a entrevista, pela significativa probabilidade dos(as) participantes serem identificados, e, como medida de proteção, todas as referências aos(as) participantes são flexionadas para o gênero masculino. Em que pese todos os entrevistados afirmarem ter contato direto com o serviço de Psicologia, as entrevistas não produziram material suficiente para aplicação de técnica de análise de discurso.

Diante desses impasses, em que claramente colocam estas entrevistas como um piloto para aprofundamento necessário posterior, os resultados do *survey* foram aproveitados no que eles tem de melhor: a visibilidade dada à questão sistêmica da comunicação tal como ela ocorre na prática, categorizadas em: **confirmação**, **rejeição** e **desconfirmação**, com base em Watzlawick, Beavin e Jackson (1967) A seguir, são expostas, em algumas verbalizações identificadas como mais significativas, objeto de discussão no capítulo seguinte.

Confirmação

- *Eu achei que o serviço sempre se prontificou, sempre esteve aberto às necessidades, quando a gente procura, fala da necessidade de algum paciente, eles se prontificam para um atendimento rápido.*
- *Eu acho que a questão até, que eu tenho visto que já começou, de fazer reuniões mesmo de acolhimento, eu percebi que nas última semanas eles estão realizando as reuniões com o pessoal do Serviço Social, que eu acho de grande importância.*

- ... eu percebo que também existe um trabalho de busca ativa do pessoal da psicologia pela demanda dos pacientes.
- Assim, ela (a Psicóloga) orientou a gente no que a gente podia melhorar nos pacientes que viessem ser internados, né, pra cirurgia, é... apoio pra os acompanhantes, e também preparo para os pacientes pra cirurgia. Ela orientou a gente nesse sentido, ela trouxe várias ideias que a gente poderia implantar aqui, inclusive tem muitas aqui que já estão implantadas já, inclusive em relação ao acompanhante sim.
- Olha, eu acho que seria um avanço (reuniões com a equipe da EC-HUB), mas a meu ver a Clínica Cirúrgica ainda não está preparada para isso, pela própria dinâmica da clínica, pela própria formação dos profissionais aqui envolvidos, mas acho que seria no sentido de orientação e suporte para a equipe, que tivesse a oportunidade de ter reunião de equipe, eu acho que a Psicologia tem uma contribuição muito grande nesse momento.

Rejeição

- Não. Até hoje não. [Você já teve essa experiência?] Não, nunca tive essa experiência.
- Não adianta a Psicologia vir, fazer um trabalho, fazer o atendimento ali e ir embora. E a gente não sabe o que aconteceu. Não é verdade?
- Mas, não é certo? O certo seria ter uma interação. Não é que o Psicólogo vai fofocar isso isso do paciente, mas pelo menos é... falar... ó... o paciente está assim assim assim fica de olho... o paciente está, né, eu acho que se você fizer, até para ele dar uma orientação pra gente, ó o paciente está muito debilitado, o paciente é... tá com... tá com o emocional muito baixo. Vocês não acha que se agir dessa forma vai ser melhor?
- Às vezes eu passo e eu vejo o Psicólogo lá sentado, a Psicóloga sentada, conversando com o paciente lá. Mas aí vai embora e acabou. A gente não sabe.
- Eu acho que tinha que vim mais vezes, porque às vezes a gente solicita o trabalho, o atendimento da Psicologia e demora. Eu não sei se está faltando profissional, mas às vezes demora o profissional vim, sabe?

Desconfirmação

- *Sempre nós temos contato, (...) uma vez fui participar de uma reunião, sobre o atendimento da Psicologia aqui (...) eu trabalho há cinco anos aqui e nunca nunca nuuunca o Psicólogo chegou e falou assim: eu vim conversar com o paciente tal, o que você acha dele? Como é que você acha que tá o emocional dele? O que que, o que que ele fala pra vocês, como é que ele tá. Isso não existe. Pelo menos comigo nunca existiu.*
- *Então se tivesse um Psicólogo disponível, principalmente nos dias letivos, então seria bom. De segunda a sexta, seria bom.*

3.2.4.2 Diagnóstico e Avaliação

A **literatura** apontou recomendações no sentido de se ter uma constatação de um estado, de medida, tomando o paciente como objeto da intervenção, como por exemplo: medir ansiedade traço-estado, diagnosticar *delirium*, tomar medidas psicofisiológicas, avaliar *locus* de controle, manejar sintomas obsessivo-compulsivos, triar pacientes com sintomas específicos.

A **assistência** atual traçou eixos de avaliação, que compõem uma entrevista semi-estruturada. Os eixos, na prática, não foram pensados para compor um formulário a ser preenchido rigidamente, mas foram pensados, e são utilizados na prática, como bases, como suporte para, pelo menos, iniciar a entrevista, como articuladores da interação com o paciente. Os eixos básicos de diagnóstico e avaliação da assistência atual são: suporte social, enfrentamento, compreensão do quadro de saúde, exame do estado mental e dor.

Suporte social. A avaliação de suporte social está baseada na Escala de Avaliação do Suporte Social em HIV/Aids desenvolvida por Seidl e Tróccoli (2006). Investiga-se a disponibilidade de suporte e a satisfação com o mesmo, dentro de uma abordagem funcional, que mostra como as relações sociais podem ajudar efetivamente e como o paciente percebe esta ajuda.

O suporte social é avaliado em duas dimensões:

- (a) *suporte operacional* definido como disponibilização de ajuda que auxilia o paciente/acompanhante no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material, financeiro ou das atividades

diversas do dia-a-dia. Exemplos de perguntas sobre a disponibilidade de suporte operacional: *Quem é o provedor da casa onde mora? Alguém divide as despesas com você? Como é garantido o seu sustento? Se você não se sentir bem, quem ajuda a limpar a casa, cozinhar, cuidar das crianças? Quem traz você ao hospital? Quem cuida de você?* e;

- (b) *suporte emocional ou de estima* definido como comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia que contribuam para que o paciente/acompanhante se sinta cuidado e/ou estimado. Exemplos de perguntas sobre a disponibilidade de suporte emocional: *Com quem você desabafa, conversa? Quem faz você se sentir bem?* A percepção de satisfação com o suporte operacional e/ou emocional percebido é avaliada por meio da pergunta “*Está bom do jeito que está?*”, sendo a resposta dada em escala *Likert* de cinco pontos: (1) Muito insatisfeito; (2) Insatisfeito; (3) Nem satisfeito nem insatisfeito; (4) Satisfeito; e (5) Muito satisfeito.

Na assistência atual, as pontuações apuradas no Banco de Dados mostrou 96 registros de atendimentos realizados com mulheres e 54 realizados com homens. Os índices não variaram significativamente, com média e moda iguais a quatro, tanto em termos de suporte operacional quanto emocional. Na prática, a escala se mostra útil como base para o relato do cotidiano do paciente em termos de rede de apoio.

Enfrentamento. A avaliação do enfrentamento baseou-se no roteiro de pré-consulta com cuidadores de pacientes crônicos infanto-juvenis desenvolvido pela Profª. Dra. Célia Zannon para atendimento ambulatorial no Hospital Universitário de Brasília (Zannon, 2006), e adaptado para esta entrevista. O objetivo desta avaliação é buscar os focos de intervenção referentes a:

- (a) *O que está mais fácil nesta internação?* busca elementos positivos, reforçadores, que possam ajudar na esperança e perspectiva do paciente;
- (b) *O que está mais difícil nesta internação?* busca elementos negativos, vivenciados como aversivos, que dificultam a adesão e promovem a desesperança do paciente;

- (c) *Como lida com as dificuldades?* busca o que o paciente já faz para se sentir melhor e avalia a eficiência destas estratégias (não há uma estratégia única e "correta") e;
- (d) *Principal necessidade atual* para estar da melhor forma possível no Hospital (paciente e cuidador) busca avaliar reforçadores e foco de angústia.

Através das respostas do paciente/acompanhante a estas perguntas, classifica-se o tipo de estratégia de enfrentamento adotada de forma predominante no momento:

- (a) estratégias focalizadas *no problema*, ou seja, comportamentos ou esforços cognitivos que visam solucionar ou lidar diretamente com o problema;
- (b) estratégias focalizadas *na emoção*, ou seja, reações emocionais e/ou comportamentos que no geral fazem com que o paciente/acompanhante não lide diretamente o estressor;
- (c) busca de *suporte social*, ou seja, comportamentos de procura de auxílio operacional, emocional ou de informação para enfrentar o problema e;
- (d) práticas *religiosas/pensamento fantasioso*, ou seja, pensamentos e comportamentos que permeados por sentimentos de esperança e fé que auxiliam o paciente a enfrentar a situação estressora.

Esta classificação, de tipos de estratégias de enfrentamento, baseou-se nos fatores identificados por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) através da análise fatorial da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).

A assistência atual contabilizou em *survey* (Nascimento et al., 2010) apresentado na XIII Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília, 83 registros de estratégias, tendo-se identificado 112 estratégias de enfrentamento: religiosidade/espiritualidade (27%), conformismo (15%), distração (15%), empoderamento pessoal (12%), família (9%), redes solidárias (9%), apoio profissional (6%), choro (6%), cuidados próprios (1%).

Um segundo *survey* apresentado neste mesmo evento (Castro, Almeida, Turra, Costa, & Doca, 2010) convidou 30 participantes a falarem sobre estratégias de enfrentamento do tipo religiosidade/espiritualidade, com o fim de obter um perfil da espiritualidade na clínica cirúrgica do HUB, a partir do estudo das relações entre enfrentamento e espiritualidade, com vistas à elaboração de um protocolo de atendimento psicossocial. Este *survey*, especificamente elaborado com o fim de estudar enfrentamento, questão integrante da elaboração da proposta de protocolo, esteve de acordo com as normas institucionais de

pesquisa com seres humanos, que incluíram o entendimento e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes foram 8 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, com média de idade de 46 anos e desvio-padrão de 14,929, pertencentes (26) ou não (4) a uma religião. A partir de análise da estatística (SPSS,v.13) da escala utilizada, verificou-se prevalência de enfrentamento do tipo positivo, com médias superiores a 3,5 numa escala *Likert* de 4 pontos.

Compreensão do quadro de saúde. A avaliação da compreensão do quadro de saúde e/ou da cirurgia é feita utilizando questões abertas, como p.ex.: *Se o seu amigo/parente lhe perguntar o que foi que o Sr./Sra. veio fazer no Hospital, como o Sr./Sra. vai explicar para eles? Para nós é muito importante o seu entendimento do que o Sr./Sra. tem, mesmo que não tenha os termos médicos, mas seja do jeito que você entendeu. Sei que o Sr./Sra. já recebeu explicações dos médicos, então agora vai ser diferente: o Sr./Sra. é quem vai me explicar o que o Sr./Sra. tem.*

Por meio das respostas dadas a estas perguntas, classifica-se a compreensão do quadro de saúde e/ou cirurgia em: (a) funcional; (b) limitada ou; (c) inadequada. Caso o nível de compreensão verificado seja limitado ou inadequado, avalia-se a possibilidade de a psicologia intervir no sentido de auxiliar o melhor entendimento do paciente/acompanhante. A classificação da compreensão é definida a seguir:

- Considera-se que a compreensão é *funcional* se o usuário descreve claramente o próprio quadro de saúde, ainda que não use o vocabulário médico e/ou científico. Por exemplo, um paciente fictício tem compreensão funcional se explicar que está internado para fazer uma *‘operação para tirar a vesícula’*, não sendo necessário uso de vocabulário especializado como *‘colecistectomia’*, que conforme Cardoso e Costa (2005) significa “extirpação cirúrgica da vesícula biliar” (p.54).
- Considera-se a compreensão *limitada* quando o paciente descreve parcialmente a área e/ou o órgão que é objeto do tratamento e da internação, mesmo sem saber detalhar seu próprio quadro. Por exemplo, um paciente fictício tem compreensão limitada se descrever seu quadro de saúde como *“umas dificuldades para comer por conta de uns problemas na barriga”*.

- Considera-se a compreensão *inadequada* quando o paciente não sabe explicar o motivo principal da internação e/ou imagina que o motivo seja um fator secundário da internação. Por exemplo, um paciente fictício tem compreensão inadequada se responder que ele não sabe o(s) motivo(s) da internação, e que talvez seja porque a esposa ficou preocupada com uma “*dor perto das costas*” que ele estava sentindo.

A assistência atual apurou em 578 registros: compreensão funcional (76%), limitada (16%) e inadequada (8%). Este dado está coerente com a cultura da ECC-HUB de esclarecer ao paciente seu próprio quadro de saúde, característica reforçada por ser um hospital de ensino, em que explicar para o paciente é, inclusive, tarefa dos treinandos e alunos de várias categorias (p.ex., enfermagem, nutrição, medicina), avaliada por professores e supervisores.

Exame do estado mental. A avaliação do estado mental do paciente foi adaptada a partir das técnicas de entrevista clínica diagnóstica que utiliza o DSM-IV como referência (Othmer & Othmer, 2003, p. 87), na qual o objetivo é "formar uma opinião a respeito do estado mental do paciente durante a entrevista". O exame é feito por:

- (a) *observação*, onde não é necessária a cooperação do paciente, abarcam os elementos que podem ser diretamente avaliados (aparência, consciência e comportamento psicomotor);
- (b) *conversação*, depende da cooperação parcial ou integral do paciente, abarcam os elementos que podem ser inferidos, a partir de comportamentos do paciente durante a entrevista (atenção, fala, linguagem, pensamento, orientação, memória e afeto) e;
- (c) *investigação*, depende da cooperação parcial ou integral do paciente, inclui os elementos que necessitam de perguntas ou testagens específicas (por exemplo, a avaliação completa do humor ou qualquer outro elemento que inclua procedimentos específicos, como testagens e escalas), a ser discutida a escolha previamente com a equipe de Psicologia.

Na assistência atual houve uma tentativa de se elaborar uma estatística que envolvesse cada elemento do exame mental, mas foi abandonada posto que o custo-benefício era desvantajoso, entendendo-se o custo de tempo para categorizar item a item de

cada atendimento, e o benefício entendido como a visão geral do exame, benefício este minimizado por ser raro, na enfermaria, um estado psíquico significativamente alterado.

Dor. A avaliação de dor é realizada por meio do Questionário de Dor McGill, Forma Reduzida (Pimenta & Teixeira, 1996) e Escala de Categoria-Razão de Borg CR-10, citado por Silva e Ribeiro-Filho (J. A. Silva & Ribeiro-Filho, 2006a, 2006b).

A forma reduzida do Questionário de Dor McGill (*Short-Form McGill Questionnaire SF-MPQ*) é o único instrumento adaptado e validado no Brasil para avaliação multidimensional de dor aguda presente, tanto de forma quantitativa quanto qualitativa. A avaliação de dor pela forma reduzida do questionário McGill é feita em quatro eixos:

- (a) Índice de Estimativa de Dor (PRI), onde descritores sensoriais e afetivos da dor são avaliados numa escala ordinal crescente de relevância (0=Nenhuma; 1=Branda; 2=Moderada e 3=Severa);
- (b) Intensidade da Dor Presente (PPI), onde se quantifica a dor presente/atual por meio da Escala Visual Analógica (VAS) de 100 mm, portanto, variando de zero a 100;
- (c) Avaliação Global da Dor, onde o paciente escolhe o descritor que melhor avalia globalmente sua dor presente/atual (0=Nenhuma dor; 1=Branda; 2=Desconfortável; 3=Aflitiva; 4=Horrível; 5=Martirizante) e;
- (d) Localização da dor, onde se avalia a percepção de distribuição espacial e a localização interna ou externa da dor por meio da marcação em um desenho do corpo humano.

A avaliação de dor pela Escala de Categoria-Razão de Borg CR-10 inicialmente busca uma âncora solicitando ao paciente que traga à memória a vivência da pior dor já sentida, exceto a atual, o que é feito por meio da pergunta: *"Qual foi a pior dor que você já sentiu na sua vida, sem contar a atual?"*. Após o estabelecimento desta âncora, solicita-se ao paciente comparar a dor atual com a pior dor já sentida: *"Tendo essa dor como valor 10 em uma escala onde 'zero' é a ausência total de dor, qual a nota que você dá à sua dor atual?"*. Respostas com valores superiores a 10 podem ser aceitas, desde que o paciente fundamente a mesma com argumentos compreensíveis.

Em *survey* (Anjos et al., 2010) realizado com o objetivo de analisar registros no Banco de Dados dos valores da McGill com foco nos eixos sensorial-discriminativo (PRI-

S: índice sensorial) e afetivo-motivacional (PRI-A: índice afetivo), notou-se o uso esporádico desta escala: em um total de 506 atendimentos psicológicos, obteve-se uma amostra com apenas 36 registros, dos quais: 15 homens e 21 mulheres; 1 adolescente, 25 adultos e 10 idosos, sendo que não foi possível obter a idade de 1 dos respondentes. O índice sensorial da dor apresentou um escore médio de 34,66% e o afetivo, 58,89%. Tais valores apontam que, em que pese o pouco uso da escala, ela não pode ser dispensada como indicador de condições emocionais potencializadoras de quadro doloroso.

3.2.4.3 Subjetividade e Vivência

A **literatura** mostrou trabalhos que investigaram e recomendaram ações voltadas ao vivencial, emocional, campo fenomênico da experiência, pessoal, tomando o paciente como protagonista de intervenção, o que implica em considerar a subjetividade do paciente. Constituem exemplos: promover sensação de alívio corporal, ressignificar ansiedade como pensamento emocional, valorizar autoestima, ter como meta o bem-estar subjetivo, combater o desconforto, respeitar a dignidade, atentar para a vivência de *distress*, compreender a dor e escutar o paciente.

A **assistência** atual apurou as intervenções anotadas como conduta em *survey* auditadas em 400 registros (Turra, Almeida, Doca, & Costa, 2010). As intervenções foram categorizadas em:

- *escuta*, definida como apoiar, validar, testar característica psicológica específica, definir foco e problema ativo (32%);
- *ronda*, definida como ação de reavaliar, verificar se o paciente está bem, verificar se houve alguma alteração do quadro e evoluir (25%);
- *contato*, definido como trocar informações e negociar com equipes de saúde, (23%);
- *orientação*, definida como ações de direcionar, encaminhar, educar, ressignificar questões (20%).

Em que pese a necessidade de um estudo mais detalhado em cada uma dessas categorias, o levantamento deu visibilidade à intervenção de *escuta* no contexto da internação.

Em *survey* realizado (Mendes, Almeida, Turra, Doca, & Costa, 2010), 30 participantes foram convidados a falar sobre os significados atribuídos à experiência de

enfermidade pelos pacientes internados na Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília. Este *survey*, especificamente elaborado com o fim de entender melhor a vivência do paciente, questão integrante da elaboração da proposta de protocolo, esteve de acordo com as normas institucionais de pesquisa com seres humanos, que incluíram o entendimento e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A partir da escuta dos participantes, foram encontradas cinco categorias, elaboradas funcionalmente, que representam os núcleos de significados mais recorrentes entre os participantes. São eles:

- (a) o sofrimento desencadeado pela doença;
- (b) esperança de cura;
- (c) o aspecto religioso;
- (d) a doença precisa ser tratada; e
- (e) não me sinto doente.

Em que pese o pequeno número de participantes deste *survey*, apenas 30, a relevância dos conteúdos apurados, como sofrimento, esperança, espiritualidade, estar/sentir-se doente ou não estar/sentir-se doente, mostram a relevância da intervenção de escuta à vivência na internação.

3.3 Proposta de um protocolo de atendimento

A proposta de atendimento, como o objetivo geral deste trabalho, é apresentada a seguir, a partir da síntese consubstanciada em diretrizes práticas dos parâmetros da literatura no contexto da realidade da assistência atual.

Nomeou-se a proposta como **Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO)**. Este nome exige alguns esclarecimentos⁷. O termo *protocolo* não é tomado aqui com os sentidos de ser (de modo burocrático) um formulário, um questionário a ser preenchido, (rigidamente) uma formalidade a ser cumprida, (apenas) um registro, um fichamento, (arrogantemente) uma padronização para a prática do psicólogo na internação cirúrgica em geral, e nem as ações propostas correspondem às do "psicólogo de protocolo" (Lazzaretti, 2007) como aquele que sucumbe às demandas institucionais que o descaracteriza como profissional. O termo também não se confunde

⁷ Outras considerações ligadas à sigla PAPO compõem o Anexo 9.

com o termo *prontuário*, como conjunto institucional de arquivos individuais dos pacientes. O termo não significa Protocolo Clínico, conforme definido no Glossário Temático do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) como

“conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e os pacientes em suas decisões” (p.43),

por não termos ainda níveis significativos de evidências científicas (BRASIL, s/d) nesta área. O termo protocolo, mais especificamente, o Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO), é a proposição de um método de atendimento, estabelecido a partir de eixos de atuação, com potencial de facilitar a definição do foco prioritário de atenção, o problema ativo.

O objetivo do PAPO é identificar um problema ativo⁸, definido como o foco psicossocioeducacional circunscrito da queixa atual do usuário atendido, ligado diretamente, ou não, à situação de internação, como, p.ex.:

- indignação diante de obstáculos quanto à estadia do acompanhante,
- desesperança quanto ao prognóstico,
- dificuldades de adesão à dieta hospitalar,
- queixa de dor na ferida operatória,
- saudades dos familiares,
- desespero pela mudança irreversível da forma de alimentar-se,
- raiva por não poder trabalhar e gerar renda essencial ao sustento da família,
- ressentimento contra suas próprias convicções religiosas,
- remorso pela forma como cuidou da própria saúde,
- vergonha por não ser alfabetizado,
- rejeição ao uso de medicação,
- desânimo em continuar o tratamento,
- tédio na estadia de internação,

⁸ Em estudo anterior (Turra, Costa, et al., 2012), este objetivo foi estabelecido como pertinente apenas à entrevista semi-estruturada, objetivo este ressignificado e ampliado neste trabalho.

