

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
ESCOLA DE SAÚDE - ESUFRN
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA – SEDIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE PRECEPTORIA EM SAÚDE

PADRONIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS DURANTE O
PROCESSO DE TRABALHO DOS RESIDENTES EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA

GÉSSICA VIEIRA ARAUJO

SÃO LUÍS – MA

2020

GÉSSICA VIEIRA ARAUJO

**PADRONIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS DURANTE O
PROCESSO DE TRABALHO DOS RESIDENTES EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
de Preceptoría em Saúde, como requisito
final para obtenção do título de
Especialista em Preceptoría em Saúde.

Orientadora: Profa. Msc. Ângela Cristina
Freire Diógenes Rego

SÃO LUÍS – MA

2020

RESUMO

Introdução: Este trabalho baseia-se na observação de que o residente de Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA encontra dificuldades práticas para sua atuação em vista da falta de padronização de instrumentos psicológicos no setor. **Objetivo:** elaborar um plano de preceptoria para a construção de instrumentos de avaliação e acompanhamento psicológicos na UTI com o fim de oferecer melhor qualidade de formação ao residente. **Metodologia:** trata-se de um plano de preceptoria para a instrumentalização da prática do psicólogo na UTI do HUUFMA. **Considerações finais:** A padronização de instrumentos psicológicos tende a repercutir com maior eficiência e autonomia da prática do residente em UTI.

Palavras-chave: Psicologia. Padronização. Preceptoria.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde apresentado atualmente pela Organização Mundial da Saúde-OMS e conhecido pelos profissionais que hoje integram equipes de cuidado hospitalar considera uma ideia que ultrapassa a dicotomia “saúde *versus* doença” e relaciona aspectos biológicos ao contexto social e cultural, bem como a questões psicológicas próprias a cada adoecimento.

Os avanços nos estudos do campo das ciências da saúde nos últimos anos demonstraram que além de consequências práticas e materiais, o adoecimento humano motiva danos emocionais não materiais decorrentes da hospitalização. De acordo com Neto e Porto (2017), a partir desse entendimento, a inserção do psicólogo em ambiente hospitalar, passou a ser cada vez mais fundamental para o tratamento de pacientes internados e seus familiares.

Ainda segundo os autores Neto e Porto (2017), os instrumentos de avaliação psicológica dentro do hospital diferem dos demais instrumentos por avaliar um aspecto temporal da vida do humano, que diz respeito ao adoecer, ao tratamento e à internação. Portanto, consideram imprescindível a padronização de instrumentos psicológicos para a prática hospitalar, tanto priorizando a identidade profissional do psicólogo durante o acompanhamento do paciente em hospital quanto privilegiando a eficiência do serviço prestado.

Nesse ínterim, por volta do fim da Segunda Guerra Mundial, nos Estados Unidos, o psicólogo passou a integrar equipe de saúde em contexto hospitalar. Azevedo e Crepaldi (2016) consideram a repercussão psíquica que os fatos de guerra promoveram nos internados

como fator decisório para a inclusão do profissional psicólogo no ambiente hospitalar, sobretudo para a promoção de saúde e prevenção de doenças.

No Brasil, a atuação do psicólogo em hospital geral data da segunda metade da década de 1950 em contexto de pré e pós operatórios de cirurgias ortopédicas e neurológicas do departamento infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (AZEVEDO e CREPALDI, 2016)

O crescimento dos profissionais de psicologia no contexto hospitalar se deu de forma gradativa ao longo dos anos. No final da década de 1980 e meados da década de 1990 as estratégias de atuação dos psicólogos em hospital não disponibilizavam de modelo estruturado de atuação ou de procedimentos técnicos padronizados, o que apontava para a dificuldade de estabelecer parâmetros para a atuação profissional qualificada. O que ocorria e que não é raro encontrar nos cenários de prática ainda hoje tem relação com a predominância no ambiente hospitalar da prática de uma clínica tradicional que não comporta a complexidade própria às instituições hospitalares (Ibid., 2016).

Segundo Saldanha *et. al* (2013), além do atendimento ao paciente cabe ao psicólogo mediar a relação da equipe com o paciente sempre que houver demanda ou mesmo realização de interconsulta. Além, deve fazer orientações pontuais ao profissional sempre que houver necessidade em encaminhar para acompanhamento psicológico como prevenção de adoecimento psicológico do profissional de equipe médica e multiprofissional hospitalar.

