

# Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema

Virginia Turra  
Fabrício Fernandes Almeida  
Fernanda Nascimento Pereira Doca

*Hospital Universitário de Brasília  
Distrito Federal, DF, Brasil*

Áderson Luiz Costa Junior

*Universidade de Brasília  
Distrito Federal, DF, Brasil*

## RESUMO

O desenvolvimento sistematizado da atuação do Psicólogo na área da saúde em hospitais organiza e potencializa uma visibilidade do papel deste psicólogo junto às equipes com quem atua. Este artigo objetiva apresentar um Protocolo de Atendimento Psicológico, elaborado metodologicamente em cinco etapas: (1) levantamento das demandas; (2) elaboração de instrumento de entrevista; (3) confecção de banco de dados; (4) estabelecimento da Rotina de Atuação; e (5) revisão periódica do protocolo. Como resultado, o protocolo estruturou-se em seis eixos: (a) identificação; (b) suporte social; (c) enfrentamento; (d) compreensão do quadro de saúde; (e) exame do estado mental; e (f) dor.

**Palavras-chave:** Psicologia médica; guia de prática clínica; hospitalização.

## ABSTRACT

### *Problem Oriented Psychological Health Care Protocol*

The development of systematic ways to practice the Psychological care in the area of health in hospitals, organizes and reinforces a visibility of the role this professional plays along with the staff who they work with. This paper aims to present a Psychological Care Protocol, methodically developed in five steps: (1) survey of demands; (2) elaboration of an interview instrument; (3) construction of the database; (4) routine practices establishment; and (5) periodical review of the protocol. As a result, the protocol is structured in six axes: (a) identification; (b) social support; (c) coping; (d) health status understanding; (e) mental state examination and; (f) pain.

**Keywords:** Psychology medical; practice guideline; hospitalization.

## RESUMEN

### *Protocolo de Tratamiento Psicológico en Salud Orientado a los Problemas*

El desarrollo de formas de acción sistemático del psicólogo en el área de la salud en los hospitales, que comprende un abanico de posibilidades, limita técnicamente el papel de este profesional y refuerza la visibilidad positiva con los times que trabajan en las unidades. En esta perspectiva, este documento tiene como objetivo presentar el Protocolo de Atención Psicológica de Salud Orientado para el Problema del Servicio de Psicología de la Enfermería Quirúrgica del Hospital de la Universidad de Brasilia. El Protocolo metodológicamente se preparó en cinco pasos: (1) estudio de las demandas, (2) preparación de un instrumento entrevista, (3) construcción de la base de datos, (4) el establecimiento de prácticas de rutina, y (5) el examen periódico del Protocolo. Como resultado, el Protocolo estructurado en seis ejes: (a) identificación, (b) social, (c) coping, (d) la comprensión del marco de salud, (e) examen del estado mental, y (f) el dolor.

**Palabras clave:** Psicología de la salud; protocolo de atención psicológica; hospitalización.

## INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde, como área de conhecimento, representa uma proposta teórico-metodológica que prioriza a promoção de repertórios de comportamento voltados para a saúde como fenômeno social, como forma de garantir a continuidade do processo de desenvolvimento humano, individual e coletivo (Matarazzo, 1980). Considerando esta gama de possibilidades de atuação, isto é, um conjunto de intervenções profissionais com o objetivo de minimizar o sofrimento percebido, ou provocado, pela experiência de hospitalização (doença, procedimentos médicos invasivos, sequelas e decorrências emocionais da internação), Costa Junior (2005) considera a atuação do Psicólogo da Saúde, nas unidades hospitalares, como uma vertente da Psicologia da Saúde.

Contudo, no que se refere a este conjunto de intervenções do profissional da Psicologia, acima descrito, 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 por estas próprias unidades hospitalares, que muitas vezes apresentam dúvidas quanto ao que esperar desse profissional. Desta forma, verifica-se a necessidade de a Psicologia da Saúde 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, com impacto positivo sobre a qualidade de assistência, de modo a torná-la menos fragmentada e verdadeiramente mais integral. Segundo Gorayeb e Guerrelhas (2003), isso só passará a acontecer quando o Psicólogo da Saúde apresentar uma atuação de resultados eficazes e comprovados.

A sistematização da atuação do Psicólogo da Saúde no contexto hospitalar propicia a identificação: (1) dos fatores contextuais, comportamentais ou cognitivo-conceituais que levaram o indivíduo ao adoecimento; (2) da percepção deste indivíduo acerca da situação de internação e/ou tratamento; e (3) das alterações contextuais, comportamentais ou cognitivo-conceituais que incorrerão a partir da experiência do adoecimento.