- repugnância pelas instalações sanitárias,
- preconceito sobre o gênero de algum profissional do hospital,
- irritação por não conseguir dormir direito,
- luto pelo órgão amputado,
- medo de ser usado como cobaia para o aprendizado dos cirurgiões,
- conflito entre dizer e não dizer para a família a gravidade do seu estado de saúde,
- constrangimento em dividir o quarto com estranhos,
- culpa por abandonar esposa e filhos,
- desgosto por não ter recebido visitas,
- decepção diante dos resultados dos exames.

Diante da riqueza e da incontestável relevância destas demandas que caracterizam o sofrimento humano, assume-se que a sistematização de atendimento, seja ela qual for, não pode ser confundida com atendimento frio, automatizado, burocratizado, rígido e centrado na forma, e sim um caminho para atendimento humanizado, suportivo, flexível e resolutivo.

Como método, o PAPO possui eixos⁹ práticos gerais:

1. atendimento com foco na internação;
2. caráter interdisciplinar;
3. suporte em pesquisa e autocrítica;
4. paciente como centro;
5. atenção à rede de apoio e à equipe;
6. uso de diagnóstico e avaliação;
7. escuta à subjetividade e à vivência.

O termo *eixo* aqui é usado para denotar fontes de ações. Não se trata de uma fórmula fechada para execução da prática, mas de vórtices que conectem, que aglutinem, que alimentem intervenções e posicionamentos práticos, com a flexibilidade exigida pelas

⁹ Em estudo anterior (Turra, Costa, et al., 2012) definiu-se como eixos para o Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) os elementos: identificação, suporte social, enfrentamento, compreensão do quadro de saúde, exame do estado mental e dor. Tais elementos foram reavaliados no presente trabalho, sendo agora tomados como integrantes do eixo de avaliação e diagnóstico.

condições adversas do cotidiano. Os parâmetros de execução desses eixos são expostos nessa seção, a seguir.

3.3.1 Eixo 1 - Atendimento com foco na internação

Esse eixo objetiva circunscrever o atendimento aos problemas, sofrimentos, queixas advindas da internação e tem o objetivo de abarcar a variedade de especialidades cirúrgicas atuantes na enfermaria. Não significa que o Psicólogo tenha que conhecer tudo de todas as especialidades, condição que inviabilizaria a prática, mas significa focar a atuação de questões relativas ao contexto da internação, posto que a própria internação é, em si, condição adversa, abrindo os horizontes para intervenções voltadas para o aqui e agora do paciente, na especificidade do paciente. Não há de se fixar no pequeno, mas há de se considerar o pequeno num mapa, numa configuração ampliada da trajetória da internação cirúrgica como um todo. Toma-se a situação de internação cirúrgica como raiz, como fundação, como objeto, como contexto de uma experiência que espera-se transitória, e que por melhor que seja, guarda em si um potencial de sofrimento, que precisa ser superado.

3.3.2 Eixo 2 - Caráter interdisciplinar

Esse eixo objetiva considerar ações conjuntas, integradas, articuladas, negociadas, onde cada profissional envolvido contribui, atua, intervém com sua especificidade, num campo que é de todos, o generoso campo do cuidado humano profissional. Isso não significa que o Psicólogo assuma a responsabilidade isoladamente por instituir, por fazer acontecer a interdisciplinaridade, o que seria a antimatéria da própria interdisciplinaridade, mas significa que o Psicólogo use o arcabouço teórico-metodológico de integração entre partes, de comunicação assertiva, de esclarecimentos psicoeducativos, de lida com sentimentos e emoções muitas vezes confusas, enfrentando as barreiras para promoção do caráter interdisciplinar em cada uma dessas ações.

3.3.3 Eixo 3 - Suporte em pesquisa e autocrítica

Esse eixo objetiva a inserção da pesquisa (*surveys*, testes de perguntas, levantamentos de opiniões, investigações específicas, construção de indicadores), a construção de um Banco de Dados de Atendimento viável, possível, sustentável, prática e o exercício sistemático de autocrítica como elementos da rotina de trabalho exige

permanente articulação institucional, contato com equipes, escuta dos pacientes e acompanhantes. Tais elementos, elaboração de pesquisa, manejo de dados e exercício de autocrítica, mostram uma perspectiva para além do cotidiano, um horizonte aberto que combate o desgaste potencial da rotina por dar vitalidade ao fazer do aqui e agora.

3.3.4 Eixo 4 - Paciente como centro

Esse eixo objetiva priorizar o paciente como centro. As pesquisas mostraram mais recomendações de ações em períodos da internação cirúrgica em que o paciente está consciente e receptivo ao receber as ações. Para além do bom senso que a característica guarda em si, posto que nenhum psicólogo de sã consciência se disporia a fazer ações psicoeducativas com o paciente sob anestesia, é preciso considerar as intervenções de natureza emocional não estão desvinculadas dos procedimentos das equipes (p.ex., há alguma interação medicamentosa que esteja ligada direta ou indiretamente ao sofrimento do paciente?) e das condições estruturais (p.ex., o barulho durante a noite está ligado às dificuldades com sono?). Neste sentido, esse eixo indica que os procedimentos das equipes e as condições estruturais sejam analisados pelo Psicólogo sob o ponto de vista do paciente, para, a partir deste ponto de vista, serem elaboradas as intervenções. É preciso considerar o paciente como sujeito pleno de direitos sobre si, como o legítimo proprietário de seu corpo, com todas as emoções e sentimentos vinculados às suas escolhas e à sua trajetória pessoal.

3.3.5 Eixo 5 - Atenção à rede de apoio e à equipe

O objetivo deste eixo é tanto prever a inclusão do outro significativo do paciente, como considerar a necessidade de cuidar do cuidador, entendidos aqui como os acompanhantes/familiares e equipe de saúde respectivamente. Este eixo faz interface com e depende diretamente da política institucional. No cotidiano da enfermaria, é comum observar-se, sob o ponto de vista do paciente, que o outro significativo pode significar regeneração emocional ou desistência da vida. E é do conhecimento de qualquer Psicólogo que já atuou um único dia sequer numa enfermaria, que o estado, que as condições, que a saúde, que o trato da instituição com a equipe pode significar melhora ou piora ao paciente. Cabe ao Psicólogo falar, comunicar, dar voz, elaborar ações práticas para viabilizar e dar subsídios às políticas que contemplem as necessidades destes dois grupos, o grupo dos

acompanhantes/familiares e o grupo de cuidadores profissionais, unidos entre si por se tomar o paciente como centro. No grupo de acompanhantes/familiares, esse eixo traz o desafio de inclusão do outro significativo como parte da assistência, trabalhando como voz no micro, na equipe de saúde para esta inclusão. No grupo de cuidadores, da equipe de saúde, esse eixo traz o desafio de comunicar-se institucionalmente, dada a limitação (e a consciência) da posição do Psicólogo como membro da equipe, e se assim não for, o corre-se o risco de se estar num limbo, numa *hybris* insustentável na prática, marcada na conhecida piada do cirurgião que opera o próprio cérebro. Em outras palavras, a direção do trabalho é o macro, é a política institucional que o Psicólogo, junto e como membro de uma equipe.

3.3.6 Eixo 6 - Uso de diagnóstico e avaliação

O objetivo deste eixo é o estabelecimento do diagnóstico e avaliação como parâmetros práticos necessários às ações do Psicólogo. Suporte social, enfrentamento, compreensão do quadro de saúde, exame do estado mental e dor são avaliações com potencial de agregarem valor à prática da assistência. Não se trata nem de aborrecer o paciente com escalas e testes, nem de realizar avaliações e diagnósticos tão específicos numa linguagem tão própria que se tornem documentos isolados e inacessíveis para as demais equipes, mas é preciso ter (elaborar, criar, estudar, adaptar, pesquisar, descobrir) avaliações e diagnósticos com potenciais de dar visibilidade à produção, aos resultados do trabalho do psicólogo, além de aproximarem de uma linguagem comum, com uso de recursos quali-quantitativos. O exame do estado mental, por exemplo, precisa ir além do contato direto com o paciente, é preciso descrever as evidências, citar exemplos, buscar informações com enfermagem e acompanhantes, contextualizar, discutir as impressões com pares e na supervisão, dar atenção às diferentes referências culturais, e o relato do exame psíquico deve ser elaborado de tal forma que seja útil aos profissionais que lidam com a pessoa entrevistada. Toma-se o diagnóstico e a avaliação como agregadores de valor ao trabalho do Psicólogo, usados como uma forma superior de sintetizar o que se vê a partir do ângulo definido e significado por um observador treinado, para além do óbvio e da aparência, dando visibilidade ao que é invisível.

3.3.7 Eixo 7 - Escuta à subjetividade e à vivência

O objetivo deste eixo é valorizar a escuta uma ferramenta, um meio, uma forma, uma técnica privilegiada para o acesso possível à subjetividade e à vivência. A escuta é também o início e a base para a elaboração de uma intervenção significativa, que pode ser a própria experiência de ser ouvido. A intervenção de escuta, raramente compreendida por outras equipes, pouco valorizada pelo estudante, dificilmente treinada sem grandes investimentos pessoais, confundida frequentemente com uma conversa leiga informal, é tomada como uma ação importante no contexto da internação. A escuta, a princípio poderia nem ser considerado um eixo, mas a fonte de todos os eixos, tomada aqui como a intervenção que transcende a forma (estar parado prestando atenção no que se fala) e a definição (como - mero - sentido da audição).

3.4 - Andamento do trabalho

A Figura 5, a seguir, contextualiza os principais elementos dos Resultados no trabalho como um todo.

Figura 5. Resultados no andamento do trabalho.

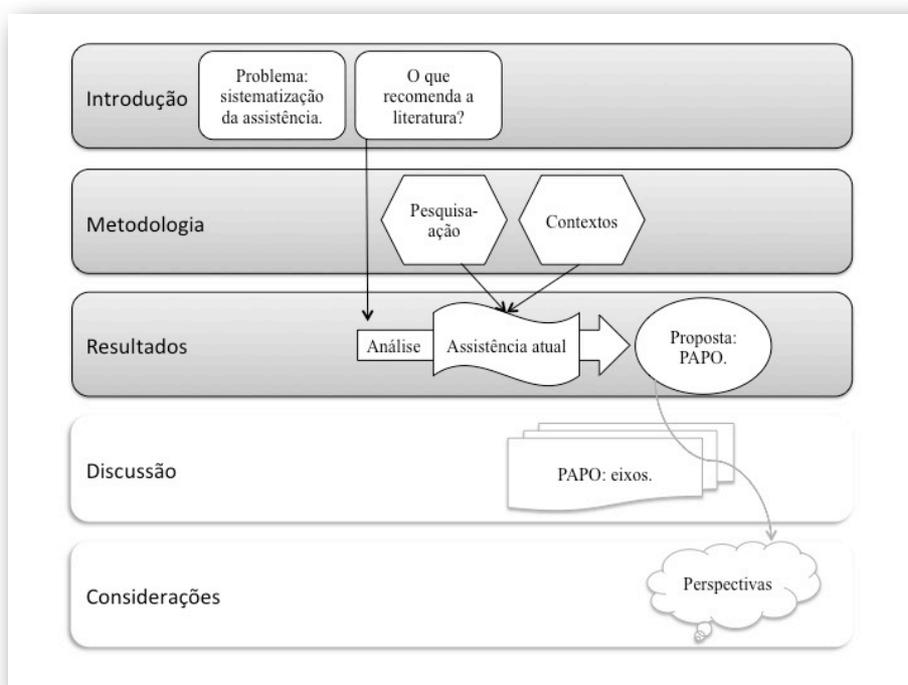


Figura 5. Os Resultados se constituem pela análise da assistência atual, e avaliação utilizando as recomendações da literatura, bases da proposta de assistência, designada Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO).

Capítulo 4 - Discussão

O tema deste trabalho é a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, assistência esta que possui interfaces que fazem deste campo um desafio constante para as diversas especialidades de saúde envolvidas. Neste trabalho, delimita-se os desafios da atuação sistematizada da Psicologia, que no contexto da internação não conta com normas e diretrizes protocolares claras para esta assistência. Diante desta realidade, a partir da assistência atual, o trabalho propõe o Protocolo de Atendimento em Saúde Orientado para o Problema (PAPO), constituído como um produto prático aplicável à Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB) de um conjunto diversificado de ações envolvendo revisão sistemática, dados, instrumentos, roteiros, rotinas, registros, critérios, atendimentos. que formam o conjunto atual de ações e intervenções voltadas às necessidades do paciente cirúrgico internado.

Nesta seção, discute-se os eixos do (PAPO): atendimento com foco na internação, caráter interdisciplinar, suporte em pesquisa e autocrítica, paciente como centro, atenção à rede de apoio e à equipe, uso de diagnóstico e avaliação, escuta à subjetividade e à vivência. Em cada eixo, tem-se:

- as **ponderações** sobre o eixo em si; e
- as conexões do eixo com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, quanto a questões, recomendações, preocupações, considerações.

Ao final da seção, lista-se algumas considerações acerca:

- dos fatores de **utilidade** do trabalho;
- das **limitações** deste estudo; e
- das **sugestões** de estudos futuros com temas relativos ao eixo.

4.1 Atendimento com foco na internação

“Um minuto agora me parece pouco tempo, mas tem hora que um minuto pode ser tempo demais, e um minuto de tormento pode ser muito mais lento do que um minuto de paz.” (Pensador, 1999).

A discussão do atendimento do paciente internado ter foco na internação no PAPO diz respeito às **ponderações** sobre as bases da identidade do trabalho do Psicólogo na

instituição. Toma-se a internação, em si, como o contexto suficientemente adverso para ser alçado à condição de contexto de intervenção. Isso se dá com tranquilidade quando se trata de internação pediátrica, mas exige argumentação quando se trata de internação adulta, em que pese a relevância da produção da literatura expostos no presente trabalho, como p.ex. em Lenardt et al. (2007).

A questão é identitária, pois uma vez circunscrita à internação como foco de intervenção no eixo de assistência, abre-se a porta ao diálogo, à troca, à articulação com o(s) profissional(is) Psicólogo(s) que fazem atendimentos ambulatoriais pré e pós-cirúrgico. Assume-se que, exceto em condições abusivas ou pautadas em um perigoso narcisismo, um único profissional psicólogo não é capaz de dar conta de todas as especificidades das áreas de todas as modalidades de atendimento hospitalar, algo impensável em profissões já estabelecidas no contexto da internação como Enfermagem e Medicina.

Neste sentido, é preciso ressignificar o modelo de atendimento pautado na herança da forma de atender típica da psicoterapia individual em consultório privado, como bem mostrado em Lazzaretti (2007, p. 26): “Não se pode negar que, em um hospital ou em qualquer outra instituição, o trabalho em Psicologia possui características próprias, que não comportam o modelo de atendimento em gabinete privado, pois tem sua especificidade”.

A abertura ao diálogo e à troca com outros profissionais atuantes na instituição envolve algo além da boa vontade, envolve uma questão ética de responsabilidade pelo serviço, bem definida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2005):

“Art. 7º – O psicólogo poderá intervir na prestação de serviços psicológicos que estejam sendo efetuados por outro profissional, nas seguintes situações: a) A pedido do profissional responsável pelo serviço; b) Em caso de emergência ou risco ao beneficiário ou usuário do serviço, quando dará imediata ciência ao profissional; c) Quando informado expressamente, por qualquer uma das partes, da interrupção voluntária e definitiva do serviço; d) Quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada.” (p.12)

Desta forma, a mediação, as intervenções, as rotinas, os procedimentos de anotações ao prontuário da internação serão responsabilidade do psicólogo que esteja no cotidiano

das equipes da internação. Em que pese o óbvio, ainda as dificuldades deste entendimento se fazem sentir pela carência de uma política reguladora e pelo apego a um modelo de atendimento que não pertence ao *setting* hospitalar, enfraquecendo, desta forma, a identidade do serviço, e, portanto, a base da inserção do Psicólogo na equipe atuante.

O PAPO, neste sentido, faz o caminho inverso: descarta o heroísmo de abarcar todo o hospital, e firma a presença do Psicólogo no cotidiano da equipe cirúrgica, objetivando a qualidade do serviço e do diálogo, levando-se em consideração que “um minuto” da internação pode ser tempo demais.

Em termos das conexões do Eixo 1, atendimento com foco na internação, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) Elaboração de protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios (Aguilar-Nascimento et al., 2006).
- (b) Modificação das rotinas para inserção de procedimentos que melhorem as instruções pós-operatórias (Atchison et al., 2005).
- (c) Necessidade de elaboração de protocolo de intervenções específicas para internação cirúrgica (Bachion, Magalhães, Munari, Almeida, & Lima, 2004; Magalhães et al., 2006)
- (d) Preocupação com a internação que promova bem-estar do paciente cirúrgico (Caracciolo & Giaquinto, 2005).
- (e) Necessidade de repensar a organização/instituição, que dá importância maior à sua própria conveniência do que do paciente, e ver sob o ponto de vista do paciente, como p.ex., o paciente tem ansiedade aumentada por não saber se terá leito hospitalar no dia seguinte (E. C. J. Carr, Thomas, & Wilson-Barnet, 2005).
- (f) Estudo de eventos na internação cirúrgica que podem produzir altos níveis de ansiedade (E. Carr et al., 2006).
- (g) Ênfase nos procedimentos preparatórios para internação cirúrgica (Dorsten, 2006).
- (h) Identificação de grande variedade no que é considerado ‘usual’ na internação, chamando a atenção para necessidade de protocolos (Fitzpatrick, 2005).

- (i) Recomendação de intervenções não-farmacológicas na internação para produção de bem-estar, como p.ex., combinação de relaxamento com música que o paciente escolher. (Good, Anderson, Ahn, Cong, & Stanton-Hicks, 2005).
- (j) Necessidade de mudanças na rotina de internação para prevenção de *delirium* (Gurlit & Möllmann, 2008).
- (k) Necessidade de sessões específicas preparatórias para internação de cirurgia urológica, chamada de Psicoprofilaxia Cirúrgica (Juan, 2005, 2007).
- (l) Desenvolvimento de protocolo pré-operatório específico para internação cirúrgica (Kehlet & Wilmore, 2002).
- (m) Necessidade de repensar os cuidados que são normais da internação, mas são vivenciados com constrangimento por pacientes idosos (Lenardt et al., 2007).
- (n) Elaboração de uma política de admissão do paciente cirúrgico designada DOSA (Rothwell et al., 2006).
- (o) Preocupação com aspectos psicológicos perioperativos em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, e necessidade de desenvolvimento de programas específicos (Mochizuki et al., 2009).
- (p) Importância dos cuidados da internação cirúrgica, mesmo que seja internação breve, posto que a cirurgia que ser realizada em um dia (*day surgery*) não significa que seja uma cirurgia menor (Mottram, 2011).
- (q) Necessidade de organizar os cuidados na internação de modo a providenciar informações ao paciente cirúrgico em diferentes momentos: na enfermaria, na sala de espera antes da cirurgia, e na sala de cirurgia (Pokharel, Bhattarai, Tripathi, Khatiwada, & Subedi, 2011).
- (r) Levantamento de estudos com diferentes estratégias para manejo de ansiedade do paciente: modificando a estrutura do hospital (pátios, janelas, músicas); alterando a rotina do hospital (mais acesso aos familiares, compartilhar com quem já fez a cirurgia); e provendo suporte psicológico adequado (técnicas cognitivas, comportamentais, informativas), e necessidade de isolar os fatores psicossociais de risco para se prover uma abordagem mais integral ao paciente, melhorando a qualidade dos cuidados (Ramos et al., 2008).
- (s) Necessidade de mudanças de procedimentos nas enfermarias para manejo de dor (Rudin, Wölner-Hanssen, Hellbom, & Werner, 2008).

- (t) Organização de consulta prévia com anestesista como prevenção ao estresse da internação cirúrgica (Santos, Santos, Melo, & Alves, 2009).
- (u) Necessidade de melhorar a internação, visando a melhoria da recuperação após a internação (Worster & Holmes, 2009).

4.2 Caráter interdisciplinar

“Sabe moço, já conheci muita gente qui nem ocê... ocê num é mau, não! Mais tá meio imbaraiado das ideia! Fica achando qui tudo qui é bunito tem qui tê dono! Mais num é ansim... A gente num carece di prendê um passarinho pra preciá o canto dele! É só oiá pro arto! Sempre tem argum!” Chico Bento (Sousa, 2009, p. 79).

A discussão do caráter interdisciplinar do PAPO, baseia-se no argumento que a atuação do Psicólogo exige a consciência das territorialidades envolvidas e diplomacia para inserção e integração do trabalho no conjunto de saberes atuantes. Toma-se como referência, para **ponderação**, o mito da territorialidade, por estarem relacionadas aos aspectos emocionais da identidade pessoal e profissional.

Como já mencionado anteriormente, o cotidiano da assistência apresenta interfaces desafiadoras, que envolvem os vários profissionais e saberes atuantes: serviço social, nutrição, enfermagem, psicologia, medicina, pois, uma questão social pode inviabilizar o aporte nutricional, complicar aspectos do cuidado de enfermagem, piorar o sofrimento psicológico na internação, e potencialmente inviabilizar ou prejudicar os procedimentos cirúrgicos envolvidos. Essas interfaces elucidam o fato que os procedimentos variados executados pela variedade de profissionais e saberes se constituem como vivência total e única do ponto de vista do paciente. Em outras palavras, se os procedimentos, inadvertidamente ou não, são executados de modo fragmentado sob os pontos de vista institucional ou profissional, a vivência do paciente, como experiência subjetiva, não ocorre de maneira fragmentada. Esta unicidade guarda em si o potencial de nortear o caráter interdisciplinar.