Em 1997 surgiu a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e em 2004 teve início publicação de seu trabalho em periódico para promover a integração e maior cientificação da atuação de psicólogos em hospitais. O profissional de psicologia dentro dos hospitais tornou-se assim, reconhecidamente, cada vez mais necessário ao cuidado ao paciente visto de forma holística. Mas somente no ano de 2007 foi regulamentado o programa de residência que incluiu a psicologia dentre as categorias profissionais constantes no programa de Residência Multiprofissional criado pelo Ministério da Saúde em 2005. (Ibid., 2016).

No Maranhão, a primeira turma do programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA data do ano de 2010, de acordo com o Manual do Residente. A inserção do psicólogo no programa em UTI é ainda mais recente segundo relato dos profissionais mais antigos no setor.

Pode-se inferir, portanto, que tal como ocorreu a inserção e desenvolvimento de profissionais de psicologia nos hospitais em contexto nacional, na residência do HUUFMA, por histórico recente associado a estreita literatura sobre a atuação do psicólogo em ambiente hospitalar, com títulos ainda mais reduzidos sobre a atuação específica em Unidade de

Terapia Intensiva; há déficit tácito na padronização teórica e instrumental para a prática do psicólogo.

Para Reis e Faro (2016) dentre as principais dificuldades para a atuação do residente de psicologia no hospital está a fragilidade do preceptor em orientar e promover conhecimentos de forma prática aos residentes, o que afeta suas formações e reduz a possibilidade de autonomia profissional durante a especialização.

Além das dificuldades expostas que dizem respeito ao histórico recente da Psicologia Hospitalar e baixa padronização para a atuação profissional, Schneider e Moreira (2017) pontuam a necessidade de definir especialistas por campo de atuação hospitalar, que é o caso das UTIs definidas como áreas críticas destinadas à internação de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada e contínua.

Considera-se que a titulação de psicólogo intensivista é um campo de trabalho relativamente novo (regulamentado pela AMIB em 2005) que exige preparo diferente do exigido para a formação do profissional generalista, em vista das especificidades exigidas, sobretudo associadas ao aprofundamento teórico sobre psicopatologia e processos de luto. (SCHNEIDER e MOREIRA, 2017).

Em vista da problemática apresentada, tanto no que se refere a baixa instrumentalização para atuação do psicólogo em hospital de forma geral, como no que diz respeito a literatura limitada sobre a especificação do profissional de psicologia em UTI, e levando em consideração a forma como essas lacunas repercutem na formação do residente de psicologia na UTI do HUUFMA, busca-se atenuar os efeitos negativos das deficiências expostas a partir da criação de instrumentos que facilitem ao residente atuar de forma autônoma e eficiente.

2 OBJETIVO

Padronizar instrumentos de avaliação e acompanhamento para o serviço de Psicologia da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de projeto de intervenção, um plano de preceptoria que propõe a instrumentalização da prática psicológica de preceptora autora deste projeto e dos residentes

de Psicologia dentro da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão.

3.2 LOCAL DO ESTUDO / PÚBLICO-ALVO / EQUIPE EXECUTORA

O trabalho aqui referenciado toma por campo de pesquisa a vivência profissional do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário do Maranhão e faz relação com material bibliográfico recente sobre a atuação do psicólogo hospitalar e suas práticas institucionais.

O Hospital Universitário do Maranhão, como segue descrição em site próprio, é um órgão da Administração Pública Federal que integra o SUS e tem por finalidade reunir assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. O hospital possui duas unidades – Presidente Dutra e Materno Infantil – e contém atualmente 668 leitos.

O HUUFMA conta com corpo clínico qualificado e pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão, que juntos buscam solucionar questões relacionadas ao adoecimento humano, levando em consideração as complexidades das doenças humanas e todos os aspectos que estão imbricados no processo de hospitalização.

A Unidade de Terapia Intensiva Geral do HUUFMA, atualmente denominada Unidade de Cuidados Intensivos do Adulto e Idoso, conta hoje com 20 leitos de assistência e cerca de 160 funcionários. Possui corpo médico, de enfermagem e de fisioterapia qualificado e especializado em Terapia Intensiva de acordo com o quantitativo exigido pela RDC e possui equipe multiprofissional completa para o atendimento holístico do paciente internado.

Nesse sentido, o trabalho que aqui segue se direciona para o aperfeiçoamento do serviço do psicólogo e tem como público-alvo o residente de psicologia da Unidade de Terapia Intensiva do HUUFMA e será executado pela preceptora autora do projeto, sob a supervisão do Referencial Técnico de Psicologia do hospital.