Pinto (2004) endossa a discussão acerca da necessidade da implementação e da padronização de procedimentos de atendimento psicológico através de protocolos de avaliação e intervenção, gerados e retroalimentados através de dados acessados nas entrevistas com o paciente, sua família e equipe profissional, obtenção de informações como história e hábitos de vida e mudanças ocorridas após o

adoecimento, observação direta do comportamento e aplicação de escalas para avaliação de comportamentos. Para Guimarães (1999; citada por Gorayeb e Guerrelhas, 2003) é com base nestes dados, obtidos com tais procedimentos, que são planejadas as intervenções e construídas, ou escolhidas, as medidas que irão avaliar os resultados da intervenção.

Nesta perspectiva, este artigo tem como objetivo geral apresentar o Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) do Serviço de Psicologia da Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB). De forma específica, pretende-se: propor uma metodologia de atendimento, com bases em premissas da Psicologia da Saúde; melhorar a qualidade de assistência integral ao paciente cirúrgico, com base no atendimento sistematizado e; viabilizar, por meio do protocolo sistematizado, a definição de indicadores de avaliação do serviço de psicologia da EC-HUB.

O termo ‘protocolo’, neste trabalho, é tomado no sentido de um conjunto de convenções que servem como guia do papel do psicólogo no contexto da internação cirúrgica. Este conjunto se propõe a ser semiestruturado: por um lado há eixos definidos de avaliação, investigação, categorização e análise; e por outro lado, há flexibilidade quanto a aplicação – ou não – desses eixos, posto que a variedade e a complexidade do cotidiano da internação hospitalar não permitem a asfixia de uma forma rígida de atuação do psicólogo. Tal como é usado neste artigo, o termo ‘protocolo’ não se refere a um questionário, uma escala, um formulário, uma entrevista, uma tabela de comportamento, um prontuário, ou um registro. Os instrumentos existem, as técnicas estão disponíveis, mas se, e somente se, estiverem em harmonia com um modo de trabalhar na assistência que neste trabalho é designado ‘protocolo’.

O termo, aqui, se refere a um modo de atuar, de abordar, de pensar a assistência ao usuário internado que busca ser coeso, global, inclusivo, humanizado, maleável e adaptável às circunstâncias. Não se descarta o uso de questionários, escalas, tabelas de comportamento, mas o uso de qualquer instrumento ou recurso precisa fazer sentido prático e estar coerente com as bases filosóficas de atuação da Psicologia da Saúde. Se há regras, padrões e formalidades na atuação, tais elementos se referem ao cerimonial, à ética e ao setting próprio exigidos pela situação adversa de hospitalização, e que não impedem de imprimir à assistência o caráter acolhedor, compreensivo, receptivo, de consideração primordial e atenção refinada à pessoa em sofrimento.

## MÉTODO

O protocolo e as rotinas de atendimento da assistência psicológica na EC-HUB foram estruturados tendo como diretrizes: a busca pelo atendimento integral à saúde do usuário, o diálogo contínuo com outras equipes de saúde, a interface de ações e a construção permanente de interdisciplinaridade, tendo a pessoa em tratamento como centro. Fundamenta-se nos objetivos da Psicologia da Saúde, conforme preconizado pela Divisão 38 da American Psychological Association (APA, 2010), a saber: (a) oferecer contribuições da psicologia como disciplina para compreender o processo de saúde e doença por meio de pesquisa básica e clínica; (b) encorajar a integração da informação biomédica sobre saúde e doença com conhecimento psicológico atual; (c) promover educação e serviços em psicologia da saúde; e (d) informar a comunidade psicológica, biomédica e o público em geral sobre os resultados de pesquisas recentes e atividades de serviço nessa área.

### Contexto

A Enfermaria do Centro de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (EC-HUB), conhecida de modo abreviado como 'Enfermaria Cirúrgica' abrange as internações para procedimentos, exames e acompanhamentos nos períodos pré e pós-cirúrgicos de 13 diferentes especialidades médicas. Além das equipes médicas, atuam de forma sistemática nesta enfermaria as equipes de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e fisioterapia. A enfermaria tem disponibilidade atual de 47 leitos, podendo este número variar conforme urgências, dinâmica do serviço e manutenção de equipamentos. A distribuição dos leitos entre as especialidades é flexível, com remanejamento momentâneo em decorrência de demandas eventuais do serviço. 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 procedimento que exige 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, apurado em 535 registros de atendimento entre 2007 e 2009, inclui idade média de 50 anos (mo 51, dp 17), tendo 59% de homens, 41% de mulheres.