Em termos de atuação prática do Psicólogo em instituição hospitalar, o trabalho de Dias (2006) faz importante questionamento sobre a questão da interdisciplinaridade, começando por colocar em cheque a aparente obviedade e banalização do tema no

contexto da saúde. A autora esclarece e questiona os conceitos de disciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, e chama a atenção para a atuação interdisciplinar como algo além de (apenas) um modo interessante da prática do psicólogo, mas uma condição para a humanização no atendimento ao paciente. Neste sentido, já não se trata de uma opção, mas uma necessidade. Com base em Dias (2006), APA (2012a) e Figueiredo (1996), tem-se a síntese dos termos na Tabela 4, síntese que define como cada termo é considerado neste trabalho:

Tabela 4

Termos, elementos das definições e consequências

Termos	Elementos da definição	Consequências
Disciplinaridade	Fronteiras Domínio Especificidade	Conhecimento especializado Territorialidade
Multidisciplinaridade Pluridisciplinaridade	Um objeto Várias disciplinas Pressupõe um líder	Conhecimento fragmentado Justaposição Papéis definidos
Interdisciplinaridade	Vários saberes Compartilhar e agregar	Papel de aprender a aprender Encontro com o outro
Transdisciplinaridade	Entre e além das disciplinas Realidade multidimensional Perspectiva transcendente	Unidade do conhecimento Renúncia ao domínio

O exercício da *disciplinaridade* pode ser identificado na prática das solicitações de pareceres na EC-HUB, posto que o parecerista, como especialista, define, responde, elucida, prescreve ações que dizem respeito exclusivamente ao seu próprio campo. O exercício da *multi/pluridisciplinaridade* pode ser identificado na prática da EC-HUB quando os cuidados prestados ao paciente, inadvertidamente ou não, ocorrem institucionalmente num padrão de diversidade fragmentada, com papéis definidos e rotinas estabelecidas para um único objeto: o paciente. O exercício da *interdisciplinaridade* pode ser identificado na prática da EC-HUB quando se discute uma situação, um caso clínico, uma reação, um comportamento, uma decisão à luz da integração dos saberes de quem discute, com soluções, direções e condutas pactuadas e mantidas. O exercício da *transdisciplinaridade* ocorre na EC-HUB quando se considera, ainda que em tímidas

conversas, a realidade maior, os aspectos ampliados, produzindo reflexões conjuntas sobre os saberes em questão.

A *disciplinaridade* é um exercício territorial, em que a especialização é uma forma de autoridade, de ter a palavra. A *multi/pluridisciplinaridade* é um exercício de divisão territorial, em que a especialização define o campo de pertencimento e o limite da posse da palavra. A *interdisciplinaridade* é um exercício de integração territorial, em que a especialização está a serviço de integrar e otimizar as ações de cuidados. A *transdisciplinaridade* é um exercício de abdicação territorial, e portanto, de abdicação do próprio aqui-e-agora concreto, a favor da produção reflexiva e de fundamentos.

Isto posto, a inevitável justaposição territorial da internação, justaposição de posse, poder, rotina, especialidade e palavra, neste vai-e-vem territorial, que exige condutas com os pés cravados no aqui-e-agora resolutivo, é que nasce o caráter interdisciplinar do PAPO, como o caráter que pode integrar tecnicamente o que já está integrado na vivência subjetiva do paciente.

Neste sentido, tomando-se a territorialidade como símbolo pode-se elucidar alguns processos e dificuldades práticas. Como símbolo, a territorialidade está ligada emocionalmente à segurança de estar no seu próprio terreno, ao estar em casa, em sua própria casa¹⁰. No levantamento de Biedermann (1989) a *casa* está ligada ao fim do nomadismo e início da definição espaço próprio de estar, de ficar, de estabelecer-se, com achados arqueológicos datados de 6.000 a.C., períodos anteriores à agricultura e criação de gado. A casa, o território de vida, é muitas vezes o símbolo do próprio homem, como um lugar estável. De modo mais amplo, *terra* é símbolo ligado ao desejo de firmeza e estabilidade, que também é vista nas variantes *pedra* e *rocha*. O solo, a terra, o território são simbolicamente constituintes do próprio ser humano, miticamente feito a partir da argila pelo deus Khum egípcio, a partir do *limus* por Iaveh, a partir da cerâmica pela deusa Aruru na Epopéia de Gilgamesh (Biedermann, 1989). Estar, permanecer na sua própria especialidade, no seu próprio terreno, na sua própria rotina, no seu próprio saber, no que é conhecido, no que se domina é, acima de tudo, confortável, seguro. Uma proposta de repartir a casa, instituir uma visão ‘condomínial’, compartilhar o terreno é uma proposta que exige negociação: a habilidade e a arte maior da diplomacia.

¹⁰ O sofrimento do migrante é uma importante vertente de pesquisas da Psicologia.

Como se já não fossem poucas as idéias ligadas à identidade do papel do Psicólogo, bem descritas por Figueiredo e Santi (1991), como o de aplicador de testes, o bruxo, o adivinho, o conselheiro, acrescenta-se agora mais esta: o de ser diplomata. Um diplomata sim, que, pressupondo que o que é bonito não precisa ter dono, negocia o seu lugar, os seus recursos (naturais) teórico-metodológicos, a sua especialidade, a sua palavra, a sua produção, os resultados de suas intervenções e condutas, a sua posição institucional, o seu papel na equipe, a sua casa, o seu *locus terrenus*, uma tarefa bem traduzida por Figueiredo (1996, p. 113): "uma tarefa interminável e para toda uma vida, mas, sem dúvida, uma vida muito interessante e sempre em movimento".

Em termos das conexões do Eixo 2, caráter interdisciplinar, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) Necessidade de engajar equipe multidisciplinar para otimizar os fatores que promovem recuperação mais rápida do paciente cirúrgico (Balentine, Hermosillo-Rodriguez, Robinson, Berger, & Naik, 2011).
- (b) Necessidade de engajar equipe multidisciplinar para focar em otimizar os fatores que promovam uma rápida recuperação (Bandyopadhyay, Markovic, & Manderson, 2007).
- (c) Ser obrigatório ter no plano pré-cirúrgico um tratamento holístico incluindo intervenção psicológica (Calia et al., 2011).
- (d) Importância do trabalho interdisciplinar da equipe de saúde diante da sobrecarga do sistema de saúde que afeta a comunicação adequada, que por sua vez reflete diretamente no tratamento (Marback, Temporini, & Kara Júnior, 2007).
- (e) Equipe de saúde deve incluir médicos/cirurgiões, enfermeiros, consultores psicólogos/psiquiatras, e consultores religiosos/suportivos quando necessários (Shih, Wang, Hsiao, Tseng, & Chu, 2008).
- (f) Recomendação de incluir especialistas em cuidados psicológicos ou psiquiátricos na rotina da equipe (Trotter, Gallagher, & Donoghue, 2011).
- (g) Recomendação de suporte prático e coordenado, com equipe de saúde multidisciplinar, incluindo enfermagem, terapeuta ocupacional, terapia física (fisioterapia), trabalho de suporte individual (*personal support workers*),

assistente social, para melhorar os cuidados em casa e o acesso aos serviços comunitários (J. Wong, Mendelsohn, Nyhof-Young, & Bernstein, 2011).

4.3 Suporte em pesquisa e autocrítica

"Por pueril que possa parecer, esse exercício aguça as faculdades de observação e ensina para onde olhar e o que procurar." Sherlock Holmes (Doyle, 2006, p. 40).

A discussão do suporte em pesquisa e autocrítica como eixo do PAPO tem como objetivo desmistificar a pesquisa como elemento alheio ao cotidiano, e valorizar a autocrítica como elemento ressignificador da prática.

As demandas da prática podem impor condições restritivas para se ter pesquisa como parte do cotidiano, ainda mais se a pesquisa é tomada como significativa se ocorrer nos grandes projetos interinstitucionais. No entanto, ao se realizar pequenos levantamentos do próprio serviço, é possível - e espera-se sustentável - construir-se uma cultura interna de observação, investigação, *surveys*, levantamentos, auditorias dos próprios registros, gerando elementos para autoavaliação, retroalimentação de dados e procedimento, abrindo caminho para novas perguntas e novas respostas, que exigirão consumo de artigos científicos e leitura crítica que embasará a criatividade necessária ao Psicólogo para superar situações adversas que são próprias da situação hospitalar.

A desmistificação da pesquisa como algo restrito e exclusivo aos ambientes acadêmicos, e por isso inalcançável e a autocrítica como exercício de ressignificação e reposicionamento do cotidiano são os elementos que subsidiarão, irrigarão, alimentarão as intervenções significativas do paciente como centro. Por mais que alguns elementos da rotina sejam excluídos, retirados, recolocados, não se trata de um exercício autodestrutivo, mas de um exercício investigativo, que ensina, na prática, para onde olhar e o que procurar.

Em termos das conexões do Eixo 3, suporte de pesquisa e autocrítica, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) Autocrítica considerando que falta preparação para a transição corporal que o paciente cirúrgico terá antes, durante e depois do transplante (Gustafsson, Ponzer, Heikkilä, & Ekman, 2007).

- (b) Autocrítica apontando a necessidade de melhorar as informações e o empoderamento em pacientes cardíacas do gênero feminino para melhorar o manejo da dor (Leegaard & Fagermoen, 2008; Leegaard, Nåden, & Fagermoen, 2008).
- (c) Autocrítica do campo da assistência, apontando a carência de estudos sobre a situação emocional dos pacientes com câncer frente à proximidade da internação para o ato anestésico-cirúrgico (Magalhães et al., 2006).
- (d) Necessidade de reavaliar o sistema de saúde que sobrecarrega o profissional (Marback et al., 2007).
- (e) China, como país, precisa de uma política que padronize os cuidados com relação à dor (Shen, Sherwood, McNeill, & Li, 2008).
- (f) Autocrítica apontando a necessidade de melhorar os recursos suportivos em pacientes que realizarão cirurgia que implique em secção dos ossos do crânio (J. Wong et al., 2011).

4.4 Paciente como centro

“A cabeça do índio brincando nas águas, falando com as árvores, já era artista o índio muito antes de Tarzan.” Samba do sociólogo louco (Baianos, 1978).

A discussão do paciente como centro e prioridade no PAPO tem como objetivo a ressignificação de um entendimento polarizado a respeito da rede de apoio, visando a estruturação de um eixo de atendimento visto sob o ponto de vista do paciente.

O eixo que toma o paciente como centro sugere que os procedimentos das equipes e as condições estruturais sejam analisados pelo Psicólogo sob o ponto de vista do paciente, para, a partir deste ponto de vista, serem elaboradas as intervenções. É preciso considerar o paciente como sujeito pleno de direitos sobre si, como o legítimo proprietário de seu corpo, com todas as emoções e sentimentos vinculados às suas escolhas e à sua trajetória pessoal.

Se por um lado a atenção à rede de apoio, *na literatura*, pressupõe capacitação, inclusão, apoio, inserção, informação, investimento, valorização do outro significativo para otimização dos cuidados ao paciente, como já mostrado no levantamento da literatura deste trabalho, por outro lado, *na prática*, a rede de apoio é vista de modo polarizado, ora como

essencial e positiva, ora como desnecessária e negativa para os cuidados ao paciente. Por certo, a visão negativa da rede de apoio está presente mais nas queixas cotidianas do que na literatura, queixas que se questiona se não estariam nas bases da inércia e na falta de vontade política de se construir as condições para uma inserção de fato da rede de apoio na internação hospitalar.

No entanto, uma importante colocação sobre o impacto da rede de apoio é elucidada por Fischer e Tarquinio (2006, p. 159) “ainda que diferentes estudos mostrem os seus efeitos benéficos, está, antes do mais, ligado ao valor que tem aos olhos dos doentes, o que lhe confere a sua verdadeira eficácia”. É a partir do entendimento que a eficácia do outro significativo está no olhar do paciente é que se tem a possibilidade de ressignificar o caráter ambíguo e polarizado da rede social, familiar, emocional do paciente, sendo ela mesma objeto de atenção, atendimento, intervenção, constituinte deste eixo de assistência.

Dessa forma, o paciente como centro significa, em última análise, assumir que o paciente já pensa, imagina, sabe, conhece e é capaz de expressar o que e como deseja acerca do seu próprio bem-estar, muito antes do que as equipes de saúde pensaram, imaginaram e conheceram sobre o assunto. O paciente é artista de si, da sua própria vida, muito antes da internação.

Em termos das conexões do Eixo 4, paciente como centro, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) Uso de informação, orientação e suporte emocional como melhoria da qualidade do atendimento (Amaro, Yazigi, & Erwenne, 2006). Melhoria da qualidade da informação como melhoria da qualidade da relação paciente-cirurgião (Betti, Sironi, Saino, Ricci, & Bonavina, 2011). Uso de informações básicas e específicas como redutores de ansiedade (Ng et al., 2004). Uso de áudio com informações preparatórias como produtor de bem-estar (Utriyaprasit, Moore, & Chaiseri, 2010). Identificação e adaptação das informações ao estilo do paciente, se *blunters*, que evitam receber informações cirúrgicas, ou *monitors*, que buscam receber informações cirúrgicas (Stoddard et al., 2005). Importância de se reconhecer que nem tudo o que se fala é compreendido da mesma forma por todos (Worster & Holmes, 2009).

- (b) Elaboração de um plano de cuidados individualizado, discutido com o paciente (Arakelian, Gunningberg, Larsson, Norlén, & Mahteme, 2011).
- (c) Melhoria da qualidade de vida do paciente por meio de uma assistência pré-cirúrgica de múltiplos aspectos (Artal Sanchez, Alfonso Collado, Sebastian, Bondia, & Valles, 2011).
- (d) Investigação da internação sob o ponto de vista do paciente (E. Carr et al., 2006; E. C. J. Carr et al., 2005).
- (e) Uso de informações e cuidados avançados em oncologia fornecidos de maneira específica e global para o paciente (Chen, Lai, Liao, Chang, & Lin, 2009; Chen, Liao, Lin, Chang, & Lai, 2009).
- (f) Toque Terapêutico como produtor de bem-estar (Coakley & Duffy, 2010; Madrid, Barrett, & Winstead-Fry, 2010).
- (g) Valorização da percepção e dos sentimentos sob o ponto de vista do paciente (Gilmartin, 2004, 2007; Gilmartin & Wright, 2007, 2008).
- (h) Uso de psicoeducação (Hermele, Olivo, Namerow, & Oz, 2007). Uso de vídeo educativo para melhoria de autoeficácia e funcionalidade após a cirurgia (Maddison et al., 2006). Preparação pré-cirúrgica e procedimentos educativos como ajudas universais ao paciente (Shelley & Pakenham, 2007). Benefícios de intervenção educacional específica para alívio da dor (E. M. Wong, Chan, & Chair, 2010; J. Wong et al., 2011).
- (i) Combate à disposição pessimista do paciente (Hudetz et al., 2010).
- (j) Uso de estratégias de orientações nutricionais que levem em conta a percepção do paciente sobre a dieta ser socialmente aceitável (Jaromahum & Fowler, 2010).
- (k) Empoderamento do paciente por meio de procedimentos diversificado, levando em conta as diferenças individuais (Johansson, Katajisto, & Salanterä, 2010; Johansson, Salanterä, & Katajisto, 2007).
- (l) Diminuição da ansiedade por melhoria do conhecimento do paciente sobre diagnóstico e processo anestésico (Kiyohara et al., 2004). Necessidade de reduzir ansiedade (Mitchell, 1997, 2003).
- (m) Combate ao medo de cair após cirurgia ortopédica (Koeda et al., 2011).

- (n) Melhoria do bem-estar com protocolo não medicamentoso chamado *complementary alternative medical* (CAM) que inclui imaginação guiada, massagem leve e música (Kshetry, Carole, Henly, Sendelbach, & Kummer, 2006).
- (o) Melhorar a qualidade do sono do paciente na internação (Lane & East, 2008).
- (p) Música como produtora de bem-estar e melhoria da recuperação cirúrgica (Leardi et al., 2007; Nilsson, 2009; Sendelbach et al., 2006; Walworth et al., 2008).
- (q) Manejo da dor (Leegaard & Fagermoen, 2008; Leegaard et al., 2008).
- (r) Necessidade de prevenir depressão (Matsushita, Matsushima, & Maruyama, 2005).
- (s) Intervenções psicológicas como redutoras de *distress* (Montgomery, Schnur, Erbllich, Diefenbach, & Bovbjerg, 2010). Hipnose como procedimento que reduz *distress* pré-cirúrgico (Schnur et al., 2008).
- (t) Uso de plantas no ambiente como produtoras de bem estar e melhoria das condições dos procedimentos médicos (Park & Mattson, 2009).
- (u) Intervenção para manejo de estresse com início uma semana antes da cirurgia como produtor de melhora de aspectos físicos gerais em até um ano após a cirurgia (Parker et al., 2009). Importância de intervenções para manejo de estresse formatados especificamente para idade e gênero dos homens que se submetem à cirurgia de próstata (Yermal, Witek-Janusek, Peterson, & Mathews, 2010).
- (v) Inserção de sessões de treino de relaxamento para melhorar bem-estar pós-cirúrgico (Silva & Zakir, 2011).

4.5 Atenção à rede de apoio e à equipe

“Nenhum aquário é maior do que o mar. Mas o mar espelhado em seus olhos, maior, me causa um efeito de concha no ouvido, barulho de mar, pipoco de onda, ribombo de espuma e sal.” A rede (Lenine, 1999).

A discussão da atenção à rede de apoio e à equipe no PAPO centra-se nas possibilidades de comunicação com a equipe. Em termos de comunicação com a equipe, as

entrevistas realizadas na EC-HUB, ainda que com impasses metodológicos já expostos, deram visibilidade à questão da comunicação, questão que, por definição, envolve tanto os integrantes da EC-HUB, como a instituição como um todo. Toma-se como referência os estudos básicos de Palo Alto (Watzlawick et al., 1967) para essa discussão, posto que um ponto é o curso apropriado de ação numa questão prática, aqui tomado como a assistência atual, e um outro ponto é a relação entre os comunicantes, aqui trazidos à luz pelas entrevistas realizadas. Ainda que se concorde com o conteúdo prático, aqui tomada como a necessidade do serviço do psicólogo, é no âmbito metacomunicacional, aqui tomado sistemicamente como relações institucionais, que se encontra o nó da questão. Um nó que não se desata nem se esclarece pela discussão no nível de conteúdo, mas sim no nível da relação.

A discussão no nível de conteúdo desemboca num pseudodesacordo, numa lógica autocontraditória, infinita e improdutiva. Não se objetiva aqui fazer juízo ingênuo de valor, posto que não é uma realidade justa ou injusta, e nem restrita ao HUB. Tampouco se objetiva a “defesa” da assistência atual, o que levaria a discussão a cair no nível conteúdo, para isso recorrendo-se a provas objetivas com longas exposições e comprovações das ações positivas da psicologia, que não avançaria em termos das ponderações que são o objetivo desta seção (Watzlawick et al., 1967, p. 75).

A discussão no nível da relação exige a consideração de três possibilidades de comunicação pragmática: confirmação, rejeição e desconfirmação. As três possibilidades foram evidenciadas nas entrevistas realizadas com a equipe, razão pela qual vale definir e exemplificar cada uma dessas possibilidades.

A **confirmação** significa aceitação, autenticação do outro, e guarda em si potencial construtivo, uma vez que melhora a consciência do todo, na relação. Exemplo: (O serviço é atuante) *“Assim, ela (a Psicóloga) orientou a gente no que a gente podia melhorar nos pacientes que viessem ser internados.”*

A **rejeição** significa oposição ao outro, contraposição, e guarda em si potencial construtivo, uma vez que melhora a consciência das partes (as que foram rejeitadas), na relação. Exemplo: (O serviço não é atuante) *“até para ele dar uma orientação pra gente, ó o paciente está muito debilitado, o paciente é... tá com... tá com o emocional muito baixo.”*

A **desconfirmação** significa alienação do outro, alienação como um grau acima do mero ignorar a presença, aliena-se da existência. Ou, como os autores explicam: “Por

outras palavras, enquanto que a rejeição equivale à mensagem “Você está errado”, a desconfirmação diz, com efeito, “Você não existe”.” (Watzlawick et al., 1967, p. 79). Exemplo: (O serviço não existe) *“eu trabalho há cinco anos aqui e nunca nunca nuuunca o Psicólogo chegou e falou assim: eu vim conversar com o paciente tal, o que você acha dele? Como é que você acha que tá o emocional dele? O que que, o que que ele fala pra vocês, como é que ele tá. Isso não existe. Pelo menos comigo nunca existiu.”*

A ocorrência concomitante da confirmação, da rejeição e da desconfirmação, as duas primeiras como comunicação/relação saudável e a última como comunicação/relação patológica dá visibilidade ao desafio do trabalho de nascer e se constituir numa realidade institucional ambígua, mutante, com jogos e articulações nem sempre pautados pela honra, com fragilidade institucional advinda de uma transição com mudança de paradigma e de lógica de assistência, e junte-se a esta realidade o estranhamento diante das especificidades do Psicólogo da Saúde.

Há de se cuidar para, numa realidade dessa, não se cair no paradoxo pragmático (Watzlawick et al., 1967, p. 177), e pela patologia da comunicação, ser imposta ao Psicólogo uma tarefa insustentável, em que o efeito de se tentar resolver uma mensagem paradoxal (o serviço é atuante + o serviço não é atuante) resulta na designação (do serviço) como incompetente ou insubordinado. Não se pode ter um comportamento coerente e lógico num contexto incoerente e ilógico.

Em outras palavras, fazem sentido as tentativas mal sucedidas das propostas para ações concretas integradas à luz da injunção paradoxal de se demandar parceria (horizontal) num contexto historicamente hierárquico (vertical), como bem coloca Gusdorf “Se a especialização é a condução inelutável do saber, o compromisso da interdisciplinaridade situa-se contra-corrente ao movimento natural do conhecimento. Implica, pois, um elemento absurdo.” (1991, p. 14).

É assumindo-se impotente que o Psicólogo tem a possibilidade de sair de uma posição heróica (e destrutiva), para ser e trabalhar em equipe. Tal discussão evidencia a relevância e a urgência de uma política institucional que viabilize trabalho relacional, emocional, organizacional, de fortalecimento das bases de comunicação e saúde da comunicação das equipes envolvidas na assistência, tomando-se o Psicólogo como parte da equipe, ele mesmo envolvido nos trabalhos como equipe, como parte do problema e consequentemente, como parte da solução. Assume-se neste trabalho que é possível e

necessário, como diz o poeta, ver e sentir o mar e as coisas do mar pelos olhos do outro, pela fala do outro, qualificando o olhar do outro como experiência legítima constituinte do próprio trabalho, e talvez do próprio mar.