O Referencial Técnico é uma função em que a pessoa nomeada através de portaria da EBSEH representa a sua categoria profissional junto a chefias e diretorias e acompanha os funcionários por meio de consultoria e orientações gerais aos profissionais de mesma classe, uma vez que no organograma da Empresa as categorias multiprofissionais se ligam às suas chefias por unidade de setor e não por classe de profissão. A saber, o psicólogo está submetido hierarquicamente à chefia de sua Unidade, que pode ser um médico, enfermeiro ou outros. As particularidades próprias de cada profissão, no entanto, não são sempre compreendidas por chefias de profissões diferentes. Desta forma, entra a figura representativa

de um Referencial que fale em nome da categoria junto a estruturas hierárquicas mais elevadas.

Como a validação instrumental sobe a níveis superiores para sua execução, é importante que o Referencial Técnico participe com aval do que está sendo proposto para que junto às estruturas superiores se compreenda a necessidade dentro da categoria da execução do Plano aqui aventado.

3.3 ELEMENTOS DO PLANO DE PRECEPTORIA

Para a execução deste plano de preceptoria, que prevê padronização da prática e dos instrumentos psicológicos na UTI do HUUFMA, é necessário montar um direcionamento que ao passo que propõe à psicologia um fazer eficiente e objetivo, não deixa de considerar a subjetividade própria de cada paciente internado.

O processo de implantação deste plano acontecerá a partir do mês de fevereiro do ano de 2021, pouco antes da entrada de nova turma de residentes ao HUUFMA, que acontece normalmente no mês de março. Pretende-se a apresentação dos instrumentos no momento de acolhimento e instrução inicial ao residente de Psicologia da UTI como forma de fortalecer a cultura do residente de atendimento qualificado, objetivo, eficiente e padronizado em todo o seu exercício de aprendizagem e construção de conhecimento no setor.

As etapas da implantação devem considerar quatro passos principais, quais sejam:

1 – Criar roteiro para o atendimento psicológico em UTI

O Roteiro para Atendimento Psicológico em UTI (APÊNDICE A) compõe gráfico simplificado que facilita a compreensão do staff e residente sobre a atuação junto ao paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva.

2 – Criar entrevistas de anamnese de paciente internado em UTI e de seus familiares

As entrevistas de anamnese de paciente (APÊNDICE B) e de familiares (APÊNDICE C) devem conter informações gerais que podem ser compartilhadas com a equipe de psicologia e multiprofissional e que direcionem o acompanhamento do paciente em UTI durante sua internação, possibilitando melhor visualização do estado emocional do paciente e de seus familiares do momento da admissão ao desfecho da internação em UTI.

3 – Criar roteiro para atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional

O Roteiro para Atuação do Psicólogo junto à Equipe (APÊNDICE D) compõe gráfico simplificado sobre como o psicólogo deve atuar no trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva.

4 – Submeter instrumentos à validação pelo setor de qualidade do HUUFMA

Como prevê a norma da rede EBSEH, todo instrumento que circule e seja utilizado profissionalmente dentro do ambiente hospitalar deve passar por validação do setor de qualidade do Hospital para sua execução. Os instrumentos aqui propostos devem seguir fluxo protocolado para que sejam validados como instrumentos reconhecidamente adequados para aplicação e atendimento do psicólogo da UTI.

3.4 FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A elaboração de um plano de preceptoria que propõe a instrumentalização da atuação do psicólogo na UTI pressupõe dedicação de tempo do staff para ensino dos instrumentos ao residente. No entanto, um dos problemas pontuados no levantamento das ameaças à elaboração de um Plano de Preceptoria diz respeito ao acúmulo de funções do preceptor que divide atividades de assistência e preceptoria, dentre outras atividades a que é convocado no fazer diário.

Além disso, outro problema levantado fala sobre o tempo de permanência do staff de Psicologia em UTI menor que o do residente, o que, associado à ameaça de que o residente esteja motivado apenas pelo valor da bolsa, pode encadear insubmissão do residente ao protocolo proposto para a atuação do psicólogo em UTI.

Por fim, a implantação de qualquer instrumento requer dedicação e persistência constantes para que seja exitosa, caso contrário o instrumento criado pode tornar-se abjeto. Ao preceptor caberia motivar os residentes através da visualização prática da eficiência instrumental na atuação do psicólogo em UTI.