### Procedimentos

O Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) foi elaborado

em cinco etapas: (1) levantamento das demandas da enfermaria; (2) elaboração de instrumento de entrevista semiestruturada para atendimento inicial e evolução; (3) confecção de banco de dados; (4) estabelecimento da Rotina de Atuação do Serviço de Psicologia; e (5) revisão periódica do protocolo com base em surveys com temas específicos e na prática da enfermaria.

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 do Hospital, pela lotação de Psicóloga do quadro permanente do hospital, pela apresentação formal à chefia 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 o qual 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 ao leito.

A segunda etapa consistiu na elaboração do instrumento de entrevista semiestruturada, o qual foi um exercício de discussão e síntese do levantamento das demandas da enfermaria, e teve como diretrizes: estar coerente com a instituição como um todo, integrar-se nas rotinas das equipes, circunscrever a atuação do Psicólogo no contexto das necessidades psicossociais e atuar resolutivamente com foco no problema. Estabeleceu-se que o produto esperado dessa entrevista semiestruturada deve ser a definição do que é chamado "problema ativo", definido como o foco circunscrito da queixa atual do usuário atendido, ligado diretamente ou não à situação de internação, como, p.ex., angústia diante de obstáculos quanto à estadia do acompanhante, desesperança quanto ao prognóstico, dificuldades de adesão à dieta hospitalar, dor na ferida operatória, saudades dos familiares. É a partir do problema ativo que se discute a intervenção da evolução que objetiva dar continuidade sistemática ao atendimento psicológico inicial, verificando o estado atual do problema ativo como foco inicial e levantando novas demandas para intervenção.

É preciso considerar que o usuário hospitalizado interage num ambiente estrangeiro, com linguagem, rotinas, parâmetros e normas próprias. Mesmo nos casos de cirurgias aguardadas e desejadas, com

ótimo prognóstico de recuperação da saúde, a pessoa internada está sujeita a inúmeras possibilidades de vivências aversivas de desconforto, constrangimento e desconfiança. Neste sentido, o problema ativo é o recurso conceitual na qual se pergunta à pessoa em sofrimento qual é a questão, no aqui e agora, que importa, no ponto de vista dela, solucionar, minimizar, trabalhar, conversar, entender, alterar, agir, intervir. Pressupõe-se que o trabalho focado no que é significativo ao usuário guarda em si o potencial de produzir, melhorar, otimizar conforto e segurança durante a estadia na internação. Ouvindo a sabedoria popular, se é preciso tomar a sopa quente, que seja pelas beiradas, em pequenas doses.

Se, por um lado, a proposta da entrevista não se constituía no mero preenchimento de um formulário, por outro lado, 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 Júnior (2008), efetivando o trabalho institucional, meio de comunicação essencial com as equipes.

Dando prosseguimento à elaboração do Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema, buscou-se na terceira etapa, 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 sistema de prontuário eletrônico no hospital. Desta forma, o Banco de Dados de Atendimento proposto foi: (a) um arquivo digital (Microsoft Word) das anotações específicas da Psicologia e das anotações ao prontuário de cada paciente atendido, conforme estabelecido no modelo PPOP por Almeida, Cantal e Costa Júnior (2008); e (b) uma planilha (Microsoft Excel) de registro dos dados qualitativos e quantitativos apurados nos instrumentos. Este Banco de Dados de Atendimento tem por finalidade, em última instância, 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 da Psicologia, ou seja, a definição operacional do fluxo de ações desenvolvidas pelo Serviço de Psicologia no âmbito da assistência aos usuários da EC-HUB (vide detalhamento a seguir).

Por fim, a quinta etapa consistiu na revisão periódica do protocolo 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.

Desde a primeira etapa, iniciada em janeiro de 2006, o Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) passou por várias versões. O primeiro esboço, chamado de Versão Zero, constituiu-se apenas de um cabeçalho com dados de identificação do usuário e dados gerais do atendimento. Na primeira revisão crítica, percebeu-se que os dados eram inespecíficos e com baixo potencial de gerar indicadores. A Versão 1 incluiu classificações mais objetivas, a Versão 2 incluiu análise de estratégias de enfrentamento e avaliação de dor. Na Versão 3 excluiu-se a categorização do tipo de trabalho/renda exercido pelo usuário. A Versão 4 incluiu as Escalas Beck (Cunha, 2001) que foram excluídas na Versão 5, dando lugar ao uso das Escalas McGill (Pimenta e Teixeira, 1996) e Borg (citado por Silva e Ribeiro-Filho, 2006) de dor. Por fim, a Versão 6, adotada atualmente, consiste em seis eixos de avaliação, apresentados detalhadamente na seção de resultados.