Em termos das conexões do Eixo 5, atenção à rede de apoio e à equipe, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) *Staff* necessita melhorar a comunicação entre seus membros, tanto quanto com relação aos pacientes (Goodman et al., 2009).
- (b) Profissionais de saúde devem estar mais alertas em como a sua autoridade como profissional pode influenciar as atitudes do paciente (Idvall, Bergqvist, Silverhjelm, & Unosson, 2008).
- (c) Médicos e enfermeiros devem reconhecer as reações emocionais e corporais do paciente (Letterstål, Eldh, Olofsson, & Forsberg, 2010).
- (d) O *staff* deve desenvolver habilidades para detectar diferentes personalidades, estratégias pessoais e necessidades de informações dos pacientes (Lundén, Bengtson, & Lundgren, 2006).
- (e) Necessidade de envolver e encorajar o cônjuge da paciente com câncer de mama (Makabe & Nomizu, 2006).
- (f) Necessidade de conhecer a percepção de suporte social para reabilitação (Moraes & Dantas, 2007).
- (g) Necessidade de qualificar a Enfermagem quanto às estratégias para manejo da dor (Pellino et al., 2005).
- (h) Equipe de saúde precisa integrar as informações de rotina pré-operatória (Pinar, Kurt, & Gunfor, 2011).
- (i) Equipe de saúde precisa ser alertada sobre o impacto da dor mal-cuidada no período pós-operatório (Shen et al., 2008).
- (j) Equipe de saúde precisa receber educação para estender a assistência para além da internação (Wagner, Carlslund, Sørensen, & Ottesen, 2005).

4.6 Uso de diagnóstico e avaliação

“-Ah - dijo Sancho -, cogido le tengo! Esto es lo que yo deseaba saber como al alma y como a la vida. Venga acá, señor: podría negar lo que comúnmente

suele decirse por ahí cuando una persona está de mala voluntad: “No sé qué tiene fulano, que ni come, ni bebe, ni duerme, ni responde a propósito a lo que le preguntan, que no parece sino que está encantado”? De onde se viene a sacar que los que no comen, ni beben, ni duermen, ni hacen las obras naturales que yo digo, estos tales están encantados, pero no aquellos que tienen la gana que vuestra merced tiene, y que bebe cuando se lo dan y come cuando lo tiene y responde a todo aquello que le preguntan. - Verdade dices, Sancho - respondió don Quijote -, pero ya te he dicho que hay muchas maneras de encantamentos, (...)¹¹ Don Quijote para Sancho. (Cervantes, 1604, p. 501).

A discussão do uso de diagnóstico e avaliação no PAPO tem como objetivo dar conotação positiva aos aspectos de diagnóstico e avaliação, pelo potencial dessas ações apresentarem resultados úteis para a inserção do Psicólogo no campo de atuação hospitalar.

A avaliação e o diagnóstico, como referido anteriormente, são tomados como agregadores de valor ao trabalho do Psicólogo, usados como uma forma superior de síntese elaborada por um observador treinado. A avaliação e o diagnóstico já foram expatriados da prática de Psicólogos que os consideraram como nativos do modelo positivista, realidade que hoje está em franca mudança. No PAPO, tanto a rotina como os eixos de avaliação funcionam como diretrizes de ação, e não como formas rígidas estabelecidas. A assistência precisa de pontos de partida, norteadores, direcionadores de ações, como p.ex., as boas sugestões advindas da forma semi-estruturada da entrevista. A avaliação, neste sentido, a qualquer momento, está sujeita à funcionalidade, à sensatez, à flexibilidade e ao bom-senso, valores maiores do cotidiano de natureza adversa de uma enfermaria hospitalar.

Durante a avaliação de dor pela Escala de Categoria-Razão de Borg CR-10, na busca de uma âncora, fez-se a pergunta à paciente: "*Qual foi a pior dor que você já sentiu na sua*

¹¹ Tradução livre: "*Ah - disse Sancho - peguei! Isto é o que eu desejava saber como a alma e como a vida. Venha cá, senhor: poder-vos-ia negar o que por aí se diz sobre uma pessoa com mal estar: "Eu não sei o que tem o fulano, que nem come, nem bebe, nem dorme, nem responde quando se faz alguma pergunta, que parece que está encantado"?* De onde foi que se deduz que não comer, nem beber, nem dormir, nem fazer outras coisas naturais, que estas pessoas estão encantadas, mas não aqueles que têm o ímpeto que o senhor tem, que bebe quando tem o que beber, que come quando tem o que comer, e que responde a todo aquele que vos pergunta alguma coisa. - O que dizes é verdade, Sancho - respondeu D. Quixote -, mas vos digo que existem muitas maneiras de encantamentos, (...)"

vida, sem contar a atual?”. A paciente levou as mãos no peito e, emocionada, nos contou que foi a dor de perder o filho. É nesse momento, que a utilidade escala como medida é deixada de lado, e certifica-se que por esta avaliação, abriu-se a possibilidade da escuta à subjetividade e à vivência.

As ponderações ligadas ao avaliar remetem adicionalmente às questões ligadas ao não avaliar. Assume-se a impossibilidade de não avaliar tanto quanto assume-se a impossibilidade de não comunicar (Watzlawick et al., 1967, p. 44), posto que os esforços no sentido de não avaliar são potencialmente incompatíveis com os esforços de compreender a vivência do paciente, nas muitas formas de vivência possíveis.

Em termos das conexões do Eixo 5, uso de diagnóstico e avaliação, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) Necessidade de acrescentar a avaliação do grau de ansiedade à avaliação pré-anestésica (Alves et al., 2007).
- (b) Depressão pode ser facilmente avaliada no período pré-operatório (Beresnevaite et al., 2010).
- (c) Avaliação dos temas dor, firmeza e funcionalidade (Caracciolo & Giaquinto, 2005).
- (d) Importância de se avaliar o perfil psicológico do paciente (Carneiro et al., 2009).
- (e) Avaliação para prevenir *delirium* (Gurlit & Möllmann, 2008).
- (f) Avaliação de um conjunto de fatores metabólicos, físicos e mentais combinados (Hadj et al., 2006).
- (g) Avaliação dos fatores de risco para *delirium* (Kazmierskia et al., 2010).
- (h) Avaliação de condição depressiva para intervenção antecipada (Kitagawa, Yasui-Furukori, Tsushima, Kaneko, & Fukuda, 2011).
- (i) Avaliação de ansiedade, depressão e autoestima (Kobayashi et al., 2008).
- (j) Avaliação de ansiedade e depressão no contexto hospitalar (Marcolino, Mathias, et al., 2007; Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, & Mathias, 2007).
- (k) Avaliação de ansiedade como fator de risco em cirurgia (McIntosh & Adams, 2011).
- (l) Avaliação de preditores de qualidade de vida (Sharma et al., 2007).

- (m) Avaliação e intervenção em níveis de ansiedade (Trotter et al., 2011).
- (n) Avaliação de ansiedade em cirurgia cardíaca por estar relacionada a complicações pós-cirúrgicas (Tully, Baker, Winefield, & Turnbull, 2010; Tully et al., 2011).
- (o) Avaliação do perfil de estresse e ansiedade dos pacientes (Wetsch et al., 2009).

4.7 Escuta à subjetividade e à vivência

“Então, antes de entender, meu coração embranqueceu como cabelos embranquecem.” A paixão segundo G.H. (Lispector, 1997, p. 32).

A discussão da escuta à subjetividade e à vivência no PAPO tem como objetivo significar este eixo como o campo que tem potencial de conjugar, processar e integrar os diversos procedimentos envolvidos na internação cirúrgica.

A escuta à subjetividade tem o potencial de elucidar as experiências, significados, crenças, estratégias que ainda não estejam discriminadas, visualizadas, para o paciente. Tal processo de significação e ressignificação nem sempre ocorrem de modo tranquilo para o paciente, pois envolve aspectos e sentimentos contraditórios, como p.ex.. raiva por estar doente e gratidão pela cirurgia bem sucedida.

É por envolver aspectos contraditórios e ambivalentes que a intervenção da escuta psicológica, profissionalmente treinada, torna-se conduta valiosa, pois o processo contraditório, por si só, pode levar a posicionamentos polarizados, mobilizadores pessoais, da rede, da equipe e da instituição. Como exemplo, temos as muitas as histórias de estados emocionais sem manejo adequado que se reverteram em longos processos judiciais, com grande desgaste para todos os envolvidos. E temos também não poucas histórias, contadas no todo e em parte nos cartazes, cartões, faixas, cartas e bilhetes deixados pelos pacientes dão conta de que a vivência da internação trouxe uma nova visão de mundo, mas otimista e humana. Para além do entendimento, ou antes dele, está o valor da escuta, este instrumento capaz de acolher o contraditório e o ilógico, como um coração embranquecido.

Em termos das conexões do Eixo 7, escuta à subjetividade e à vivência, com **trabalhos** apurados na revisão de literatura, tem-se a lista a seguir.

- (a) Necessidade de reconhecer a experiência/vivência do paciente receptor de transplante renal (Buldukoglu et al., 2005).
- (b) Uso da arte expressiva da vivência do paciente como produtor de mudanças positivas fisiológicas, psicológicas e relacionais (Camic, 2008).
- (c) Necessidade de oferecer ao paciente espaço psicoterapêutico multifocal para colocação de motivações, insatisfações, desejos, fantasias, expectativas e sentimentos em relação à cirurgia (Copetti & Copetti, 2005).
- (d) Necessidade de consideração dos fatores psicossociais no pré e pós-operatório (Diccini, Yoshinaga, & Marcolan, 2009).
- (e) Considerar a vivência do paciente, fortalecer o suporte emocional centrado na pessoa, estar alerta à comunicação verbal, paralinguagem e indicativos não-verbais demonstrados pelo paciente (Gilmartin, 2004, 2007; Gilmartin & Wright, 2007, 2008).
- (f) Enfermagem deve melhorar a experiência de internação do paciente (Mayne & Bagoisan, 2009). Com a escuta, é possível à Enfermagem prover cuidados e compartilhar sobre pensamentos e situações existenciais dos pacientes (Moene, Bergbom, & Skott, 2006).
- (g) Necessidade de compreender a subjetividade do paciente (Medeiros & Peniche, 2006). Necessidade de consideração, reconhecimento e qualificação da experiência psicológica e existencial do paciente (Schou & Egerod, 2008).
- (h) Auxílio na compreensão da situação vivenciada (Sebastiani & Maia, 2005). Necessidade de ter uma unidade pré-cirúrgica onde os pacientes possam ser preparados emocionalmente (Silva & Nakata, 2005).
- (i) Reconhecimento que no dia seguinte à cirurgia o paciente experimenta uma combinação dos efeitos da cirurgia, anestesia, dor e estresse psicológico (Shapira-Lichter et al., 2008).
- (j) Produz bem-estar e melhora o enfrentamento se o paciente escrever sobre as vivências da internação na espera da cirurgia (Solano et al., 2007). Estudo dos sentimentos dos pacientes no período pré-operatório cardíaco (Vargas et al., 2006).
- (k) Escutar o paciente e os cuidadores quanto às necessidades individuais, evitando sentimentos de desamparo e medo (Susleck et al., 2007).

4.8 Utilidade, limitações e sugestões

“Penso que cumprir a vida seja simplesmente compreender a marcha e ir tocando em frente.” Tocando em frente (Sater & Teixeira, 1997).

Lista-se a seguir algumas considerações acerca: dos fatores de **utilidade** do trabalho; as **limitações** deste estudo; e as **sugestões** para estudos futuros com temas relativos ao eixo.

Quanto aos fatores de **utilidade** do trabalho, tem-se as considerações a seguir.

- (a) Circunscrever a atuação em termos da internação cirúrgica possibilita intervenções focais visando melhorar o bem-estar e minimizar os desconfortos específicos. Os problemas ativos identificados e as estratégias de enfrentamento apuradas na prática indicaram sofrimento suficientemente significativos para justificar a utilidade dessas intervenções focais.
- (b) Ter o caráter interdisciplinar como base da atuação é útil na medida em que as ações do Psicólogo potencialmente são otimizadas por conter elementos, informações, dados de outras áreas que, sem o diálogo, se tornam mais difíceis de serem acessados e compreendidos.
- (c) Buscar o suporte em pesquisa e ter a autocrítica e revisão periódica dos procedimentos como parte do serviço é útil por trazer a literatura científica para a realidade da assistência, o que potencializa intervenções mais embasadas em evidências da prática, além de uma renovação mais ágil da assistência, assumindo-se que os problemas da internação também se renovam.
- (d) Priorizar o atendimento ao paciente, tomando-o como centro é útil por determinar um ponto de partida para o trabalho prático. Neste sentido, a busca do problema ativo, definido como o foco psicossocioeducacional circunscrito da queixa atual do usuário atendido, ligado diretamente, ou não, à situação de internação, sob o ponto de vista do paciente, torna-se uma busca útil na medida em que busca-se a resolução deste problema ativo.
- (e) Estender a atenção na internação cirúrgica à rede de apoio e à equipe é útil pelo aumento da cobertura da assistência, não tomando nem o paciente como um ser isolado, nem o psicólogo como um profissional isolado ao realizar a intervenção.

- (f) Usar diagnóstico e avaliação no cotidiano da internação é útil por fornecer parâmetros de ação, bases práticas para assistência, com potencial de fornecer elementos para dar visibilidade ao trabalho do psicólogo.
- (g) Disponibilizar escuta à subjetividade e à vivência é útil por embasar intervenções mais coerentes com a percepção de conforto e bem estar do paciente, estabelecendo espaço, ainda que pouco e por pouco tempo, para relação de confiança.

Compreende-se como **limitações** do estudo as questões a seguir.

- (a) Em que pese os problemas ativos identificados e as estratégias de enfrentamento apuradas na prática da internação serem significativas, o presente estudo não investiu na categorização das intervenções focais.
- (b) O desafio da interdisciplinaridade não é restrito à Psicologia, e nem pode ser, posto que considerá-lo restrito é ir contra à própria interdisciplinaridade. Em que pese a aparente obviedade deste desafio - coletivo por definição -, o presente estudo não elaborou estratégias para implementar a mentalidade da interdisciplinaridade.
- (c) O presente trabalho não apresenta uma estratégia para a inserção do suporte em pesquisa e revisão periódica dos procedimentos da assistência em contextos de trabalho diferentes, como por exemplo, que não contem com uma estrutura acadêmica como o HUB.
- (d) Ao priorizar o atendimento ao paciente, tomando o problema ativo como um ponto de partida prático, este trabalho não aprofunda na análise dos problemas inativos, ou seja, na análise dos problemas que não estão presentes na internação, mas podem ser pano de fundo para as questões vivenciadas de modo aversivo na internação.
- (e) Embora este trabalho cite algumas intervenções e trabalhos com foco na atenção à rede de apoio e à equipe (p.ex. terapia comunitária, avaliação de percepção de rede de apoio, *surveys*), este trabalho não elaborou e testou estratégias e ações específicas para a rede de apoio ou para a equipe.
- (f) Em que pese o presente trabalho sugerir formas e usos para diagnóstico e avaliação (p.ex., escala McGill, exame mental), este trabalho não elaborou

estratégias metodológicas para testar eficácia e eficiência das formas e usos sugeridos, de forma que a inserção ou a exclusão de diagnóstico e/ou avaliação específica foi determinada pelo maior ou menor uso na prática.

- (g) Em que pese ter sido tema de *surveys*, o presente trabalho não aprofundou no estudo da espiritualidade do paciente, elemento muito comumente presente na escuta à subjetividade e à vivência na situação de internação.

As **sugestões** para estudos futuros são apresentadas a seguir.

- (a) Identificar, categorizar e testar as intervenções focais realizadas com o objetivo de apurar a significância das intervenções, visando melhorar a qualidade do treinamento para atuação na situação de internação cirúrgica.
- (b) Analisar os discursos acerca da disciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade com as equipes atuantes, visando elaborar estratégias de implementação de mentalidade mais cooperativa, a partir dos núcleos significativos dos discursos apurados.
- (c) Levantar as condições de trabalho e as características de assistência prestada por outros profissionais da Psicologia em internação cirúrgica, visando integrar informações dos serviços de outras unidades e instituições de forma colaborativa cotidiana, não dependendo dos grandes encontros dos congressos para essa troca.
- (d) Registrar, categorizar e analisar os problemas inativos sob o ponto de vista do paciente, que não se configuram como de atendimento imediato na internação, visando ter parâmetros de encaminhamento, condução, e formação de rede de assistência contínua ao paciente, mesmo após a internação.
- (e) Elaborar e testar estratégias e ações específicas para atenção à rede de apoio e à equipe, visando inserção plena da rede de apoio na internação, e melhoria da comunicação/relação dos integrantes da equipe de saúde.
- (f) Aprofundar a análise dos discursos apurados na EC-HUB, objetivando elaborar estratégias para significação mais positiva do trabalho do Psicólogo.
- (g) Estudar os discursos das equipes em conjunto com os discursos da gestão, identificando barreiras e possibilidades, objetivando avançar na prática da Política Nacional de Humanização.

- (h) Estudar eficácia e eficiência das formas em uso de diagnóstico e avaliação, incluindo comparação com outras formas de diagnóstico e avaliação correspondentes, visando aprimorar os elementos de diagnóstico e avaliação.
- (i) Aprofundar na questão da espiritualidade do paciente na internação, escuta à subjetividade e à vivência em vários aspectos, como p.ex., enfrentamento espiritual, experiências culminantes, percepções incomuns, ressignificações de vida, objetos, ações e simbolismos hagiológicos e sincréticos, visando estruturar uma assistência à espiritualidade do paciente na internação.

4.9 Andamento do trabalho

A Figura 6, a seguir, contextualiza os principais elementos da Discussão no trabalho como um todo.

Figura 6. Discussão no andamento do trabalho

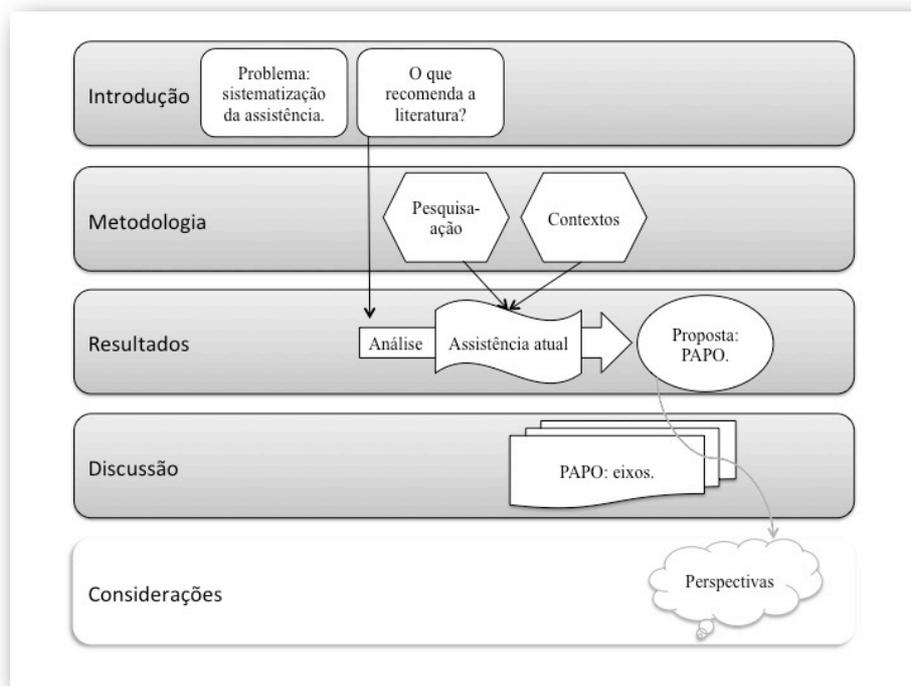


Figura 6. A Discussão tem como objeto os eixos do Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO).

Capítulo 5 - Considerações Finais

5.1 Síntese

Este trabalho tem como **tema** geral a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, aqui delimitada no que tange à estruturação e sistematização de uma forma prática de prestar esta assistência.

O **problema** circunscrito por este trabalho, uma vez que não há procedimentos estabelecidos como diretrizes regimentais da categoria ou formas de assistência psicológica à internação hospitalar com eficácia comprovada por níveis de evidência científica, é a necessidade de uma reflexão crítica da assistência atual à luz da literatura, em diálogo com a academia. Em termos de literatura, obteve-se, por meio de revisão sistemática, as recomendações para a assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado.

Essas recomendações foram analisadas, e a partir dos produtos da análise a revisão sistemática da literatura, obteve-se parâmetros não existentes *a priori*, para embasamento e desenvolvimento dos **objetivos** do trabalho, que são, em termos gerais, propor uma estrutura prática de assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado, e, em termos específicos, descrever a assistência atual em funcionamento e avaliar criticamente os elementos desta assistência com base nos achados das recomendações da literatura.

Em termos de **resultados**, a assistência atual é descrita em termos de contexto institucional e é analisada à luz dos produtos da literatura. Como proposta, define-se e discute-se sete eixos, como diretrizes práticas: (1) atendimento com foco na internação, (2) caráter interdisciplinar, (3) suporte em pesquisa e autocrítica, (4) paciente como centro, (5) atenção à rede de apoio e à equipe, (6) uso de diagnóstico e avaliação e (7) escuta à subjetividade e à vivência.

A **discussão** dos eixos abordou ponderações, trabalhos apurados na literatura, além de considerações sobre utilidade, limitações e sugestões de estudos e trabalhos futuros.

Nesta seção, toma-se como **considerações finais**, algumas reflexões sobre os limites e possibilidades de atuação do Psicólogo, com o objetivo de esclarecer e integrar formas, a princípio divergentes, de assistência, considerando como metáfora um *continuum* que varia

desde limites bem estabelecidos até limites abertos, tendo como pano de fundo, para dar sentido à assistência, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde. Toma-se como ilustração destas reflexões a Figura 7.