No entanto, se de um lado, há preceptores repletos de funções diárias (o que dificultaria desprendimento de tempo exclusivo para o ensino), do outro lado, há boa estrutura hospitalar que possibilita ao residente a aprendizagem prática, o que contribui em muito para a implementação dos instrumentos padronizados, bem como para o aumento da autonomia do residente de psicologia no setor.

3.5 PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação de implantação do plano de intervenção será feito através de um questionário com questões abertas, que será aplicado junto aos residentes, onde deverão

avaliar a eficiência e eficácia dos instrumentos que foram padronizados. O questionário será elaborado durante o processo de implantação do plano.

Também participará da avaliação a equipe de Psicologia da UTI e Referencial Técnico da Psicologia no HUUFMA, semestralmente, fazendo revisão dos instrumentos para continuidade ou alteração dos itens de avaliação psicológica inicialmente propostos, tendo por base a análise do questionário aplicado com os residentes, pois sabe-se que a prática diária e dinâmica pode apontar para necessidades investigativas que antes da implementação de um plano estavam despercebidas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista da complexidade humana que engloba aspectos humanos que superam o biológico, o profissional de Psicologia tem se tornado cada vez mais necessário ao cuidado com o paciente em internação hospitalar. Diante disso, o psicólogo encontra dificuldades diárias para a atuação em um ambiente anteriormente exclusivo do saber médico.

Uma das lacunas apontadas para a atuação do psicólogo no hospital tem relação com a baixa padronização dos instrumentos que o psicólogo utiliza na prática hospitalar.

De acordo com Ferreira e Mendes (2013), o trabalho do psicólogo na UTI é de extrema importância, pois o quadro de saúde do paciente mobiliza sentimentos e sensações angustiantes e muito perturbadores. Daí a necessidade de realizar cuidado psicológico com comprometimento e eficácia, o que pode ser potencializado à medida que o tratamento toma instrumentos eficientes e direcionados que podem assegurar mais êxito no acompanhamento psicológico de pacientes e seus familiares.

Entende-se que a proposta de instrumentalizar a atuação do profissional de psicologia em UTI contribui para o aprimoramento de sua atuação e o melhor desempenho do residente psicólogo no setor, bem como propõe atendimento mais eficiente e melhor direcionado ao paciente e objetividade na relação e troca de informação com a equipe e familiares do paciente internado.

Desta forma, espera-se minimizar lacunas referentes ao papel do psicólogo na equipe hospitalar, dinamizar o processo de integração de equipe multidisciplinar e tornar o atendimento mais eficaz e eficiente tanto aos staffs quanto aos residentes de psicologia da UTI do HUUFMA.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Adriano Valério dos Santos; CREPALDI, Maria Aparecida. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016.

REIS, Beatriz Andrade Oliveira; FARO, André. **A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência**. 2016.

MOREIRA, Mariana Calesso et al. Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. **Trends in Psychology**, v. 25, n. 3, p. 1225-1239, 2017.

NOSSA HISTÓRIA. **EBSERH**. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/ufma/nossa-historia>. Acesso em: 09 de dez. de 2020.

GUIMARÃES NETO, Armante Campos; PORTO, Joana. Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 2, p. 66-88, 2017.

SALDANHA, Shirlei de Vargas; ROSA, Aline Badch; CRUZ, Lilian Rodrigues da. O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 185-198, 2013.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: Importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013.

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UTI

PACIENTE ENCONTRA-SE

EM REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA



- REALIZAR ENTREVISTA DE ANAMNESE COM FAMILIAR PRESENTE (APÊNDICE C)
- REALIZAR ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE E FAMILIARES

ACORDADO

REALIZAR AVALIAÇÃO TÊMPORO-ESPACIAL

CONTACTANTE POR COMUNICAÇÃO VERBAL

→ APLICAR MINIMENTAL OU MOCA

CONTACTANTE POR GESTOS

→ APLICAR TOKEN TEST

ORIENTADO

CONTACTANTE POR COMUNICAÇÃO VERBAL

REALIZAR ENTREVISTA DE ANAMNESE (APÊNDICE A) E ACOMPANHAMENTO APACIENTE E FAMILIARES

CONTACTANTE POR GESTOS

- REALIZAR ATENDIMENTO POR PLACAS DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA E ACOMPANHAMENTO DIÁRIO (PREVENÇÃO DE DELIRIUM) DE PACIENTE
- ACOMPANHAR FAMILIARES