## RESULTADOS

O Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO) está estruturado em seis eixos: (a) identificação; (b) suporte social; (c) enfrentamento; (d) compreensão do quadro de saúde; (e) exame do estado mental e; (f) dor. A seguir, apresentam-se os fundamentos e detalhamentos de cada um dos eixos.

### Identificação

Neste eixo são coletadas e registradas informações que identificam tanto o paciente quanto o atendimento realizado. Com relação ao paciente verificou-se a neces-

sidade de registrar: (a) nome completo do paciente (sem abreviaturas); (b) sexo (usando o código 1 para masculino e 2 para feminino); (c) idade (em anos inteiros, por exemplo: 32); (d) número do prontuário/registro do paciente no hospital (normalmente uma sequência de 6 números); (e) crondalfa do paciente, que tem sido a opção das equipes para recuperação do prontuário em papel, para os extravios de cartão ou perda do número do prontuário, e é um código composto pelas letras iniciais dos três primeiros nomes do paciente, a data de nascimento no formato ddmmaa, e o código 1 se o usuário for do sexo masculino e 2 se do sexo feminino (ex.: para um usuário fictício chamado Antônio Gomes da Silva Rodrigues, nascido em 12 de março de 1948, o crondalfa seria AGS1203481); e (f) Clínica/Especialidade responsável pela internação do paciente no momento do atendimento (ex.: Clínica Cirúrgica/Cirurgia Torácica).

Com relação à identificação do atendimento são registradas duas informações: a data em que o atendimento foi realizado (dd/mm/aaaa) e o tipo de atendimento realizado, o qual pode ser: (a) prioritário: atendimento realizado preferencialmente antes de qualquer novo pedido; (b) ronda: atendimento realizado para observação da evolução da intervenção realizada ou em busca ativa por demandas para a Psicologia e; (c) solicitação: atendimento realizado a partir de uma solicitação, formal ou informal, por qualquer membro de qualquer equipe (neste caso, deve-se anotar a referência da equipe que solicitou). Optou-se por romper a formalidade do preenchimento em papel do “Solicitação/Pedido de Parecer”, e abrir para receber solicitações de qualquer pessoa, dentro ou fora da equipe, por motivos claros ou não, sabendo, ou não, o que faz um Psicólogo. Partiu-se do pressuposto que é o Psicólogo que vai definir o que faz e o que não faz, considerando que ainda vai levar um tempo até o papel do Psicólogo ser solidamente reconhecido na cultura do Hospital.

### **Suporte Social**

A avaliação de suporte social baseou-se na Escala para 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 – 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 – 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.

### **Enfrentamento**

A avaliação do enfrentamento baseou-se no roteiro de pré-consulta com cuidadores de pacientes crônicos infante-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 às perguntas descritas acima, classifica-se o tipo de estratégia de enfrentamento adotada de forma predominante no momento: (a) estratégias focalizadas no problema – comportamentos ou esforços cognitivos que visam solucionar ou lidar diretamente com o problema; (b) estratégias focalizadas na emoção – reações emocionais e/ou comportamentos que no geral fazem com que o paciente/acompanhante não lide diretamente o estressor; (c) busca de suporte social – comportamentos de procura de auxílio operacional, emocional ou de informação para enfrentar o problema e; (d) práticas religiosas/pensamento fantasioso – 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).

### Compreensão do quadro

A avaliação da compreensão do quadro de saúde e/ou da cirurgia é feita utilizando questões abertas tais como: Se o seu amigo/parente lhe perguntar o que foi que o Sr./Sra. veio fazer no Hospital, como o Sr./Sra. vai lhe explicar? 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 explicação 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.

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. 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. 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 terá compreensão funcional se explicar que está internado para fazer uma “operação para retirar pedra na vesícula”, não sendo necessário uso de vocabulário como coledocolitíase; terá uma compreensão limitada se descrever seu quadro de saúde como “um problema na barriga”, e terá compreensão inadequada se responder que ele não sabe bem o porquê da internação, e que talvez seja porque a esposa ficou preocupada com a cor amarela que apareceu em seus olhos.