Figura 7. *Continuum* de limites da atuação do Psicólogo na internação cirúrgica

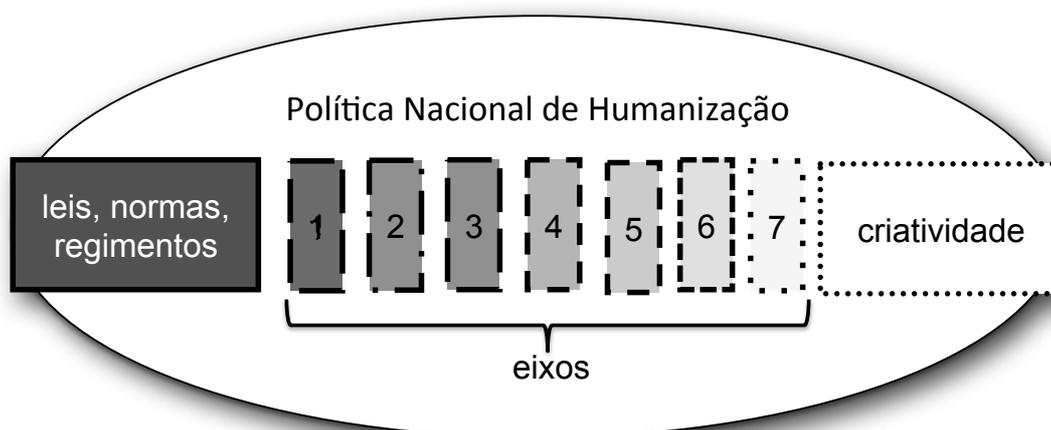


Figura 7. Toma-se o extremo da direita como o lugar de ações com limites mais abertos, tendo como marco as ações criativas, e o extremo da esquerda como o lugar de ações com limites mais fechados, tendo como marco as bases legais de atuação.

5.2 *Continuum* de limites de atuação

Roads? Where we are going we don't need roads.

Dr. Emmet Brown para Marty McFly. (Zemeckis, 2005)¹²

A estruturação de uma assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, a partir da crítica a uma assistência já existente exigiu, a cada passo, reflexões que se mostraram produtivas. A cada passo da constituição e sistematização de uma forma de atender, de circunscrever o papel do psicólogo, de ser e estar na assistência, era preciso considerar o que se pode criar, inventar, imaginar, experimentar, e o que se deve manter, guardar, obedecer, cumprir. A este exercício chamou-se de limites de atuação.

Nas novas frentes de trabalho do psicólogo, de modo adequado a novos papéis e compromissos, a Psicologia da Saúde surge como campo profícuo e criativo:

¹² Tradução livre: “Estradas? Para onde vamos não precisamos de estradas.”

“apesar de dificuldades, a psicologia da saúde já produziu algumas implicações inquestionáveis às ciências da saúde; (a) a atuação profissional em saúde deve priorizar a interdisciplinaridade e as ações devem fluir na direção da saúde coletiva; (b) o caráter educativo e preventivo da assistência deve estar presente mesmo em serviços de atenção terciária, incluindo os portadores de doenças crônicas e degenerativas; (c) as rotinas de saúde devem ser planejadas de modo a satisfazer, na medida do possível, necessidades individuais, desde que contextualizadas as variabilidades socioeconômicas e culturais, de modo a promover a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.” (Costa, 2005, p. 173)

Se, por um lado, não há protocolos estabelecidos para a assistência, o que é, por si, um convite à criação, por outro lado, há referências profissionais que devem ser cumpridas, obedecidas tais como regimento institucional e código de ética. Dessa forma, os limites da atuação, em cada passo eram pautados em parâmetros, ou na falta deles, considerando-se tanto os limites mais abertos, criativos, e os limites mais fechados, limitados, gerando as reflexões expostas a seguir e representadas na Figura 7.

Leis, normas e regimentos precisam ser tomados como base de atuação. Não se traz para esta reflexão, pela falta dos aportes teóricos-metodológicos do campo de conhecimento do Direito, o espaço para discussão de doutrinas judiciárias, quanto à variabilidade das interpretações legais. As normas aqui são tomadas, de modo laico, quanto à utilidade cotidiana, por serem bases para atuação. Ter as leis, normas e regimentos como bases pode parecer óbvio, mas na prática não é. Muito recentemente, e ainda como iniciativas isoladas, os marcos legais, para além do próprio Código de Ética do Psicólogo, se constituem conteúdo trabalhado nas salas de aula dos cursos de graduação em Psicologia. A assistência hospitalar é regida por um conjunto de normas das mais diversas naturezas, que envolvem direitos e deveres cotidianos a qual o Psicólogo está sujeito, como p. ex.: registro no prontuário, manejo de dados e arquivos, diretrizes e normas para prevenção e controle para infecção hospitalar, para citar alguns. O perigo está em tomar as leis e normas como fins em si mesmas, e não como marcos legais, como bases para uma assistência sustentável.

Considera-se que fazem parte deste *continuum* os **eixos** do Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO), de forma que o primeiro eixo, atendimento com foco na internação, configura-se com os limites mais fechados do que o sétimo eixo, a escuta à subjetividade e à vivência. Os eixos são comentados a seguir:

1. **Atendimento com foco na internação.** A lógica dos limites da internação segue a lógica da fundação, da circunscrição do objeto de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar. Compreende-se que o perigo está em abrir os limites da atuação pode significar uma pulverização da capacidade que um profissional tem de prestar uma assistência de qualidade.
2. **Caráter interdisciplinar.** A lógica dos limites da interdisciplinaridade segue a lógica da limitação e justaposição territorial disciplinar necessária para integrar tecnicamente o que já está integrado na vivência subjetiva do paciente. Compreende-se que o perigo está em perder de vista a identidade profissional, tendo-se, pela familiaridade adquirida no cotidiano, a falsa sensação de conhecer a complexidade das outras disciplinas e territorialidades envolvidas.
3. **Suporte em pesquisa e autocrítica.** A lógica dos limites da pesquisa segue a lógica do cultivo de uma mentalidade de naturalização das ações de observação, sistematização e autocrítica do serviço. Compreende-se que o perigo está em se construir uma visão positivo-racional da internação, que é permeada por emocionalidade, obstruindo as possibilidades de alimentar intervenções significativas.
4. **Paciente como centro.** A lógica dos limites do paciente como centro segue a lógica dos limites abertos e/ou fechados da interação do paciente com o outro significativo. Os limites, neste caso, são circunscritos pelos limites da relação e da significância da rede de apoio para o paciente. Desta forma, parte-se do paciente como centro e prioridade. Partir não é findar, é apenas iniciar, e por ser assim é que se compreende que o perigo está em estabelecer os limites sob o ponto de vista do técnico, e não do paciente, combatendo-se a visão polarizada (boa/má, necessária/desnecessária) da rede de apoio.
5. **Atenção à rede de apoio e à equipe.** A lógica dos limites das ações de assistência à rede de apoio e à equipe seguem a lógica tanto da interação do paciente com o outro significativo como do impacto dos cuidados do paciente

na equipe. Como já discutido, compreende-se como perigo as ações heróicas do psicólogo ao tentar cuidar da equipe a qual ele mesmo é integrante, perigo este que evidencia a relevância e a urgência de uma política institucional que viabilize comunicação institucional mais saudável.

6. **Uso de diagnóstico e avaliação.** A lógica dos limites do uso de diagnóstico e avaliação segue a lógica da utilidade destes ao fornecer alguma forma de síntese elaborada por um observador treinado. Compreende-se como perigo o uso de formas rígidas estabelecidas, não como norteadores e direcionadores de ações resolutivas.
7. **Escuta à subjetividade e à vivência.** A lógica dos limites - ou da falta deles - da escuta à subjetividade e à vivência segue a lógica da supressão circunscrita do controle, a favor da inserção do ponto de vista do paciente, ainda que este ponto de vista seja incomunicável pela natureza complexa e subjetiva da vivência. Compreende-se que o perigo está na supressão do controle se estabelecer como fim em si mesma, perdendo-se a síntese necessária, redutiva por definição.

Criatividade necessária para selar todo o empreendimento, todo o investimento da assistência hospitalar. Ela é, literalmente, o sal da terra, aquilo que pode fazer a diferença quali-quantitativa na assistência, é pela criatividade que novas formas resolutivas surgem como espaços inexplorados, ela é o que (nos) leva adiante. O perigo está em tomar as ações criativas como porta aberta para ações da arte pela arte, colocando em segundo plano o que deve estar em primeiro: a assistência resolutiva e humanizada.

5.3 Política Nacional de Humanização

Neste *continuum*, compreende-se que a **Política Nacional de Humanização** (PNH) se constitui como o pano de fundo, por pressupor um modelo de assistência que dá sentido à essas ações, eixos, limites, inserções, discussões, reflexões, em que pese não ser objetivo deste trabalho aprofundamento dos conceitos e questões que envolvem a Política Nacional de Humanização.

Os sentidos que a PNH (BRASIL, 2004b) produz na atuação hospitalar, tem como base os próprios norteadores da PNH, a seguir expostos.

- “1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.” (BRASIL, 2004b, pp. 9-10)

A ideia de humanização cresce com a crítica ao modelo biomédico nos anos 1970, como um conceito oposto ao de: tratar as pessoas como coisas (*thinging*), usar a tecnologia, experimentação, pessoa como problema, pessoas de menor valor, pessoas isoladas, cuidados subpadronizados, pessoas sem escolha, neutralidade, ambiência, (Deslandes, 2006, pp. 37-39). Em contraponto, a PNH tem como princípios: transversalidade (comunicação entre políticas/programas/projetos e sujeitos/coletivos), indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Essas princípios pressupõe um modo de trabalhar que inclua os atores envolvidos no trabalho, ou seja: gestores, trabalhadores, usuários, analisadores, coletivo. (BRASIL, 2004a).

Em síntese, a PNH corresponde a um modelo de atenção. Quando se fala em modelo de atenção, é importante colocar que, a partir do final do século XX: a atenção básica passou ter importância central no sistema de saúde brasileiro, uma vez que:

“Encontra-se em gestação um novo hospital, que agora opera integrado a uma rede diversificada de serviços de saúde. Este novo hospital, necessariamente de maior densidade tecnológica, tem um domínio de ação mais restrito, voltado especificamente para o atendimento aos casos mais graves, que exigem cuidados intensivos.” (Braga, Barbosa, & Santos, 2008, p. 683)

Como modelo de atenção, a Política Nacional de Humanização toma as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990; Noronha, Lima, & Machado, 2008). Neste sentido, a Psicologia da Saúde é compatível com o modelo integrado de assistência do Sistema Único de Saúde, uma vez que

“implica não somente mudanças organizacionais (descentralização, hierarquização, etc.) mas uma nova compreensão do processo saúde-doença e uma redefinição do vínculo entre os serviços e os usuários. A saúde passa a ser vista não mais como ausência de doença, mas como qualidade de vida.” (Nunes, 2010, p. 44)

O contexto das mudanças no modelo de atenção, nas relações de poder, inclui também, paralelamente, mudanças gradativas da própria atuação da Psicologia. A inserção do Psicólogo no serviço público de saúde, com falta de experiência e formação, nem sempre é tranquila, e coloca o desafio de que “cabe ao psicólogo ultrapassar o modelo clínico tradicional para ser reconhecido como um profissional de cuidados, nem que isso implique uma necessária crise de identidade” (Carvalho, 2007, p. 172). Crise bem delineada no comentário de Ana Bock:

"...compromisso com a sociedade a Psicologia sempre manteve, mas seu compromisso foi, na maior parte do tempo, um compromisso com as elites e seus interesses. O novo projeto de profissão significa um rompimento com esta tradição e a construção de um novo lugar para a Psicologia; a construção de uma nova relação da Psicologia com a sociedade. Queremos uma Psicologia a serviço dos interesses da maioria da sociedade; uma psicologia acessível a todos. Este novo compromisso que queremos manter com a sociedade exige que enfrentemos alguns desafios teóricos e práticos, de velhas concepções que ainda não foram superadas."(Bock, 2008, p. 3)

Em que pese ser o hospital uma instituição em “que a maior parte das pessoas continua a nascer, a receber assistência quando em situações mais graves e também a ali morrer” (Braga et al., 2008, pp. 665-666), o modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico é antagônico à atenção básica, com aumento vultoso de custos, símbolo de sofisticação tecnológica. (Braga et al., 2008, p. 677). Este modelo de atenção, tecnológico e centrado

nos cuidados físicos, é visto, p.ex., em casos de má conduta profissional e institucional em caso de abortamento, quando as pacientes “geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos.”(Adesse, 2006, p. 377).

Em contraponto, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) estabeleceu como “objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001, p. 7), com valorização da dimensão humana e subjetiva. As queixas físicas, vivências e sentimentos importam, uma vez o Manual da PNHAH:

“apontando o ser humano como um ser de linguagem e, portanto, capaz de construir redes de significados que, ao serem compartilhadas, conformam uma identidade cultural. Assim, o desrespeito ao estatuto ético da palavra cria as condições de arbítrio e violência” (Deslandes, 2004, p. 10)

Pasche (2011) aponta o que chama de pistas metodológicas para a humanização dos hospitais da rede SUS: ampliar a experiência democrática na gestão dos hospitais; ampliar a experimentação de ação clínica mais compartilhada e corresponsabilizada entre os trabalhadores que se encontram em situação de trabalho; desenvolver estratégias de inclusão dos usuários e da sua rede sociofamiliar nos processos de cuidado; ampliar e qualificar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde – o hospital pertence a uma rede.

Com isso destaca-se o papel dos dirigentes, dos gestores, da vontade política para efetivar, concretizar as ações e dispositivos.

“é fundamental a sensibilização dos dirigentes dos hospitais para a questão da humanização e para o desenvolvimento de um modelo de gestão que reflita a lógica do ideário deste processo: cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários.

O Programa Nacional de Humanização depende da vontade política dos dirigentes em participar de ações efetivas e permanentes de transformação da realidade hospitalar, reconhecendo-se o caráter processual destas transformações” (BRASIL, 2001, p. 12)

É pela vontade política que os embates das relações de poder, num contexto complexo de fatores dos hospitais, organizações tradicionalmente resistentes a mudanças.

"Assim, o hospital produz e convive com relações de poder que conformam uma realidade paradoxal, pois enquanto alguns são bem remunerados, outros nem tanto; para alguns os espaços de autonomia e liberdade são amplos, para outros – maioria – a força do poder administrativo e seus instrumentos de controle e submissão são a principal forma de interação com a organização." (Pasche, 2011, p. 35).

Em síntese, a Política Nacional de Humanização perpassa pelo *continuum* de todos os limites de atuação considerados neste trabalho. Mais do perpassa, a PNH dá base e funciona como produtora de sentidos a estas atuações, tais como os exemplos a seguir expostos

- (a) Leis, normas e regimentos: tem fundamento jurídico, institucional, governamental.
- (b) Eixo 1 - Foco na internação: estabelece dispositivos para atuação hospitalar.
- (c) Eixo 2 - Caráter interdisciplinar: vai além da interdisciplinaridade, e mostra caminhos para efetivar transdisciplinaridade.
- (d) Eixo 3 - Suporte em pesquisa e autocrítica: estabelece matriz com indicadores específicos.
- (e) Eixo 4 - Paciente como centro: recoloca a pessoa como usuária do sistema de saúde.
- (f) Eixo 5 - Atenção à rede de apoio e equipe: insere a rede de apoio na internação e valoriza a equipe.
- (g) Eixo 6 - Uso do diagnóstico e avaliação: busca pela qualidade da assistência em sua integralidade de cuidados.
- (h) Eixo 7 - Escuta à subjetividade e vivência: recoloca o usuário como um ser de linguagem e significados, e torna questão ética o respeito à palavra
- (i) Criatividade: incentiva ações concretas inovadoras por meio do SUS que dá certo.

A Política Nacional de Humanização e a Psicologia da Saúde, são bases importantes para se fazer frente ao desafio da estruturação de assistência psicológica ao paciente cirúrgico, e talvez na internação como um todo, meio de inserção do psicólogo na prática do ambiente hospitalar.

5.4 *Lá e de volta outra vez*

“A página de rosto trazia vários títulos, riscados um após o outro, assim:
Meu diário. Minha Viagem Inesperada. Lá e de Volta Outra Vez. E o Que Aconteceu Depois.” (Tolkien, 2001, p. 1088)

Este trabalho tem como **tema** geral a assistência psicológica ao paciente cirúrgico internado, aqui delimitada no que tange à estruturação e sistematização de uma forma prática de prestar esta assistência. O **problema** circunscrito por este trabalho é a necessidade de uma reflexão crítica da assistência atual à luz da literatura, em diálogo com a academia. Tanto o tema como o problema foram assuntos centrais de todas as seções. A literatura foi apurada em revisão sistemática, produziu parâmetros para embasamento e desenvolvimento dos **objetivos** do trabalho, que são, em termos gerais, propor uma estrutura prática de assistência psicossocioeducacional ao paciente cirúrgico internado, e, em termos específicos, descrever a assistência atual e avaliar criticamente os elementos desta assistência com base nos achados das recomendações da literatura. Em termos de **resultados**, os objetivos específicos foram cumpridos com a descrição da assistência atual em termos de contexto institucional e com a avaliação à luz dos produtos da literatura. O objetivo geral foi cumprido com a apresentação do Protocolo de Atendimento em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) como proposta definida em sete eixos práticos: (1) atendimento com foco na internação, (2) caráter interdisciplinar, (3) suporte em pesquisa e autocrítica, (4) paciente como centro, (5) atenção à rede de apoio e à equipe, (6) uso de diagnóstico e avaliação e (7) escuta à subjetividade e à vivência. A **discussão** dos eixos abordou ponderações, trabalhos apurados na literatura, além de considerações sobre utilidade, limitações e sugestões de estudos e trabalhos futuros. As **considerações finais** lançaram reflexões sobre os limites e possibilidades de atuação do Psicólogo, abordando como pano de fundo, como produtora de sentidos na assistência, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde.

Uma vez cumpridos os propósitos deste trabalho, tem-se no fim um ponto de partida: uma forma de assistência, designada PAPO, que, nascido, necessita criar-se: aprender a manter-se, adquirindo sustentabilidade na ação; aprofundar as relações, ainda que num futuro incerto, com o todo, com a Política Nacional de Humanização; ser testado, modificado, ajustado, ampliado, reduzido, integrado, avaliado, corrigido, amadurecido, adaptado, validado. É um fim e é um início, no mote contínuo da complexidade da prática da assistência, que não se basta nem para num trabalho acadêmico. Daí a ideia cíclica de se estar lá, e de volta outra vez.

Mas uma resposta ainda falta, a uma pergunta simples e impactante: *‘quem haverá de cuidar?’* Uma pergunta feita por quem estava partindo, que remete ao fato que o cuidar é, no fim das contas, o que move e define a assistência, as estruturações, os protocolos, as definições, as sistematizações, as ações, os diálogos, os parâmetros, as integrações, as avaliações, os papos, os eixos, as discussões, as ponderações, as considerações, as reflexões e muito mais além. E por este muito mais além que a resposta está tão bem colocada nas palavras transcritas por Estés (2011, p. 150), vindas das antigas tradições de cuidados.

*“May we unhood our heads
and look into, under, behind,
beyond all words and worlds
and see the winged soul
lighting up the oiled map
of our past, present, and future
that once seemed so hidden.”¹³*

¹³ Tradução livre: *“Que possamos desvelar nossas cabeças/ e olharmos para, sob, por trás,/ além de todas as palavras e mundos/ e vermos a alma alada/ iluminando o mapa unguado/ do nosso passado, presente e futuro/ que antes nos pareciam tão ocultos.”*

5.5 Andamento do trabalho

A Figura 8, a seguir, contextualiza as Considerações Finais no trabalho como um todo.

Figura 8. Considerações Finais no andamento do trabalho.

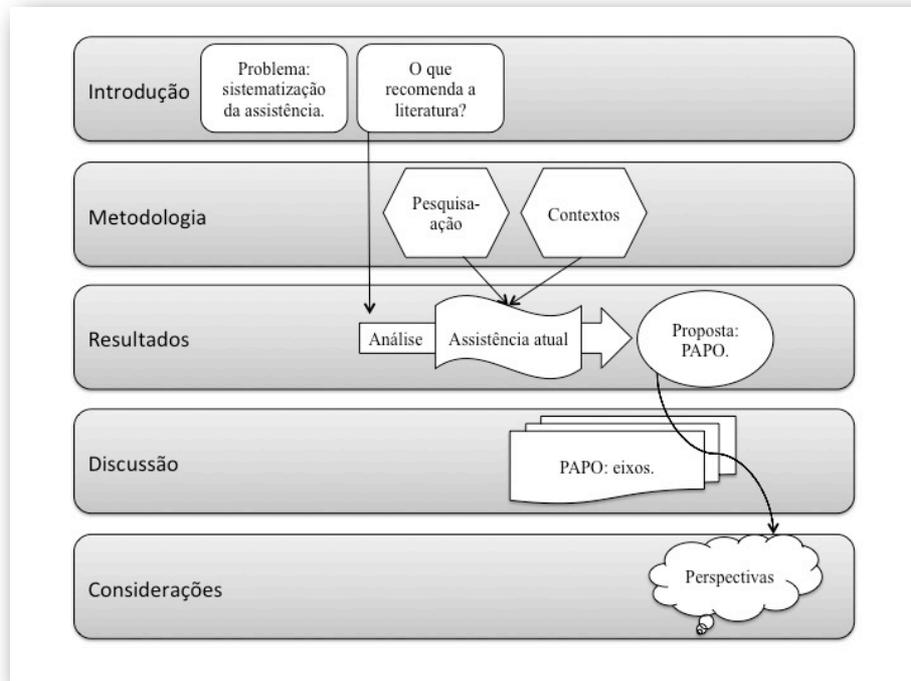


Figura 8. As Considerações Finais lançam perspectivas a partir da proposta, considerando o todo da assistência num *continuum*.