POUCO OU NÃO ORIENTADO

REALIZAR ESTIMULAÇÃO COGNITIVA E ACOMPANHAMENTO A PACIENTE E FAMILIARES

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA
UNIDADE PRESIDENTE DUTRA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA – UTI GERAL
ENTREVISTA DE ANAMNESE PACIENTE

Nome: _____ Sexo: ___ Data nasc. ___/___/___ Leito: ____
 Est. Civil: _____ Com quem reside: _____ Escolaridade: _____
 Profissão: _____ Religião: _____ Data Int. Hosp.: ___/___/___ Data Int. UTI: ___/___/___
 Motivo de Internação em UTI: _____

1 CONDIÇÕES CLÍNICAS

- () Rebaixamento do Nível de Consciência – () por sedação () por quadro clínico
 () Contactuante – () por comunicação verbal () por gestos

2 HISTÓRICO DO ADOECIMENTO/ HOSPITALIZAÇÃO

- Paciente conhece/entende diagnóstico/ tratamento?

Diagnóstico: () SIM () NÃO () PARCIAL **Tratamento:** () SIM () NÃO () PARCIAL

- Adesão ao tratamento () SIM () NÃO () PARCIAL

OBSERVAÇÕES:

- Internações anteriores? () SIM () NÃO Internações anteriores em UTI? () SIM () NÃO
 Se sim, queixas associadas? _____

- Antecedentes fatores de risco emocional:

Perdas e óbitos () Uso de álcool e drogas () RISCO DE SUICÍDIO – () pensamento
 () intenção
 () ideação

- Histórico de avaliação/acompanhamento psicológico/psiquiátrico:
-

- Em uso de psicofármaco () SIM () NÃO Se sim, qual: _____

3 MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS E COMPORTAMENTAIS

Culpa	()	Negação	()
Raiva	()	Hostilidade	()
Impotência	()	Frustração	()
Dependência	()	Insegurança	()
Isolamento	()	Passividade	()
Esperança	()	Desamparo	()
Confiança	()	Agressividade	()
Desconfiança	()	Alteração do esquema corporal	()

ANSIEDADE () Esperada para o contexto () Elevada

OBSERVAÇÕES:

4 RECURSOS DE ENFRENTAMENTO:

5 CONDUTA:

PSICÓLOGO (A): _____

APÊNDICE C
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA
UNIDADE PRESIDENTE DUTRA
SERVIÇO DE PSICOLOGIA – UTI GERAL
ENTREVISTA DE ANAMNESE FAMILIAR

DADOS DO PACIENTE:

Nome: _____ Sexo: ____ Data nasc. __/__/____ Leito: ____
Est. Civil: _____ Com quem reside: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____ Religião: _____ Data Int. Hosp.: __/__/____ Data Int. UTI: __/__/____
Motivo de Internação em UTI: _____

DADOS DO FAMILIAR ENTREVISTADO:

Nome: _____ Sexo: ____ Data nasc. __/__/____
Est. Civil: _____ Escolaridade: _____ Grau de parentesco: _____

1 DINÂMICA FAMILIAR

- Quem acompanha o paciente durante internação? _____
- Como é a relação com o paciente? _____
- Há comunicação entre os familiares? () SIM () NÃO () PARCIAL
- Conflitos familiares: _____

2 RELAÇÃO COM O ADOECIMENTO/ HOSPITALIZAÇÃO

- Familiar conhece/entende diagnóstico/ tratamento?
Diagnóstico: () SIM () NÃO () PARCIAL Tratamento: () SIM () NÃO () PARCIAL
- Relação com a equipe:

- Antecedentes fatores de risco emocional:
Perdas e óbitos () Uso de álcool e drogas () RISCO DE SUICÍDIO – () pensamento
() intenção
() ideação
- Paciente passou por internações anteriores? () SIM () NÃO Se sim, queixas associadas?

3 MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS E COMPORTAMENTAISESTADO EMOCIONAL GERAL DECORRENTE DE INTERNAÇÃO:

ANSIEDADE () Esperada para o contexto () Elevada

4 RECURSOS DE ENFRENTAMENTO:

_____**5 CONDUTA:**

PSICÓLOGO (A): _____

APÊNDICE D

ROTEIRO PARA INTERVENÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

PROFISSIONAL DEMANDA ORIENTAÇÃO PARA:
QUESTÕES PONTUAIS DO SEU ATENDIMENTO