### Exame 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 e Othmer, 2003), na qual o objetivo é “formar uma opinião a respeito do estado mental do paciente durante a entrevista” (p.87). 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 escolha e o uso de instrumentos requer discussão com a equipe de Psicologia.

Na avaliação do estado mental do paciente é fundamental descrever as evidências, citar exemplos, buscar informações com enfermagem e acompanhantes, contextualizar, discutir as impressões com pares e na supervisão, dando atenção às diferentes referências culturais. Além disso, o relato do exame psíquico deve ser útil aos profissionais que lidam com a pessoa entrevistada.

### 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, 2006).

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/VAS 0-100) – onde se quantifica a dor presente/atual por meio da escala VAS de 100 mm; (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 avalia-se a percepção de distribuição espacial e a localização interna ou externa da dor por meio da marcação em um desenho do corpo humano.

Considerando o nível educacional e socioeconômico da população atendida na EC-HUB, fez-se necessário a elaboração de definição de cada um dos descritores sensoriais e afetivos usados na forma reduzida do Questionário de Dor McGill, conforme apresentado na Tabela 1.

TABELA 1  
Definição dos Descritores do Questionário McGill

	<i>Descritores</i>	<i>Definição</i>
<i>sensoriais</i>	palpitante	latejante, pulsante.
	tiro	dor pontual, tanto no sentido de tempo (rápido), como no sentido de lugar (um lugar específico), com uma consequência sensorial depois, diferente da dor propriamente dita; sensação posterior de desconforto.
	punhalada	dor potencial que varia de 0 a 10, diminui, mas continua sendo descrita como dor, mas com uma intensidade menor; pontual e perdura; diferente do tiro (no tiro, vem uma sensação diferente depois; na punhalada, a sensação inicial perdura).
	aguda	tempo curto; não dura; vem, acontece e passa por completo e depois ela volta a acontecer; o paciente considera que é uma dor forte.
	cólica	cólica é uma contração muscular e é constrictiva; dor que repuxa, aperta (ex: cólica menstrual é contração muscular do útero com aperto).
	mordida	é perfurante, cortante; aperta e corta, como se estivesse furando, rasgando; pressão progressiva.
	calor-queimação	dor que queima, esquenta.
	dolorida	chata, desagradável, irritante; paciente impaciente, inquieto, está sentindo o peso de carregá-la, a dor é como um fardo.
	em peso	pesada, mochila, puxando para baixo, carregando um peso.
	sensível	qualquer coisa pode aumentar a dor; qualquer estímulo pode aumentar a dor (ex: normal em caso de ferida inflamada); a roupa roçando dói.
rompendo	rasgando de modo mais violento do que a mordida.	
<i>afetivos</i>	cansativo-exaustiva	é a interpretação do paciente, é como ele avalia o histórico da dor; é o valor afetivo, é avaliação da experiência do paciente pelo paciente; é dor que exaure, que tira as energias; cansativo-exaustiva e enjoada não se diferenciam muito, mas apresentaram diferenças significativas estatísticas, que justificam estarem em categorias separadas no campo afetivo; a característica sensorial negativa não necessariamente está ligada a uma experiência afetiva negativa. por exemplo, a tatuagem é dolorida, mas não é considerada uma experiência negativa.
	enjoada	interpretação do paciente; é o que o paciente considera “enjoada”.
	amedrontada	interpretação do paciente; dor que causa medo.
	castigante-atrimentante	interpretação do paciente; sensação de estar sendo punido; dor que castiga.

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.

A avaliação de dor é importante no contexto da saúde em geral, e, em especial, no contexto cirúrgico. Shapira-Lichter e cols. (2008) discutem 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 chamam a atenção para o fato de que um dia após a cirurgia o paciente experimenta

uma combinação dos efeitos da cirurgia, anestesia, dor e estresse psicológico. Chung, Un e Su (1996) e Beauregard, Pomp e Choiniere (1998), mostram que evidências consideráveis indicam que a experiência dor apresenta características e padrões reativos diferenciados em função do tipo de cirurgia.

### **Rotina de atuação do Serviço de Psicologia**

O Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPO), ora apresentado, é aplicado como parte da Rotina de Atuação do Serviço de Psicologia na Clínica Cirúrgica. Esta rotina segue um fluxo, conforme descrito a seguir.