REFERÊNCIAS

- ABRATECOM. (2012). Associação Brasileira de Terapia Comunitária Retrieved 24/06/2012
- Adesse, L. (2006). Assistência à mulher em abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In F. O. Cruz (Ed.), *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. (pp. 371-387).
- Aguilar-Nascimento, J. E., Bikudo-Salomão, A., Caporossi, C., Silva, R. M., Cardoso, E. A., & Santos, T. P. (2006). Acerto pós-operatório: Avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia*, 33(3), 181-188.
- Almeida, F. F., Cantal, C. B., & Costa, A. L., Jr. (2008). Prontuário psicológico orientado para o problema: Um modelo em construção. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(2), 430-442.
- Alves, M. L. M., Pimentel, A. J., Guaratini, A. A., Marcolino, J. A. M., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. S. T. (2007). Ansiedade no período pré-operatório de cirurgias de mama: estudo comparativo entre pacientes com suspeita de câncer a serem submetidas a procedimentos cirúrgicos estéticos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(2), 147-156.
- Amaro, T. A., Yazigi, L., & Erwenne, C. (2006). Aspectos psicológicos e qualidade de vida em pacientes com melanoma uveal durante o processo de tratamento por remoção do bulbo ocular. *Arq Bras Oftalmol*, 69(6), 889-894. doi: S0004-27492006000600019 [pii]
- Anjos, C. R., Nascimento, T. T., Castro, R. V. M., Turra, V., Almeida, F. F., Doca, F. N. P., & Costa, A. L., Jr. (2010). Aspectos sensoriais e afetivos avaliados pelo Questionário de Dor McGill em pacientes cirúrgicos do Hospital Universitário de Brasília XIII *Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília.
- APA. (2012a). Health Psychology. About Division 38. Our Mission Retrieved 19/06/2012, from <http://www.health-psych.org/AboutMission.cfm>

- APA. (2012b). Site Institucional da American Psychological Association Retrieved 24/06/2012, 2012, from www.apa.org
- Arakelian, E., Gunningberg, L., Larsson, J., Norlén, K., & Mahteme, H. (2011). Factors influencing early postoperative recovery after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *EJSO Journal of Cancer Surgery*, 37, 897-903. doi: 10.1016/j.ejso.2011.06.003
- Artal Sanchez, R., Alfonso Collado, J. I., Sebastian, J. M., Bondia, A., & Valles, H. (2011). Assessment of degree of psychological health involvement in pre-laryngectomized patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 62(3), 220-227. doi: S0001-6519(10)00213-X [pii] 10.1016/j.otorri.2010.12.006
- Atchison, K. A., Black, E. E., Leathers, R., Belin, T. R., Abrego, M., Gironda, M. W., . . . DerMartirosian, C. (2005). A qualitative report of patient problems and postoperative instructions. *J Oral Maxillofac Surg*, 63(4), 449-456. doi: S0278239104016234 [pii] 10.1016/j.joms.2004.07.019
- Bachion, M. M., Magalhães, F. G. S., Munari, D. B., Almeida, S. P., & Lima, M. L. (2004). Identificação do "medo" no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 17(3), 298-304.
- Baianos, N. (1978). Samba do sociólogo louco. On *Farol da Barra*. Brasil: Sony Music Entertainment.
- Balentine, C. J., Hermosillo-Rodriguez, J., Robinson, C. N., Berger, D. H., & Naik, A. D. (2011). Depression Is Associated with Prolonged and Complicated Recovery Following Colorectal Surgery. *J Gastrointest Surg*, 15, 1712-1717. doi: 10.1007/s11605-011-1640-5
- Bandyopadhyay, M., Markovic, M., & Manderson, L. (2007). Women's perspectives of pain following day surgery in Australia. *Aust J Adv Nurs*, 24(4), 19-23.
- Barreto, M. R., Barreto, A. P., & Barreto, J. A. P. (2011). A trajetória da Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa (TCI). In MISMEC-DF (Ed.), *Terapia comunitária integrativa sem fronteiras: compreendendo suas interfaces e aplicações* (pp. 26-49).

- Bayar, A., Tuncay, I., Atasoy, N., Ayoğlu, H., Keser, S., & Ege, A. (2008). The effect of watching live arthroscopic views on postoperative anxiety of patients. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, *16*(11), 982-987. doi: 10.1007/s00167-008-0576-0
- Beresnevaite, M., Benetis, R., Taylor, G. J., Jurénienė, C., Kinduris, S., & Barauskienė, V. (2010). Depression predicts perioperative outcomes following coronary artery bypass graft surgery. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, *44*, 289-294. doi: 10.3109/14017431.2010.490593
- Betti, S., Sironi, A., Saino, G., Ricci, C., & Bonavina, L. (2011). Effect of the Informed Consent Process on Anxiety and Comprehension of Patients Undergoing Esophageal and Gastrointestinal Surgery. *J Gastrointest Surg*, *15*, 922-927. doi: 10.1007/s11605-011-1517-7
- Biedermann, H. (1989). *Dicionário ilustrado de símbolos* (G. P. Camargo, Trans.). São Paulo: Companhia Melhoramentos.
- Bleger, J. (1984). Psicologia Institucional (E. O. Diehl, Trans.). In Artmed (Ed.), *Psico-Higiene e Psicologia Institucional* (pp. 31-70). Porto Alegre: Artmed.
- Bock, A. M. B. (2008). O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva Sócio-Histórica. *Psicologia em Foco*, *1*(1), 1-5.
- Braga, F. C., Neto, Barbosa, P. R., & Santos, I. S. (2008). Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In FIOCRUZ (Ed.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 665-704). Rio de Janeiro.
- Lei No.8080, de 19/09/1990 (1990).
- BRASIL. (2001). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.
- BRASIL. (2004a). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- BRASIL. (2004b). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*.

- In M. d. Saúde (Ed.), *Série B. Textos Básicos de Saúde*: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Temático da Política Nacional de Humanização.
- BRASIL. (2009). *Glossário temático: economia da saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- BRASIL. (2010). *Ambiência*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- Decreto no.7.661, de 28/12/2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH, e dá outras providências (2011a).
- Lei No.12.550, de 15 de dezembro de 2011 (2011b).
- BRASIL. (s/d). Níveis de Evidência Científica segundo a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. In M. d. Saúde (Ed.), *Portal da Saúde*. Brasília.
- BRASIL, DEPEN, & CFP. (2007). *Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro*.
- Buldukoglu, K., Kulakac, O., Kececioglu, N., Alkan, S., Yilmaz, M., & Yucetin, L. (2005). Recipients' perceptions of their transplanted kidneys. *Transplantation*, 80(4), 471-476. doi: 00007890-200508270-00009 [pii]
- Cabral, W. (2007). A atuação do psicólogo no hospital para a promoção de saúde.
- Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Saraceni, C., Lai, S., . . . F. Citterio, F. (2011). Preoperative Psychological Factors Predicting Graft Rejection in Patients Undergoing Kidney Transplant: A Pilot Study. *Transplantation Proceedings*, 43, 1006-1009. doi: 10.1016/j.transproceed.2011.01.158
- Camic, P. M. (2008). Playing in the Mud: Health Psychology, the Arts and Creative Approaches to Health Care. *Journal of Health Psychology*, 13(2), 287-298. doi: 10.1177/1359105307086698
- Caracciolo, B., & Giaquinto, S. (2005). Self-perceived distress and self-perceived functional recovery after recent total hip and knee arthroplasty. *Arch Gerontol Geriatr*, 41(2), 177-181. doi: S0167-4943(05)00019-1 [pii] 10.1016/j.archger.2005.01.006

- Cardoso, E. M., & Costa, M. (2005). *Minidicionário de termos técnicos em saúde*. Goiânia-GO: Editora AB.
- Carneiro, A. F., Mathias, L. A. S. T., Rassi Junior, A., Morais, N. S., Gozzani, J. L., & Miranda, A. P. (2009). Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(4), 431-438.
- Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs*, 15(3), 341-352. doi: JCN1285 [pii] 10.1111/j.1365-2702.2006.01285.x
- Carr, E. C. J., Thomas, V. N., & Wilson-Barnet, J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression and acute pain after surgery: a longitudinal perspective. *Int J Nurs Stud*, 42(5), 521-530. doi: S0020-7489(04)00173-7 [pii] 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.014
- Carvalho, L. B. (2007). O Psicólogo na rede pública de serviços de saúde: uma discussão ética sobre sua prática. In U. F. d. Ceará (Ed.), *Psicologia Hospitalar: teoria e prática em Hospital Universitário* (pp. 171-204).
- Castro, R. V. M., Almeida, F. F., Turra, V., Costa, A. L., Jr., & Doca, F. N. P. (2010). Espiritualidade e enfrentamento em pacientes internados na enfermaria da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília *XIII Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília: Hospital Universitário de Brasília.
- Cervantes, M., de. (1604). *Don Quijote de la Mancha* (Vol. Edición del IV Centenario). São Paulo: Real Academia Espanhola. Asociación de Academias de la Lengua Española. (Reprinted from: 2004).
- Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005).
- CFP. (2006). *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*: Conselho Federal de Psicologia.
- CFP. (2008). *Referências técnicas para a prática do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS*: Conselho Federal de Psicologia.
- CFP. (2011). *Senhoras e senhores gestores da Saúde, Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS*: Conselho Federal de Psicologia.

- Chen, S. C., Lai, Y. H., Liao, C. T., Chang, J. T., & Lin, C. C. (2009). Unmet information needs and preferences in newly diagnosed and surgically treated oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*, *45*(11), 946-952.
- Chen, S. C., Liao, C. T., Lin, C. C., Chang, J. T., & Lai, Y. H. (2009). Distress and care needs in newly diagnosed oral cavity cancer patients receiving surgery. *Oral Oncol*, *45*(9), 815-820. doi: S1368-8375(09)00003-7 [pii] 10.1016/j.oraloncology.2009.01.001
- CNS. (2011). Moção contra EBSEH: Conselho Nacional de Saúde.
- Coakley, A. B., & Duffy, M. E. (2010). The effect of therapeutic touch on postoperative patients. *Journal of Holistic Nursing*, *28*(3), 193-200. doi: 10.1177/0898010110368861
- Copetti, C. M. V. S., & Copetti, J. M. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico em pacientes submetidos à cirurgia plástica. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, *20*(1), 63-64.
- Costa, A. L., Jr. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In ArtMed (Ed.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. (pp. 171-189). Porto Alegre.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Sundt, T. M., Kelly, R. F., & Bauer, B. A. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension in cardiac surgical patients: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *16*, 92-95. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.10.006
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*(1), 7-14.
- Deslandes, S. F. (2006). Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In F. O. Cruz (Ed.), *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. (pp. 33-47).

- Dias, C. V. (2006, 14/11/2006). *O Psicólogo hospitalar como atuante interdisciplinar: uma alternativa ou necessidade?* Trabalho monográfico de conclusão de curso. Curso de Especialização em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Instituto de Ensino e Pesquisa. Associação de Combate ao Câncer em Goiás, Goiânia-GO.
- Diccini, S., Yoshinaga, S. N., & Marcolan, J. F. (2009). Repercussões na auto-estima provocadas pela tricotomia em craniotomia. *Rev Esc Enferm USP*, 43(3), 596-601.
- Doca, F. N. P., Turra, V., Costa, A. L., Jr., & Almeida, F. F. (2010). PEAC Atendimento Psicossocial ao Paciente Internado no HUB: Clínicas Cirúrgica e Pediátrica. *Participação. Revista do Decanato de Extensão da Universidade de Brasília.* , Ano 9(15), 82-90.
- Dorsten, B. V. (2006). Psychological considerations in preparing patients for implantation procedures. *Pain Medicine*, 7(S1), S47-S57.
- Doyle, A. C. (2006). *Um Estudo em Vermelho* (M. L. A. Borges, Trans. Vol. 6). Rio de Janeiro: Zahar.
- Estés, C. P. (2011). *Untie the strong woman: Blessed Mother's immaculate love for the wild soul*. Boulder, CO: Sounds True.
- Figueiredo, L. C. (1996). A interdisciplinaridade e o conhecimento psicológico. Ou multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e indisciplinaridade (notas para uma palestra). *Revisitando as psicologias. Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos.* (pp. 105-113). Petrópolis: Vozes.
- Figueiredo, L. C., & Santi, P. L. R. (1991). *Psicologia. Uma (nova) introdução. Uma visão histórica da psicologia como ciência*. São Paulo: EDUC.
- Fischer, G., & Tarquinio, C. (2006). A doença: aspectos psicossociais (L. C. Feio, Trans.) *Os conceitos fundamentais da Psicologia da Saúde* (pp. 141-166): Instituto Piaget.
- Fitzpatrick, E. (2005). What characterizes the 'usual' preoperative education in clinical contexts? *Nursing and Health Sciences*, 7, 251-258.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.

- Franco, M. A. S. (2005). Pedagogia da Pesquisa-Ação. *Educação e Pesquisa*, 31(3), 483-502.
- Freud, S. (1933). A dissecção da personalidade psíquica. (J. Salomão, Trans.) *Obras Completas de Sigmund Freud. Edição Standart Brasileira* (Vol. XXII, pp. 75-102). Rio de Janeiro: Imago. (Reprinted from: 1976).
- Gilmartin, J. (2004). Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 243-250. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00836.x
- Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *J Clin Nurs*, 16(6), 1109-1117. doi: JCN1548 [pii] 10.1111/j.1365-2702.2007.01548.x
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *Int Nurs Rev*, 54(2), 183-190. doi: INR528 [pii] 10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2008). Day surgery: patients' felt abandoned during the preoperative wait. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2418-2425. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02374.x
- Good, M., Anderson, G. C., Ahn, S., Cong, X., & Stanton-Hicks, M. (2005). Relaxation and music reduce pain following intestinal surgery. *Res Nurs Health*, 28(3), 240-251. doi: 10.1002/nur.20076
- Goodman, H., Davison, J., Preedy, M., Peters, E., Waters, P., Persaud-Rai, B., . . . Cowie, M. R. (2009). Patient and staff perspective of a nurse-led support programme for patients waiting for cardiac surgery:: Participant perspective of a cardiac support programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 67-73. doi: DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2008.03.001
- Gurlit, S., & Möllmann, M. (2008). How to prevent perioperative delirium in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41(6), 447-452. doi: 10.1007/s00391-008-0020-6
- Gusdorf, G. (1991). O gato que anda sozinho. In C. d. Letras (Ed.), *Interdisciplinaridade. Antologia*. (pp. 13-58). Porto-Portugal.

- Gustafsson, B. A., Ponzer, S., Heikkilä, K., & Ekman, S. L. (2007). The lived body and the perioperative period in replacement surgery: older people's experiences. *J Adv Nurs*, *60*(1), 20-28. doi: JAN4372 [pii] 10.1111/j.1365-2648.2007.04372.x
- Hadj, A., Esmore, D., Rowland, M., Pepe, S., Schneider, L., Lewin, J., & Rosenfeldt, F. (2006). Pre-operative preparation for cardiac surgery utilising a combination of metabolic, physical and mental therapy. *Heart Lung Circ*, *15*(3), 172-181. doi: S1443-9506(06)00034-5 [pii] 10.1016/j.hlc.2006.01.008
- Hermele, S., Olivo, E. L., Namerow, P., & Oz, M. C. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychol Health Med*, *12*(5), 580-591. doi: 781899296 [pii] 10.1080/13548500601162705
- HUB. (2012). Página Inicial Institucional do Hospital Universitário de Brasília, from <http://www.hub.unb.br/>
- Hudetz, J. A., Hoffmann, R. G., Patterson, K. M., Byrne, A. J., Iqbal, Z., Gandhi, S. D., . . . Pagel, P. S. (2010). Preoperative Dispositional Optimism Correlates With a Reduced Incidence of Postoperative Delirium and Recovery of Postoperative Cognitive Function in Cardiac Surgical Patients. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, *24*(4), 560-567. doi: 10.1053/j.jvca.2010.01.004
- Idvall, E., Bergqvist, A., Silverhjelm, J., & Unosson, M. (2008). Perspectives of Swedish patients on postoperative pain management. *Nurs Health Sci*, *10*(2), 131-136. doi: NHS380 [pii] 10.1111/j.1442-2018.2008.00380.x
- Jaromahum, J., & Fowler, S. (2010). Lived Experiences of Eating After Esophagectomy: A Phenomenological Study. *MEDSURG Nursing*, *19*(2), 96-100.
- Johansson, K., Katajisto, J., & Salanterä, S. (2010). Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *J Clin Nurs*, *19*(21-22), 2980-2988. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x
- Johansson, K., Salanterä, S., & Katajisto, J. (2007). Empowering orthopaedic patients through preadmission education: results from a clinical study. *Patient Educ Couns*, *66*(1), 84-91. doi: S0738-3991(06)00350-8 [pii] 10.1016/j.pec.2006.10.011
- Juan, K. (2005). Psicoprofilaxia cirúrgica em Urologia. *Psicologia Hospitalar*, *3*(2), 1-10.

- Juan, K. (2007). O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: uma revisão. *Psicologia Hospitalar*, 5(1), 48-59.
- Kazmierskia, J., Kowmana, M., Banachb, M., Fendlerc, W., Okonskid, P., Banyse, A., . . . Kloszewskaa, I. (2010). Incidence and predictors of delirium after cardiac surgery: Results from The IPDACS Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 179-185. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.02.009
- Kehlet, H., & Wilmore, D. W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *The American Journal of Surgery*, 183, 630-641.
- Kitagawa, R., Yasui-Furukori, N., Tsushima, T., Kaneko, S., & Fukuda, I. (2011). Depression increases the length of hospitalization for patients undergoing thoracic surgery: a preliminary study. *Psychosomatics*, 52(5), 428-432. doi: S0033-3182(11)00175-7 [pii] 10.1016/j.psych.2011.03.010
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, N. Y., . . . Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*, 59(2), 51-56.
- Kobayashi, M., Sugimoto, T., Matsuda, A., Matsushima, E., & Kishimoto, S. (2008). Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: A pilot study. *Head & Neck*, 30(10), 1303-1309. doi: 10.1002/hed.20868
- Koeda, M., Nagao, T., Tanemura, R., Koeda, H., Takemasa, S., Kakihana, H., & Fujimoto, M. (2011). Effects of a Fear of Falling on Patients Undergoing Surgery for a Fracture of the Proximal Femur and Factors Leading to the Elimination of that Fear. *J. Phys. Ther. Sci*, 23, 829-835.
- Kshetry, V. R., Carole, L. F., Henly, S. J., Sendelbach, S., & Kummer, B. (2006). Complementary alternative medical therapies for heart surgery patients: feasibility, safety, and impact. *Ann Thorac Surg*, 81(1), 201-205. doi: S0003-4975(05)01021-0 [pii] 10.1016/j.athoracsur.2005.06.016
- Lane, T., & East, L. A. (2008). Sleep disruption experienced by surgical patients in an acute hospital. *Br J Nurs*, 17(12), 766-771.