1. Identificação das demandas e prioridades – verifica-se a existência de solicitação (verbal ou escrita) de qualquer membro da equipe, bem como as demandas prioritárias já em acompanhamento pelo serviço.
2. Busca de informações que subsidiem o atendimento – verifica-se as informações registradas

- no prontuário do paciente e/ou no relatório da enfermagem, bem como informações verbais obtidas no contato com as equipes.
3. Elaboração da estratégia de atendimento – com base na demanda identificada e nas informações obtidas verifica-se se a aplicação do Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema é suficiente ou se faz-se necessário a aplicação de outros instrumentos complementares, tais como o Minimal de Folstein (Folstein, Folstein e McHugh, 1975).
  4. Execução do atendimento.
  5. Discussão do atendimento com a equipe de Psicologia – objetiva identificar foco, evoluções, alterações, mudanças, bem como estabelecer o planejamento subsequente.
  6. Elaboração da evolução da Psicologia – utiliza-se o modelo PPOP – Notas de Evolução Psicológica
  7. Elaboração da evolução para o prontuário – utiliza-se o modelo PPOP – Evolução Psicológica – Notas de Prontuário.
  8. Execução de outras providências exigidas pelo atendimento, tais como comunicação com equipes, elaboração de pedidos de parecer, contato com a família, etc.
  9. Inserção das informações sobre o atendimento no banco de dados do Serviço de Psicologia.

## DISCUSSÃO

O Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema (PAPo) tem potencial para viabilizar a sistematização necessária à atuação do Psicólogo da Saúde no contexto hospitalar, circunscrevendo o papel do Psicólogo em um conjunto de ações e intervenções planejadas, integradas e coerentes, que buscam resultados avaliáveis, baseados em evidências.

Em contato com o Conselho Regional de Psicologia, obteve-se a informação da inexistência de resolução que guiaria a atuação do Psicólogo no contexto da internação cirúrgica. Realizou-se um extenso trabalho de revisão bibliográfica sistemática, já submetido à publicação, em que o detalhamento metodológico, a categorização dos resultados, e a discussão fogem ao escopo deste artigo. Diante da ausência de uma norma técnica, e diante de literatura empírica que faz recomendações fragmentadas, de itens específicos, optou-se por formular um conjunto global, inclusivo e coeso de intervenções psicológicas, que foi chamado de protocolo, por referir-se a uma forma reguladora semiestruturada de ações.

Ressalta-se que a execução do PAPo no ambiente hospitalar tem a pesquisa como meio de assistência, e não como fim em si mesma. Em outras palavras, se há pesquisa, ela precisa ser útil e aplicável. Dessa forma, o Banco de Dados viabiliza não só a pesquisa, mas a administração das questões dos cuidados da enfermagem pela auditoria facilitada das necessidades específicas que geram ações direcionadas do psicólogo. Se numa auditoria dos dados, constata-se que, na última semana, os problemas ativos estiveram ligados a falhas na comunicação de normas da internação, é possível, dessa forma, o psicólogo programar ações psicoeducativas específicas junto aos usuários e às equipes atuantes para prevenir, intervir e minimizar tais falhas, agora com a força das evidências, linguagem qualificada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos gestores hospitalares.

Em termos de implicações clínicas, buscou-se uma forma de atuação que possibilite uma postura de constante reflexão acerca do impacto da inserção do Psicólogo no meio hospitalar, que tenham objetivos a curto, médio e longo prazo.

A curto prazo, as reflexões tem como objeto a própria organização do serviço, verificando a efetividade dos atendimentos, e buscando dar visibilidade e compreensão das tarefas e do papel do psicólogo no contexto das equipes atuantes, da instituição, dos outros psicólogos, dos usuários do serviço, em consonância com Gorayeb e Guerrelhas (2003). A inserção efetiva e sistematizada tem potencial de sanar as ideias prévias acerca do Psicólogo ligadas a uma atuação pejorativamente intuitiva.

A médio prazo, espera-se que tais reflexões facilitem a pesquisa no sentido amplo do termo. Isso significa não só os grandes projetos de pesquisas interinstitucionais, como os pequenos levantamentos do próprio serviço, construindo uma cultura interna de autoavaliação, de 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 longo prazo, essas reflexões podem subsidiar a constituição da representação do psicólogo ligada positivamente aos objetivos da Psicologia da Saúde, com contribuições efetivas para compreensão do processo de saúde e doença, boa integração com outros profissionais no contexto hospitalar, e promoção da educação, comunicação e eficiência dos serviços em saúde como um todo.

Em termos metodológicos, três considerações se fazem necessárias: (a) a inserção formal do profissional de Psicologia na Clínica Cirúrgica significou

empoderamento institucional necessário à construção do protocolo; (b) o contato com as equipes exigiu habilidades sociais de estabelecimento de relação de confiança, que transcende os limites do formal, e (c) a elaboração do instrumento e da rotina da psicologia demandou tanto criatividade como autocrítica.

A inserção formal do Psicólogo no ambiente hospitalar foi importante para circunscrever o papel técnico, com função, metodologia e formação específicas, em contraposição a uma representação de assistência leiga por diletância ou heroísmo. Essa formalidade plantou a base institucional para o estabelecimento do contato com as equipes.

Nesse contato pode-se conhecer a variedade de experiências anteriores e representações das equipes acerca da atuação da psicologia nos diversos campos, como na própria internação cirúrgica, em outras instituições de saúde, em escolas, em atendimentos individuais, em estereótipos culturais encontrados em novelas e anedotas acadêmicas. Esse contato informal, amigável e bem humorado oportunizou esclarecimentos sobre o tipo de atuação proposta, base da construção do protocolo de atendimento.

O contato próximo com as diferentes equipes objetivou também garantir a qualidade da assistência aos diferentes tratamentos, partindo-se do pressuposto que não é viável o profissional psicólogo dominar a extensão dos cuidados cirúrgicos exercidos na enfermaria por profissionais de enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia e equipes médicas das modalidades buco-maxilar, cabeça-pescoço, cardiovascular, geral, ginecologia, mastologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, plástica, proctologia, torácica e urologia. Assim, o foco no problema como especificidade técnica do psicólogo pode dialogar com a variedade e as especificidades dos cuidados como áreas técnicas dos diferentes profissionais, sendo o foco no problema o manejo de questões específicas circunscritas ao período de internação, incluindo preparação para alta.

O protocolo seguiu um processo de construção criativa, inovadora para o estabelecimento de ações, termos, idéias, questões, perguntas, instrumentos. Por outro lado, essas ações criativas, embasada nos dados e evidências levantadas, exigiram autocrítica e avaliação permanente dos produtos, tanto em termos vivenciais (qualitativos), como em termos de índices e de registros (quantitativos).

Em termos de resultados, o impacto imediato do protocolo foi a forma de registro desenvolvido por Almeida, Cantal e Costa Júnior (2008). Numa área onde não havia um serviço de psicologia estabelecido, a equipe passou a ter disponível uma anotação em

prontuário com informações sistematizadas e úteis. Como discutem os autores:

Contudo, o registro do psicólogo no prontuário ainda não é uma rotina em toda instituição de saúde; observa-se uma carência de divulgação de modelos de anotação em Psicologia e, especialmente, a ausência de um modelo padronizado de anotações, o que poderia facilitar a implementação de uma forma eficaz de registros, organizados temporal e funcionalmente, cujas informações dispersas estivessem inter-relacionadas para posterior recuperação, análise e interpretação, por meio de um denominador comum: o problema de saúde que motivou o tratamento. (Almeida, Cantal e Costa Júnior, 2008, p. 433).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância da sistematização do atendimento guarda uma relação direta tanto com a melhoria da assistência como com o encorajamento ao desenvolvimento de pesquisas. Num meio potencialmente adverso, tal como é a internação, pode constituir uma das formas de firmar a presença e a necessidade do psicólogo como membro efetivo de equipes de saúde que atuam em unidades hospitalares, além de priorizar o processo de atenção integral à saúde e servir de fonte de informação à tomada de decisões sobre o usuário do sistema de saúde.

Dessa forma, o atendimento ao usuário que encontra-se numa situação de potencial sofrimento psíquico com o 'Protocolo de Atendimento Psicológico em Saúde Orientado para o Problema' deve ser entendido como uma forma de prestar assistência ao usuário internado na Enfermaria de Clínicas Cirúrgicas, que toma como bússola a Psicologia da Saúde, tal como definida pela Divisão 38 da APA (entender processos saúde-doença, integrar informações, promover educação para saúde, informar, prestar serviços), tendo como leme os eixos de avaliação (identificação, suporte social, enfrentamento, compreensão do quadro, exame do estado mental, dor), que possibilita navegar no mar da complexidade de cada usuário, objetivando ser instrumento útil para minimizar o sofrimento subjetivo, representado, expresso, comunicado pelos problemas apresentados durante o período transitório de hospitalização.