- Lazzaretti, C. T. (2007). Manual de Psicologia Hospitalar. Curitiba-PR: Conselho Regional de Psicologia - 8a.Região.
- Leardi, S., Pietroletti, R., Angeloni, G., Necozone, S., Ranalletta, G., & Del Gusto, B. (2007). Randomized clinical trial examining the effect of music therapy in stress response to day surgery. *Br J Surg*, *94*(8), 943-947. doi: 10.1002/bjs.5914
- Leegaard, M., & Fagermoen, M. S. (2008). Women's descriptions of postoperative pain and pain management after discharge from cardiac surgery. *J Clin Nurs*, *17*(15), 2051-2060. doi: JCN2217 [pii] 10.1111/j.1365-2702.2007.02217.x
- Leegaard, M., Nåden, D., & Fagermoen, M. S. (2008). Postoperative pain and self-management: women's experiences after cardiac surgery. *J Adv Nurs*, *63*(5), 476-485. doi: JAN4727 [pii] 10.1111/j.1365-2648.2008.04727.x
- Lenardt, M. H., Hammerschmidt, K. S. A., Pívaro, A. B. R., & Borghi, A. C. S. (2007). Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto Contexto Enfermagem*, *16*(4), 737-745.
- Lenine. (1999). A rede. On *Na pressão*. Brasil: BMG Brazil Ltda.
- Letterstål, A., Eldh, A. C., Olofsson, P., & Forsberg, c. (2010). Patients' experience of open repair of abdominal aortic aneurysm – preoperative information, hospital care and recovery. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 3112-3122. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03428.x
- Lima, A. T. B., & Turra, V. (2008). Ambiência e Humanização na Clínica Cirúrgica do HUB XI *Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília: Hospital Universitário de Brasília.
- Lispector, C. (1997). *A Paixão Segundo G.H.* (1a.reimp. ed. Vol. 13). São Paulo: Signatários do Acordo Archivos. ALLCA XX, Université de Paris X.
- Lundén, M. H., Bengtson, A., & Lundgren, S. M. (2006). Hours during and after coronary intervention and angiography. *Clin Nurs Res*, *15*(4), 274-289. doi: 15/4/274 [pii]10.1177/1054773806291855

- Maddison, R., Prapavessis, H., & Clatworthy, M. (2006). Modeling and rehabilitation following anterior cruciate ligament reconstruction. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(1), 89-98.
- Madrid, M. M., Barrett, E. A., & Winstead-Fry, P. (2010). A study of the feasibility of introducing therapeutic touch into the operative environment with patients undergoing cerebral angiography. *J Holist Nurs*, 28(3), 168-174. doi: 0898010110369173 [pii]10.1177/0898010110369173
- Magalhães, L. L., Filho, Segurado, A., Marcolino, J. A. M., & Mathias, L. A. S. T. (2006). Impacto da avaliação pré-anestésica sobre a ansiedade e a depressão dos pacientes cirúrgicos com câncer. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(2), 126-136.
- Makabe, R., & Nomizu, T. (2006). Social support and psychological and physical states among Japanese patients with breast cancer and their spouses prior to surgery. *Oncol Nurs Forum*, 33(3), 651-655. doi: 10.1188/06.ONF.651-655
- Mancuso, C. A., Graziano, S., Briskie, L. M., Peterson, M. G. E., Pellicci, P. M., Salvati, E. A., & Sculco, T. P. (2008). Randomized Trials to Modify Patients' Preoperative Expectations of Hip and Knee Arthroplasties. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 466(2), 424-431.
- Marback, R., Temporini, E., & Kara Júnior, N. (2007). Emotional factors prior to cataract surgery. *Clinics*, 62(4), 433-438.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.
- Marcolino, J. A. M., Suzuki, F. M., Alli, L. A. C., Gozzani, J. L., & Mathias, L. A. S. T. (2007). Medida da ansiedade e da depressão em pacientes no pré-operatório. Estudo comparativo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57, 157-166.
- Matsushita, T., Matsushima, E., & Maruyama, M. (2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59(5), 576-583. doi: PCN1417 [pii] 10.1111/j.1440-1819.2005.01417.x

- Mayne, I. P., & Bagaoisan, C. (2009). Social support during anesthesia induction in an adult surgical population. *AORN J*, 89(2), 307-310, 313-305, 318-320. doi: S0001-2092(08)00643-1 [pii]10.1016/j.aorn.2008.09.015
- McIntosh, S., & Adams, J. (2011). Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 85-92. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01910.x
- Medeiros, V. C. C., & Peniche, A. C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 86-92.
- Mendes, J. M., Almeida, F. F., Turra, V., Doca, F. N. P., & Costa, A. L., Jr. (2010). A significação da experiência de enfermidade na concepção de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico *XIII Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília(DF): Hospital Universitário de Brasília - HUB.
- MISMEC-DF. Retrieved 24/06/2012
- Mitchell, M. (1997). Patients's perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 356-363.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *J Clin Nurs*, 12(6), 806-815. doi: 812 [pii]
- Mochizuki, Y., Matsushima, E., & Omura, K. (2009). Perioperative assessment of psychological state and quality of life of head and neck cancer patients undergoing surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(2), 151-159.
- Moene, M., Bergbom, I., & Skott, C. (2006). Patients' existential situation prior to colorectal surgery. *J Adv Nurs*, 54(2), 199-207. doi: JAN3800 [pii]10.1111/j.1365-2648.2006.03800.x
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., Erblich, J., Diefenbach, M. A., & Bovbjerg, D. H. (2010). Presurgery Psychological Factors Predict Pain, Nausea, and Fatigue One Week After Breast Cancer Surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 1043-1052. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.318

- Moraes, T. P. R., & Dantas, R. A. S. (2007). Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 323-329.
- Mottram, A. (2011). Patients' experiences of day surgery: a Parsonian analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 140-148. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05476.x
- MS-DAB. Retrieved 24/06/2012
- Nascimento, T. T., Anjos, C. R., Turra, V., Almeida, F. F., Doca, F. N. P., & Costa, A. L., Jr. (2010). Terapia Comunitária como recurso de ampliação das estratégias de enfrentamento no contexto de internação cirúrgica *XIII Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*.
- Neves, G. N., & Silva, L. P. (2008). Efeitos da música em pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HUB: percepções de dor e responsividade *XI Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília-Df: Hospital Universitário de Brasília.
- Ng, S. K. S., Chau, A. W. L., & Leung, W. K. (2004). The effect of pre-operative information in relieving anxiety in oral surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32, 227-235.
- Nilsson, U. (2009). Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2153-2161. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2008). O Sistema Único de Saúde - SUS. In FIOCRUZ (Ed.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil* (pp. 435-472). Rio de Janeiro.
- Nunes, L. A. (2010). Modelo Assistencial. In Atheneu (Ed.), *Por dentro do SUS* (pp. 43-44). São Paulo: Associação Paulista de Medicina.
- Othmer, E., & Othmer, S. C. (2003). Três métodos de avaliação do estado mental *A entrevista clínica utilizando o DSM-IV-TR* (pp. 87-123). Porto Alegre: ArtMed.
- Park, S. H., & Mattson, R. H. (2009). Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *J Altern Complement Med*, 15(9), 975-980. doi: 10.1089/acm.2009.0075

- Parker, P. A., Pettaway, C. A., Babaian, R. J., Pisters, L. L., Miles, B., Fortier, A., . . . Cohen, L. (2009). The effects of a presurgical stress management intervention for men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *J Clin Oncol*, *27*(19), 3169-3176. doi: JCO.2007.16.0036 [pii]10.1200/JCO.2007.16.0036
- Pasche, D. F. (2011). Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In M. d. Saúde (Ed.), *Cadernos HumanizaSUS. Volume 3. Atenção Hospitalar* (Vol. 3, pp. 29-50). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
- Pellino, T. A., Gordon, D. B., Engelke, Z. K., Busse, K. L., Collins, M. A., Silver, C. E., & Norcross, N. J. (2005). Use of nonpharmacologic interventions for pain and anxiety after total hip and total knee arthroplasty. *Orthop Nurs*, *24*(3), 182-190; quiz 191-182. doi: 00006416-200505000-00005 [pii]
- Pensador, G. (1999). 1 Minuto. On *Memê e eles*. Rio de Janeiro: Sony Music.
- Pimenta, C. A. M., & Teixeira, M. J. (1996). Questionário de dor McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *30*(3), 473-483.
- Pinar, G., Kurt, A., & Gunfor, T. (2011). The efficacy of preoperative instruction in reducing anxiety following gynecological surgery: a case control study. *World Journal of Surgical Oncology*, *9*, 38.
- Pokharel, K., Bhattarai, B., Tripathi, M., Khatiwada, S., & Subedi, A. (2011). Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, *23*, 372-378. doi: 10.1016/j.jclinane.2010.12.011
- Ramos, M. I., Cardoso, M. J., Vaz, F., Torres, M. D., García, F., Blanco, G., & González, E. M. (2008). Influence of the grade of anxiety and level of cortisol on post-surgical recovery. *Actas Esp Psiquiatr*, *36*(3), 133-137.
- Rosa, T. T. (2007). Resumo Histórico do Hospital Universitário de Brasília.
- Rothwell, L. A., Bokey, E. L., Keshava, A., Chapuis, P. H., & Dent, O. F. (2006). Outcomes after Admission on the Day of Elective Resection for Colorectal Cancer. *ANZ Journal of Surgery*, *76*(1-2), 14-19. doi: 10.1111/j.1445-2197.2006.03556.x

- Rudin, A., Wölner-Hanssen, P., Hellbom, M., & Werner, M. U. (2008). Prediction of post-operative pain after a laparoscopic tubal ligation procedure. *Acta Anaesthesiol Scand*, 52(7), 938-945. doi: AAS1641 [pii]10.1111/j.1399-6576.2008.01641.x
- Santos, A. F., Santos, L. A., Melo, D. O., & Alves, A., Jr. (2009). Estresse pré-operatório: comparação entre pacientes do SUS e conveniados. *Psicologia: reflexão e crítica*, 22(2), 269-276.
- Sater, A., & Teixeira, R. (1997). Tocando em frente. On Renato Teixeira. *Ao vivo no Rio*. Brasil: Kuarup Music.
- Schnur, J. B., Bovbjerg, D. H., David, D., Tatrow, K., Goldfarb, A. B., Silverstein, J. H., . . . Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis Decreases Presurgical Distress in Excisional Breast Biopsy Patients. *Anesthesia & Analgesia*, 106(2), 440-444.
- Schou, L., & Egerod, I. (2008). A qualitative study into the lived experience of post-CABG patients during mechanical ventilator weaning. *Intensive Crit Care Nurs*, 24(3), 171-179. doi: S0964-3397(08)00002-5 [pii]10.1016/j.iccn.2007.12.004
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(Sup.1), 1-55.
- Seidl, E. M., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 225-234.
- Sendelbach, S. E., Halm, M. A., Doran, K. A., Miller, E. H., & Gaillard, P. (2006). Effects of music therapy on physiological and psychological outcomes for patients undergoing cardiac surgery. *The Journal of cardiovascular nursing*, 21(3), 194-200.
- Shapira-Lichter, I., Beilin, B., Ofek, K., Bessler, H., Gruberger, G., Shavit, Y., . . . Yirmiya, R. (2008). Cytokines and cholinergic signals co-modulate surgical stress-induced changes in mood and memory. *Brain, Behavior and Immunity*, 22(x), 388-398.

- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. T. (2007). Predictors of Early Postoperative Quality of Life after Elective Resection for Colorectal Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, *14*(12), 3435-3442. doi: 10.1245/s10434-007-9554-x
- Shelley, M., & Pakenham, K. (2007). The effects of preoperative preparation on postoperative outcomes: the moderating role of control appraisals. *Health Psychol*, *26*(2), 183-191. doi: 2007-03487-008 [pii]10.1037/0278-6133.26.2.183
- Shen, Q., Sherwood, G. D., McNeill, J. A., & Li, Z. (2008). Postoperative pain management outcome in Chinese inpatients. *West J Nurs Res*, *30*(8), 975-990. doi: 0193945908319576 [pii]10.1177/0193945908319576
- Shih, F. J., Wang, S. S., Hsiao, S. M., Tseng, P. H., & Chu, S. S. (2008). Comparison of the psychospiritual needs of Chinese heart transplant recipients at pre- and postoperative stages. *Transplant Proc*, *40*(8), 2597-2599. doi: S0041-1345(08)01110-X [pii]10.1016/j.transproceed.2008.08.032
- Silva, J. A., & Ribeiro-Filho, N. P. (2006a). Mensuração da dor clínica: escalas multidimensionais *Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática* (pp. 349-389). Ribeirão Preto, SP: FUNPEC.
- Silva, J. A., & Ribeiro-Filho, N. P. (2006b). Mensuração da dor clínica: escalas unidimensionais *Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática* (pp. 327-348). Ribeirão Preto, SP: FUNPEC.
- Silva, L. P., & Neves, G. N. (2008). Ansiedade no contexto hospitalar: um estudo com pacientes da Clínica Cirúrgica do HUB *XI Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília-Df: Hospital Universitário de Brasília.
- Silva, M. E. M., & Zakir, N. S. (2011). Controle instrucional e relaxamento como preparo psicológico pré-cirúrgico para portadores de cardiopatia. *Estudos de Psicologia*, *28*(3), 371-379.
- Silva, W. V., & Nakata, S. (2005). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *58*(6), 673-676.
- Smeke, E. L. M., & Nayara, L. S. O. (2009). Avaliação participante de práticas educativas em serviços de saúde. *Cad. Cedes*, *29*(79), 347-360.

- Solano, L., Pepe, L., Donati, V., Persichetti, S., Laudani, G., & Colaci, A. (2007). Differential health effects of written processing of the experience of a surgical operation in high- and low-risk conditions. *J Clin Psychol*, *63*(4), 357-369. doi: 10.1002/jclp.20355
- Sousa, M. (2009). Rico Tédio. *Almanaque do Chico Bento*.
- Stoddard, J. A., White, K. S., Covino, N. A., & Strauss, L. (2005). Impact of a Brief Intervention on Patient Anxiety Prior to Day Surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *12*(2), 99-110. doi: 10.1007/s10880-005-3269-6
- Susleck, D., Willocks, A., Secrest, J., Norwood, B. K., Holweger, J., Davis, M., . . . Trimpey, M. (2007). The perianesthesia experience from the patient's perspective. *J Perianesth Nurs*, *22*(1), 10-20. doi: S1089-9472(06)00440-0 [pii]10.1016/j.jopan.2006.11.004
- Tolkien, J. R. R. (2001). *O senhor dos anéis*. São Paulo: Martins Fontes.
- Trief, P. M., Ploutz-Snyder, R., & Fredrickson, B. E. (2006). Emotional health predicts pain and function after fusion: a prospective multicenter study. *Spine (Phila Pa 1976)*, *31*(7), 823-830. doi: 00007632-200604010-00016 [pii]10.1097/01.brs.0000206362.03950.5b
- Trotter, R., Gallagher, R., & Donoghue, J. (2011). Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Heart & Lung*, *40*, 185-192. doi: 10.1016/j.hrtlng.2010.05.054
- Tully, P. J., Baker, R. A., Winefield, H. R., & Turnbull, D. A. (2010). Depression, anxiety disorders and Type D personality as risk factors for delirium after cardiac surgery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 1005-1011.
- Tully, P. J., Bennetts, J. S., Baker, R. A., McGavigan, A. D., Turnbull, D. A., & Winefield, H. R. (2011). Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. *Heart & Lung*, *40*, 4-11. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.12.010.
- Turra, V. (2005a). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 0.
- Turra, V. (2005b). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 1.
- Turra, V. (2006). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 2.

- Turra, V., & Almeida, F. F. (2006). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 3.
- Turra, V., & Almeida, F. F. (2007). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 4.
- Turra, V., & Almeida, F. F. (2008). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 5.
- Turra, V., Almeida, F. F., & Cantal, C. (2009). Atendimento Psicológico Inicial - Versão 6.
- Turra, V., Almeida, F. F., Doca, F. N., & Costa, A. L., Jr. (2010). Análise de intervenções psicológicas com paciente cirúrgico no Hospital Universitário de Brasília *XIII Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília-DF: Hospital Universitário de Brasília - HUB.
- Turra, V., Costa, A. L., Jr., Almeida, F. F., & Doca, F. N. P. (2012). Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema. [Manuscrito aceito para publicação.]. *Revista Psico - USF*.
- Turra, V., Cruz, C. A. T., Medrei, N. R., & Mejias, S. F. (2005). Proposta de intervenção e preparação psicológica de pacientes para cirurgia eletiva: desafios *VIII Jornada Científica do Hospital Universitário de Brasília*. Brasília-DF: Hospital Universitário de Brasília.
- Turra, V., Doca, F. N. P., Gomes, V. P., & Costa, A. L., Jr. (2012). InterAção. Atendimento psicossocioeducativo no HUB. *Proposta de Ação de Extensão. Edital FLUEX 01/2012*.
- UnB. (2012). Consuni aprova adesão do HUB à empresa pública dos hospitais. Retrieved 17/06/2012, 2012, from <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6599>
- Utriyaprasit, K., Moore, S. M., & Chaiseri, P. (2010). Recovery after coronary artery bypass surgery: effect of an audiotape information programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1747-1759. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05334.x
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, R. A. (2006). Patient feeling during the preoperative period for cardiac surgery. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3), 383-388.

- Vasconcelos, A. C. S., & Queiroz, D. A. V. R. (2007). Design Hospitalar - Sistema de Comunicação Visual para usuários da Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília. Brasília: Hospital Universitário de Brasília.
- Wagner, L., Carlslund, A. M., Sørensen, M., & Ottesen, B. (2005). Women's experiences with short admission in abdominal hysterectomy and their patterns of behaviour. *Scand J Caring Sci*, 19(4), 330-336. doi: SCS349 [pii]10.1111/j.1471-6712.2005.00349.x
- Wallston, K. A. (1996). Healthy, Wealthy, and Weiss: a History of Division 38 (Health Psychology).
- Walworth, D., Rumana, C. S., Nguyen, J., & Jarred, J. (2008). Effects of live music therapy sessions on quality of life indicators, medications administered and hospital length of stay for patients undergoing elective surgical procedures for brain. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 349-359.
- Warner, D. O., Patten, C. A., Ames, S. C., Offord, K. P., & Schroeder, D. R. (2005). Effect of nicotine replacement therapy on stress and smoking behavior in surgical patients. *Anesthesiology*, 102(6), 1138-1146.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmática da Comunicação Humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação.* (A. Cabral, Trans. 15 ed.). São Paulo-SP: Cultrix.
- Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth*, 103(2), 199-205. doi: aep136 [pii]10.1093/bja/aep136
- Wong, E. M., Chan, S. W., & Chair, S. Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *J Adv Nurs*, 66(5), 1120-1131. doi: JAN5273 [pii]10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x
- Wong, J., Mendelsohn, D., Nyhof-Young, J., & Bernstein, M. (2011). A qualitative assessment of the supportive care and resource needs of patients undergoing

craniotomy for benign brain tumours. *Support Care Cancer*, 19, 1841-1848. doi: 10.1007/s00520-010-1027-2

Worster, B., & Holmes, S. (2009). A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs*, 13(5), 315-322. doi: S1462-3889(09)00062-3 [pii]10.1016/j.ejon.2009.04.008

Yermal, S. J., Witek-Janusek, L., Peterson, J., & Mathews, H. L. (2010). Perioperative Pain, Psychological Distress, and Immune Function in Men Undergoing Prostatectomy for Cancer of the Prostate. *Biological Research for Nursing*, 11(4), 351-362. doi: 10.1177/1099800409343204

Zannon, C. M. L. C. (2006). *Entrevista Pré-consulta Psicologia Pediátrica*. Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Brasília. Brasília-DF.

Zemeckis, R. (Writer). (2005). *Back to the Future* [DVD]: Universal Picture.

ANEXOS

Anexo 1 Sobre a APA e a Divisão 38

Este anexo objetiva apresentar a *American Psychological Association* (APA) e a Divisão 38 como bases da atuação da Psicologia da Saúde.

A *American Psychological Association* (APA) foi criada em julho de 1892 na Clark University, e é uma associação científica e profissional que representa psicologia nos Estados Unidos e tem como objetivos a criação, comunicação e aplicação dos conhecimentos da psicologia em benefício das pessoas e da sociedade como um todo. Em sítio institucional, a APA disponibiliza extenso material que subsidia e organiza o conhecimento da Psicologia como ciência e profissão.(APA, 2012a, 2012b) .

As Divisões da APA representam subdisciplinas da Psicologia e/ou áreas específicas (abaixo listadas). A Divisão 38, Psicologia da Saúde, foi criada em 1978 e objetiva capitalizar os conhecimentos da Psicologia para compreensão dos processos saúde-doença e tem como publicação de referência o periódico científico *Health Psychology* (Wallston, 1996).

1. *Society for General Psychology*
2. *Society for the Teaching of Psychology*
3. *Experimental Psychology*
5. *Evaluation, Measurement and Statistics*
6. *Behavioral Neuroscience and Comparative Psychology*
7. *Developmental Psychology*
8. *Society for Personality and Social Psychology*
9. *Society for the Psychological Study of Social Issues (SPSSI)*
10. *Society for the Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts*
12. *Society of Clinical Psychology*
13. *Society of Consulting Psychology*
14. *Society for Industrial and Organizational Psychology*
15. *Educational Psychology*
16. *School Psychology*
17. *Society of Counseling Psychology*
18. *Psychologists in Public Service*
19. *Society for Military Psychology*
20. *Adult Development and Aging*
21. *Applied Experimental and Engineering Psychology*
22. *Rehabilitation Psychology*
23. *Society for Consumer Psychology*
24. *Society for Theoretical and Philosophical Psychology*
25. *Behavior Analysis*
26. *Society for the History of Psychology*
27. *Society for Community Research and Action: Division of Community Psychology*
28. *Psychopharmacology and Substance Abuse*
29. *Psychotherapy*
30. *Society of Psychological Hypnosis*
31. *State, Provincial and Territorial Psychological Association Affairs*
32. *Society for Humanistic Psychology*
33. *Intellectual and Developmental Disabilities*
34. *Society for Environmental, Population and Conservation Psychology*
35. *Society for the Psychology of Women*
36. *Society for the Psychology of Religion and Spirituality*
37. *Society for Child and Family Policy and Practice*
- 38. *Health Psychology***
39. *Psychoanalysis*
40. *Clinical Neuropsychology*
41. *American Psychology-Law Society*
42. *Psychologists in Independent Practice*
43. *Society for Family Psychology*
44. *Society for the Psychological Study of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Issues*
45. *Society for the Psychological Study of Ethnic Minority Issues*
46. *Media Psychology*
47. *Exercise and Sport Psychology*
48. *Society for the Study of Peace, Conflict and Violence: Peace Psychology Division*
49. *Society of Group Psychology and Group Psychotherapy*
50. *Society of Addiction Psychology*
51. *Society for the Psychological Study of Men and Masculinity*
52. *International Psychology*
53. *Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*
54. *Society of Pediatric Psychology*
55. *American Society for the Advancement of Pharmacotherapy*
56. *Trauma Psychology*

Anexo 2 Referências na literatura por foco psicossocial

Focos	Referências
Subjetividade e Vivência	(Arakelian et al., 2011; Artal Sanchez et al., 2011; Bachion et al., 2004; Betti et al., 2011; Buldukoglu et al., 2005; Calia et al., 2011; Caracciolo & Giaquinto, 2005; Chen, Lai, et al., 2009; Coakley & Duffy, 2010; Copetti & Copetti, 2005; Cutshall et al., 2010; Diccini et al., 2009; Dorsten, 2006; Gilmartin, 2007; Gilmartin & Wright, 2008; Good et al., 2005; Goodman et al., 2009; Gustafsson et al., 2007; Hadj et al., 2006; Hermele et al., 2007; Hudetz et al., 2010; Idvall et al., 2008; Jaromahum & Fowler, 2010; Juan, 2005, 2007; Kitagawa et al., 2011; Kobayashi et al., 2008; Koeda et al., 2011; Kshetry et al., 2006; Lane & East, 2008; Leardi et al., 2007; Leegaard & Fagermoen, 2008; Leegaard et al., 2008; Lundén et al., 2006; Maddison et al., 2006; Madrid et al., 2010; Marback et al., 2007; Moene et al., 2006; Montgomery et al., 2010; Moraes & Dantas, 2007; Mottram, 2011; Park & Mattson, 2009; Parker et al., 2009; Pellino et al., 2005; Rudin et al., 2008; Santos et al., 2009; Schou & Egerod, 2008; Sendelbach et al., 2006; Sharma et al., 2007; Shen et al., 2008; Shih et al., 2008; M. E. M. Silva & Zakir, 2011; W. V. Silva & Nakata, 2005; Solano et al., 2007; Susleck et al., 2007; Trief et al., 2006; Tully et al., 2011; Utriyaprasit et al., 2010; Wetsch et al., 2009; E. M. Wong et al., 2010; Worster & Holmes, 2009; Yermal et al., 2010)
Diagnóstico e Avaliação	(Alves et al., 2007; Amaro et al., 2006; Balentine et al., 2011; Bandyopadhyay et al., 2007; Bayar et al., 2008; Beresnevaite et al., 2010; Betti et al., 2011; Calia et al., 2011; Carneiro et al., 2009; E. Carr et al., 2006; Chen, Liao, et al., 2009; Cutshall et al., 2010; Gurlit & Möllmann, 2008; Hermele et al., 2007; Hudetz et al., 2010; Juan, 2005; Kazmierskia et al., 2010; Kiyohara et al., 2004; Leardi et al., 2007; Maddison et al., 2006; Madrid et al., 2010; Magalhães et al., 2006; Marcolino, Mathias, et al., 2007; Marcolino, Suzuki, et al., 2007; Matsushita et al., 2005; McIntosh & Adams, 2011; Medeiros & Peniche, 2006; Mochizuki et al., 2009; Nilsson, 2009; Pokharel et al., 2011; Ramos et al., 2008; Rudin et al., 2008; Sendelbach et al., 2006; Shelley & Pakenham, 2007; M. E. M. Silva & Zakir, 2011; W. V. Silva & Nakata, 2005; Solano et al., 2007; Stoddard et al., 2005; Trief, Ploutz-Snyder, & Fredrickson, 2006; Trotter et al., 2011; Tully et al., 2011; Wetsch et al., 2009; E. M. Wong et al., 2010; Yermal et al., 2010)
Rede e Equipe	(Amaro et al., 2006; Atchison et al., 2005; Bandyopadhyay et al., 2007; Chen, Liao, et al., 2009; Goodman et al., 2009; Johansson et al., 2007; Kiyohara et al., 2004; Lundén et al., 2006; Madrid et al., 2010; Makabe & Nomizu, 2006; Mayne & Bagaoisan, 2009; McIntosh & Adams, 2011; Mochizuki et al., 2009; Pinar et al., 2011; Sharma et al., 2007; W. V. Silva & Nakata, 2005; Utriyaprasit et al., 2010; E. M. Wong et al., 2010; J. Wong et al., 2011; Worster & Holmes, 2009)

Anexo 3 Aprovação Comitê de Ética Projeto 106/2008



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto: 106//2008

Título do Projeto: “ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO PSICOEDUCACIONAL PARA ATENDIMENTO AO PACIENTE CIRÚRGICO INTERNADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA”.