A construção deste protocolo em todas as suas etapas é atualmente objeto de estudo de um projeto de doutorado em andamento, em que se objetiva a elaboração crítica acadêmica, de modo que tanto a ideia de se ter um protocolo sistematizado como o modelo de protocolo desenvolvido possam ser ampliados e

adaptados a outras situações em Psicologia da Saúde. Na prática, essas adaptações já ocorrem, uma vez que o protocolo tem servido como fonte de supervisão formal e informal para outros colegas psicólogos, com disponibilidade tanto dos instrumentos como do manual que foi elaborado como um passo-a-passo útil. Tal postura tem como base a disponibilidade dos profissionais envolvidos na construção do protocolo para interlocução interna (com outros colegas do Hospital) e externa (de outras instituições). Atualmente os parâmetros foram utilizados para levantamento de demandas de uma outra área de internação no Hospital, com o fim de implantar e aperfeiçoar, sob medida, um atendimento sistematizado. Afinal, sistematização de atendimento 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.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, F.F., Cantal, C. & Costa Júnior, A.L. (2008). Prontuário psicológico orientado para o problema: Um modelo em construção. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28(2), 430-442.
- American Psychological Association [APA]. (2010). *Division 38: Health Psychologist*. Acessado em: 15 de outubro de 2008. Disponível em: <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>
- Beauregard, L., Pomp, A. & Choiniere, M. (1998). Severity and impact of pain after day-surgery. *Canadian Journal of Anaesthesiology*, 45, 304-311.
- Cabral, W. (2007). *A atuação do psicólogo no hospital para a promoção de saúde*. Acessado em: 02 de dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=461&keywords=atua%C3%A7%C3%A3o+psicol%C3%B3go+hospital+para+promo%C3%A7%C3%A3o+sa%C3%BAde>
- Chung, F., Un, V. & Su, J. (1996). Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anesthesia. *Canadian Journal of Anaesthesiology*, 43(11), 1121-1127.
- Costa Junior, A.L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: O estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In M.A. Dessen & A.L. Costa Junior (Orgs.). *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 171-189). Porto Alegre: ArtMed.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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), 189-98.
- Horayeb, R. & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(1), 11-19.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (2003). Três métodos de avaliação do estado mental. In E. Othmer & S.C. Othmer. *A entrevista clínica utilizando o DSM – IV-TR* (pp. 87-123). Porto Alegre: Artmed.
- Pinto, F.E.M. (2004). Psicologia hospitalar: Breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(2), 1-12.
- 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.
- Seidl, E.M.F. & 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 estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Shapira-Lichter, I., Beilin, B., Ofek, K., Bessler, H., Gruberger, G., Shavit, Y., Seror, D., Grinevich, G., Posner, E., Reichenberg, A., Soreq, H. & Yirmiya, R. (2008). Cytokines and cholinergic signals co-modulate surgical stress-induced changes in mood and memory. *Brain, Behavior and Immunity*, 22(3), 388-398.
- Silva, J.A. & Ribeiro-Filho N.P. (2006). *Avaliação e mensuração de dor: Pesquisa, teoria e prática*. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC.
- Zannon, C.M.L.C. (2006). Entrevista Pré-consulta Psicologia Pediátrica. Manuscrito não publicado, Ambulatório de Pediatria – Hospital Universitário de Brasília, Brasília, Brasil.

Recebido em: 06.02.2012. Aceito em: 04.05.2012.

### Autores:

Virginia Turra – Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB, 1987), Mestre em Psicologia Clínica (UnB, 1999), Doutoranda em Psicologia da Saúde (UnB), Psicóloga do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Fabício Fernandes Almeida – Graduado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB, 2007), Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (UnB, 2011) e Psicólogo Professor do Projeto de Extensão de Ação Contínua 'InterAção' na Unidade de Clínicas Cirúrgicas do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Fernanda Nascimento Pereira Doca – Graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (UCG, 2004), Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (UnB, 2009), Doutoranda em Psicologia da Saúde (UnB), Psicóloga do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF).

Áderson Luiz Costa Junior – Bacharel e graduado em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB, 1989). Aperfeiçoamento em programação de microcomputadores (1991). Mestre em Psicologia da Aprendizagem e do Desenvolvimento (1992). Doutor em Psicologia (UnB, 2001). Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

### Enviar correspondência para:

Virginia Turra  
SCLN 105, Bloco A, Sala 104  
CEP 70734-510, Brasília, DF, Brasil  
E-mail: <turra@unb.br>