Pesquisadora Responsável: Virgínia Turra

Data de Entrada: 29/07/2008

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 106/2008 com o título: “Elaboração do protocolo psicoeducacional para atendimento ao paciente cirúrgico internado no Hospital Universitário de Brasília”, analisado na 7ª Reunião Ordinária realizada no dia 12 de Agosto de 2008.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 10 de Setembro de 2008.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Anexo 4 TCLE para participante usuário



Universidade de Brasília
Hospital Universitário de Brasília

Projeto de Extensão 'Atendimento
Psicossocial ao Paciente Internado no HUB'



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor(a) (Nome da pessoa),

Estamos aqui na Clínica Cirúrgica primeiro para lhe atender. Atender é a coisa principal aqui. Uma outra coisa que nós fazemos aqui é uma pesquisa, que pretende organizar o nosso atendimento da Psicologia. Chamamos esse tipo de organização do serviço de protocolo. O que esta pesquisa quer fazer é um protocolo para preparar melhor os usuários daqui da Clínica Cirúrgica, sabendo que passar por uma cirurgia é uma coisa importante na vida de alguém.

Por isso a gente em primeiro lugar lhe atendeu. Em segundo lugar, depois, se o(a) Senhor(a) autorizar, a gente pode estudar suas respostas para melhorar o nosso serviço. Tudo que o(a) senhor(a) responder será usado só para pesquisa, para mais nada. Também ninguém vai saber quem é que respondeu ou não respondeu. Tudo que estiver no questionário será colocado num computador sem nome nem identidade de ninguém. Compreendeu?

Sua participação é só se quiser. O(A) senhor(a) não é obrigado(a) a autorizar que suas respostas façam parte dessa pesquisa. Se não quiser, não tem problema: o(a) senhor(a) será atendido (a) do mesmo jeito. Se o(a) senhor(a) começar a responder e quiser parar, pode parar que não tem problema algum. Uma coisa é o seu atendimento, uma outra coisa é a pesquisa. O seu atendimento será feito com pesquisa ou sem pesquisa. O que o(a) senhor(a) acha?

Os responsáveis por esta pesquisa são a Psicóloga Virgínia Turra e o Professor Áderson Costa Júnior. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida, pode ligar para a Psicóloga Virgínia no celular (61)9966.1276 ou para o Prof.Áderson, no telefone (61) 3307.3069. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FS) é (61) 3307.2520, e o no. deste Projeto é 106 2008/FR 207256.

Sabendo disso tudo, o(a) senhor(a) quer autorizar que a gente estude suas respostas para a pesquisa?

- () Sim, eu posso autorizar.
() Não, eu não quero autorizar.

(Se sim). Para sua autorização, o(a) senhor(a) precisa assinar aqui para ficar documentado que o(a) senhor(a) entendeu o que estamos fazendo. Uma cópia vai ficar com o(a) senhor(a) e a outra nós vamos arquivar separada dos questionários. Não tem como ligar sua assinatura com a sua resposta.

(Se não, dizer educadamente). Obrigado(a) pela sua atenção.

Virgínia Turra
turra@unb.br/ (61)9966.1276

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
aderson@unb.br/ (61)3307.3069

Nome/Identificação do participante:

Assinatura do Participante

Elaboração de Protocolo Psicoeducacional para Atendimento ao Paciente Cirúrgico Internado no HUB

Anexo 5 Comunicação da aprovação da Emenda 106/2008

AprovaçãoEMENDA 106/2008 01 Tese x

 **Comite de Etica em Pesquisa com Seres Humanos da FS** cepfs@unb.br
para mim

Prezada Pesquisadora,
Informo que foi aprovado a emenda ao seu projeto 106/08.

Att.
Dalvina

--
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FS/UNB
CONTATO: [61-3107-1947](tel:61-3107-1947)
E MAIL OPCIONAL: cepfsunb@gmail.com

Anexo 6 TCLE para participantes equipe

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar uma pesquisa para melhorar o atendimento ao usuário da Enfermaria de Clínica Cirúrgica aqui do Hospital Universitário. Uma parte desta pesquisa é ouvir os profissionais que trabalham aqui na Enfermaria, com o objetivo de estudar como esses profissionais percebem o Serviço de Psicologia que já existe aqui, e quais as expectativas em relação a este Serviço, por meio de uma entrevista. (procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa - metodologia) Nesta entrevista anotaremos qual categoria profissional você pertence (medicina, nutrição, enfermagem e serviço social), e perguntaremos (1) se você já teve contato direto ou indireto com o Serviço de Psicologia e como foi este contato; (2) como você observa no dia a dia a atuação do Serviço de Psicologia; (3) quais as expectativas para o Serviço de Psicologia, e (4) colocamo-nos à disposição para escutar observações, comentários, críticas, colocações, sugestões, perguntas.

Não há benefícios diretos para quem responder à entrevista, e os riscos e desconfortos envolvidos estão ligados ao fato do(a) senhor(a) dispor do seu tempo para conceder essa entrevista.

A qualquer momento antes e durante o curso desta pesquisa o(a) senhor(a) pode pedir esclarecimentos de qualquer natureza. Os responsáveis por esta pesquisa são a Psicóloga Virgínia Turra e o Professor Áderson Costa Júnior. Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida, pode ligar para a Psicóloga Virgínia no celular (61) 9966.1276 ou para o Prof. Áderson, no telefone (61) 3107.6907.

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília pode ser acessado pelo(a) senhor(a) a qualquer momento em caso de dúvida ou se o(a) senhor(a) sentir-se lesado de alguma forma. O telefone do Comitê é 3107-1947, e o email é cepfs@unb.br. O número deste Projeto é 106 2008/FR 207256.

Tudo que o(a) senhor(a) responder será usado só para pesquisa, para mais nada. Tudo o que for gravado será transcrito sem identificação de quem foi que respondeu. Ninguém vai saber quem é que respondeu ou não respondeu. Tudo que estiver na entrevista será colocado num computador sem nome nem identidade de ninguém. Essa entrevista está prevista para durar de 10 a 20 minutos. Sua participação é só se quiser. O(A) senhor(a) não é obrigado(a) responder à entrevista, e se o(a) senhor(a) começar a responder e quiser parar, pode parar que não tem problema algum. Essa entrevista é uma coisa à parte e não tem nada a ver com sua avaliação de desempenho aqui no Hospital. Os resultados desta pesquisa aparecerão de forma geral na tese de doutorado da Psicóloga Virgínia Turra, do Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, prevista para ser finalizada em novembro de 2012. O Hospital Universitário de Brasília receberá uma cópia da tese. As gravações e anotações desta pesquisa ficarão sob a guarda sigilosa no Laboratório de Desenvolvimento em Condições Adversas do Instituto de Psicologia, dirigido pelo Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior (aderson@unb.br/ 61-3107.6907).

(Se sim). Para sua autorização, o(a) senhor(a) precisa assinar aqui para ficar documentado que o(a) senhor(a) entendeu o que estamos fazendo. Uma cópia vai ficar com o(a) senhor(a) e a outra nós vamos arquivar separada dos questionários. Não tem como ligar sua assinatura com a sua resposta.

(Se não, dizer educadamente). Obrigado(a) pela sua atenção.

Virgínia Turra
turra@unb.br/ (61) 9966.1276

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior
aderson@unb.br/ (61) 3107.6907

Nome/Identificação do participante: _____

Assinatura do Participante

Tem dúvidas? Quer esclarecimentos? Contacte: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – 3107-1947 / cepfs@unb.br.

Anexo 7 Relatório do Projeto de Extensão de 2010

Hospital Universitário de Brasília
UnB | HUB PEAC Atendimento Psicossocial ao Paciente Internado no HUB.
 Virgínia Turra, Fernanda Doca, Fabrício Fernandes Almeida, Aderson Costa Júnior

Psicologia na Enfermaria da Clínica Cirúrgica Quem somos e o que fazemos

Integrar informações **Entender processos saúde-doença**

Psicologia da Saúde
 APA, Divisão 38

Promover educação para saúde **Informar** **Prestar serviços**

Aos colegas da Divisão de Psicologia do HUB.
 É com grande satisfação que elaboramos a apresentação do nosso serviço para os Psicólogos do HUB. Objetivamos com essa iniciativa incrementar o diálogo no contexto da riqueza e da diversidade de atuações no HUB.

Nossa base filosófica de atuação
 A atuação da Psicologia na Enfermaria da Clínica Cirúrgica tem como base os princípios da **Psicologia da Saúde**, como definida pela Divisão 38 da *American Psychological Association*, que tem como objetivo geral o manejo de variáveis psicossociais que intervêm sobre as condições de adesão e enfrentamento de pacientes e familiares expostos a tratamentos de saúde.

Somos um Projeto de Extensão
 Nossa atuação é parte da Divisão de Psicologia do HUB e ocorre no contexto do Projeto de Extensão de Ação Continuada *Atendimento Psicossocial ao Paciente Internado no HUB: Clínicas Cirúrgica e Pediátrica (PEAC)*, que busca integrar pesquisa, ensino e extensão.

São objetivos do PEAC:
 (1) sistematizar as intervenções psicológicas a pacientes e familiares, no contexto da internação;
 (2) contribuir com a formação acadêmica e profissional de estudantes de graduação;
 (3) desenvolver e divulgar pesquisas científicas que subsidiem a prática profissional, em psicologia, na Clínica Cirúrgica.

Foto da equipe responsável pelo serviço

Entre em contato!
 Virgínia Turra. E-mail: turra@unb.br. Cel: 9966.1276.
 Fernanda Doca. E-mail: fermandadoca@unb.br
 Fabrício F. Almeida. E-mail: fabrificiof@unb.br
 Prof. Aderson Costa Junior. E-mail: aderson@unb.br
 Ladvessa IPU/nB. Tel: 33072625 Ramal 417.
 Divisão de Psicologia. Tel. 3448.5276

Assistência

A assistência psicológica na Clínica Cirúrgica do HUB está organizada em um conjunto de atividades sistematizadas que identifica demandas psicológicas e disponibiliza intervenções a pacientes, familiares e membros das equipes de saúde.

Características dos atendimentos
 A assistência psicológica da Enfermaria da Clínica Cirúrgica é extensiva a todos os pacientes internados, sem distinção de clínica, especialidade ou origem da demanda. O projeto é, dessa forma, o serviço de referência da unidade e as várias formas de atendimento têm como foco a saúde e o bem-estar do paciente exclusivamente no período da internação cirúrgica.

Diálogo
 O tipo de atendimento prestado aos pacientes internados é compatível com qualquer outra forma específica de atendimento tanto na assistência ambulatorial prévia como na reabilitação pós-cirúrgica. Por isso almejamos incrementar o diálogo com os serviços de psicologia que assistem aos usuários antes e depois do evento cirúrgico. Acreditamos que este diálogo proporcionará enriquecimento mútuo de informações, o que será um ganho qualitativo para a assistência como um todo.

Foto da equipe em diálogo com outros serviços de psicologia

Registros
 Os registros dos atendimentos dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica se dá em dois prontuários, conforme norma ética do CRP:
 - o **prontuário hospitalar**, acessível às equipes de saúde, com informações sintéticas que seguem o critério da utilidade para melhoria de atendimento ao paciente;
 - o **prontuário psicológico**, de uso restrito do profissional de psicologia diretamente envolvido com o atendimento, que pode ser disponibilizado aos colegas psicólogos que atendam ao paciente em outros serviços.

Na prática
 Na prática, gostaríamos de reforçar, a todos os colegas Psicólogos que, em conformidade com o Art. 7º. do nosso Código de Ética, estamos disponíveis para fornecer e, em caso de paciente em interface com outros serviços, receber informações sobre os pacientes acompanhados e que, temporariamente, durante o período cirúrgico, encontram-se sob os nossos cuidados.

Pesquisa

Vários temas são objeto de pesquisa científica em psicologia na Clínica Cirúrgica do HUB.

Resiliência, Testagem, Treino de comportamento, Espiritualidade, Avaliação dor, Literatura científica, Filmagem, Informação, Preparação da rede apoio, Vivência corporal, Coping, Atendimento clínico.

A literatura científica que trata da atuação da Psicologia em paciente internado para cirurgia abrange temas variados, o que torna o campo desafiador e atraiante para o desenvolvimento de projetos de pesquisa. Eis alguns:

Protocolo de atendimento psicoeducacional para atendimento ao paciente cirúrgico internado
 A pesquisa objetiva elaborar uma forma de atendimento ao paciente cirúrgico, que seja tanto sistemático como flexível, que permita o diálogo e ajustes às questões da internação, para aprimorar o ambiente de cuidados ao paciente cirúrgico, incluindo escuta, avaliação e compreensão da vivência subjetiva do paciente; e contribuir com o planejamento de intervenções psicológicas mais eficientes e incentivo ao desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Prontuário Psicológico orientado para o problema: um modelo em construção.
 A pesquisa objetivou elaborar uma proposta de modelo de anotações psicológicas em prontuário que possibilite o compartilhamento de informações relacionadas ao paciente em um contexto hospitalar, respeitando a confidencialidade requerida do profissional de Psicologia, tornando essas informações pertinentes e acessíveis a toda a equipe de saúde e adaptando-as às demandas de uma equipe transdisciplinar. Esse modelo é utilizado hoje por nós na Clínica Cirúrgica.

Avaliação da experiência de dor em pós-operatório e sua relação com locus de controle da saúde.
 A pesquisa objetiva avaliar as experiências de dor, bem como identificar as crenças de controle de saúde de pacientes internadas, em contexto de cuidados pós-operatórios ginecológicos, analisando-se eventuais relações existentes entre crenças e as experiências de dor.

Avaliação de variáveis psicossociais correlacionadas ao risco de dor
 A pesquisa objetiva verificar o grau de correlação existente entre a experiência dolorosa e as variáveis psicossociais mais comumente descritas na literatura, em pacientes internados, em contexto de cuidados pós-operatórios na Clínica Cirúrgica do HUB.

Ensino

As atividades de ensino de Psicologia na Clínica Cirúrgica ocorrem no contexto do treinamento de estagiários, alunos regulares do curso de graduação em psicologia da UnB.

Treinamento
 Admitidos a partir de processo seletivo público, os alunos de psicologia recebem treinamento de habilidades e competências teórico-técnico-profissionais, com foco na assistência psicológica pré e pós-operatória.

Foto da equipe com grupo de estagiários

Trabalhos
 Os estagiários de Psicologia da Clínica Cirúrgica têm participado ativamente das Jornadas Científicas do HUB, com trabalhos temas diversos, como:

- Ambiência e humanização na Clínica Cirúrgica
- Efeitos da música em pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HUB: percepções de dor e satisfação.
- Ansiedade no contexto hospitalar: um estudo com pacientes da Clínica Cirúrgica do HUB.
- Experiência dos acompanhantes dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica do HUB.
- Intervenções do Psicólogo da Saúde na internação da Clínica Cirúrgica.

Foto atividade de música **Foto alunos em evento** **Foto estagiários em atividade**

Inovações
 A partir do incentivo à produção, foram introduzidas inovações no atendimento ao usuário da Clínica Cirúrgica, incluindo o Projeto de Música 'Dor Menor' e reuniões de Terapia Comunitária.

Música **Tem sugestões? Críticas? Solicitações? Quer conhecer mais detalhadamente os trabalhos? Entre em contato!** **Terapia Comunitária**

Anexo 8 Sobre a Terapia Comunitária

Os objetivos deste anexo são: definir Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa e indicar referências para contatos.

Definição. A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa foi criada em 1987 a partir da prática de assistência comunitária do psiquiatra Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto na comunidade do Pirambú, considerada a maior favela do estado do Ceará, vinculado ao Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Essa prática de assistência foi organizada e estudada e gerou uma metodologia de reuniões comunitárias com objetivos voltados ao apoio, desenvolvimento comunitário, integração de saberes e intervenções específicas chamadas de ‘rodas de terapia comunitária’. As rodas de Terapia Comunitária, chamadas também de ‘rodas’, ‘rodas de conversa’, ‘reunião comunitária’, ‘troca de experiências’, dentre outros nomes, são reuniões flexíveis, adaptáveis às realidades locais e sistematizadas nas seguintes fases: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização ou partilha de experiências, encerramento reflexivo e apreciação. A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa toma como embasamentos teóricos e reflexivos: o enfoque sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e o conceito de Resiliência. (Barreto, Barreto, & Barreto, 2011, pp. 26-49).

Contatos. A Terapia Comunitária Sistêmica Integrativa, ou TC, como é referida comumente, está vinculada atualmente à Associação Brasileira de Terapia Comunitária (ABRATECOM) que congrega atores envolvidos na promoção, incentivo, colaboração propostas, realizações e formações na área de TC, com contatos disponibilizados no sítio <<http://www.abratecom.org.br/>> (ABRATECOM, 2012). A Terapia Comunitária foi reconhecida como prática complementar de saúde e se inseriu como projeto no Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, vinculado à Saúde da Família, como descrito no sítio <http://dab.saude.gov.br/terapia_comunitaria.php> (MS-DAB). No Distrito Federal, o Movimento Integrado de Saúde Comunitária do Distrito Federal - MISMEC-DF, como associação, se constitui, dentre outras finalidades, como polo formador de Terapia Comunitária na região, e tem sítio no endereço <<http://www.mismecdf.org/novosite/>> (MISMEC-DF).

Anexo 9 Sobre o PAPO.

A escolha da sigla PAPO para o Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema intenciona explicitar e tratar uma expectativa muito comum ligada ao papel do Psicólogo: a de que trata-se de um profissional que (apenas) conversa, daí referências comuns à “papoterapia” e “amigo pago”, que por vezes desafiam o bom humor dos profissionais. A decisão ao escolher essa sigla foi virar o jogo, rir de nós mesmos, e abrir as portas para valores mais colaborativos, bases de uma assistência humana de qualidade.

Os Psicólogos não são os únicos que lidam com estereótipos. A galeria de personagens que se pode compor com Médicos, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Fisioterapeutas, e demais profissionais de saúde, forneceria material para boas piadas. Piadas, representações, expectativas, ideias formadas em experiências anteriores que fazem parte da interação sustentável no cotidiano, e que exigem habilidades sociais de estabelecimento de relação de confiança que transcendem os limites do formal. Essas habilidades sociais incluem contato informal, amigável e bem humorado, espaços abertos que oportunizam esclarecimentos sobre o tipo de atuação proposta.

É no contato informal que se pode conhecer de fato a variedade de experiências anteriores e representações dos demais profissionais acerca da atuação da Psicologia nos diversos campos, como na própria internação cirúrgica, em outras instituições de saúde, em escolas, em atendimentos individuais, nas novelas e nas anedotas acadêmicas. Nesta situação, pode-se optar por silenciar ou por explicitar tais estereótipos.

Se cada profissional atuante traz para o aqui-agora da prática (silenciadas ou não) as experiências anteriores com Psicologia, então que o Psicólogo seja capaz de trazer para o aqui-agora de modo explícito os seus próprios estereótipos, criando assim a oportunidade para elucidar, enxugar, ventilar, esclarecer cada um deles, a começar por aquele que o coloca como um profissional que “bate papo”. O esclarecimento é um processo tão importante para a Psicologia que uma das mais famosas referências a ele está em Freud (1933, p. 103) que utilizou como metáfora do processo de trazer à tona o que está submerso a grande obra de drenagem de Zuider Zee em 1916, hoje Holanda, quando a terra alagada passou por processo de secagem e foi conquistada como terreno fértil para agricultura.

Por isso, se vamos “bater papo”, que seja o PAPO: estruturado, sistematizado, embasado, flexível, orientado para o problema, com um foco resolutivo, no aqui-agora da internação, de caráter interdisciplinar, com suporte em pesquisa e autocrítica, que tem o paciente como centro, com atenção à rede de apoio e à equipe, com uso de diagnóstico e avaliação e uma escuta aberta às subjetividades e vivências únicas, que fazem do nosso *papo* a razão profissional da existência e da inserção do Psicólogo como equipe de saúde.

