





Identificação de demandas psicológicas em pacientes atendidos por interconsulta: divergências na percepção de médicos e psicólogos

Gabriel Ramalho de Jesus¹ , Renata Tamie Nakao¹ , Mateus Augusto Rodrigues¹ , Flavia Andressa Farnocchi Marucci-Dalpicolo¹ 

RESUMO

O adoecimento e a necessidade de internação hospitalar podem implicar em prejuízo psicológico ao paciente. Neste sentido, o trabalho em equipes multiprofissionais configura-se como uma importante ferramenta para oferecer atenção integral à saúde. A interconsulta psicológica se caracteriza por um atendimento breve e focado, solicitado pela equipe responsável pelo cuidado do paciente, no qual o psicólogo propõe condutas em conjunto com a equipe de saúde. O objetivo deste estudo foi comparar as demandas psicológicas identificadas pelo médico no pedido de interconsulta, com as demandas avaliadas pelo psicólogo no primeiro atendimento a pacientes hospitalizados em um hospital universitário de nível terciário. Os dados foram obtidos no prontuário médico, categorizados pelos pesquisadores segundo o método quantitativo-interpretativo e analisados em termos de frequência e porcentagem pelo teste de McNemar e grau de concordância entre os avaliadores pelo Coeficiente de Concordância de Kappa. Cento e quatro pedidos de interconsulta realizados entre março de 2017 e março de 2018 foram avaliados, com predominância de pacientes do sexo feminino (59,8), com mais de 50 anos (63%) e profissionalmente inativos (61,9%). A maioria das solicitações teve origem na clínica médica (80,8%) e em paciente com quadro crônico (52,9%). Os resultados encontrados foram descritos em 11 categorias. Notou-se que houve maior concordância entre os cuidadores no reconhecimento de sintomas emocionais como justificativa de intervenção psicológica, o que encontrou correspondência com a literatura científica disponível. Observaram-se discordâncias na percepção de demandas entre os profissionais, especialmente sobre sofrimento emocional relacionado a dificuldades na compreensão do diagnóstico e/ou tratamento, pouco suporte familiar/social, problemas de adaptação à internação hospitalar e problemas emocionais não relacionados à doença. Conclui-se que a perspectiva multiprofissional é uma estratégia importante para promover atenção integral ao paciente, tendo a interconsulta como possibilidade efetiva, e que a abordagem do paciente apresenta diferentes perspectivas, vinculadas aos saberes de cada componente da equipe. Destaca-se a necessidade de investir na formação para a identificação e manejo de problemas de ordem emocional, comunicação e bom relacionamento médico-paciente, e observação de aspectos da história individual que possam contribuir para o bom desfecho do tratamento. Também, mostra-se importante que a formação acadêmica instrumentalize os profissionais para o trabalho em equipe multiprofissional, o que requer habilidades de comunicação, sensibilidade e compreensão sobre a complementaridade dos saberes.

Palavras-chave: Equipe multiprofissional, Educação interprofissional, Assistência à saúde mental, Hospitalização, Encaminhamento e consulta.

INTRODUÇÃO

O processo de adoecimento está ligado a alterações psicológicas e ao surgimento de novas demandas para os pacientes, que são agravadas caso haja a necessidade de uma hospitalização. Podem-se observar sintomas emocionais diretamente ligados à doença, dificuldade de aceitação ou de compreensão sobre a condição clínica e reaparecimento de problemas psicológicos preexistentes. Desse modo, a observação do quadro psíquico exerce um impacto relevante no seguimento em saúde e na recuperação das condições clínicas¹⁻³.

Considerando a importância da abordagem integral à saúde do paciente, a existência de uma equipe multiprofissional agrega diferentes conhecimentos com objetivo de proporcionar ferramentas que forneçam o melhor cuidado. Quando se trata do reconhecimento e da intervenção voltada para as demandas psicológicas dos pacientes, o trabalho em equipe multiprofissional pode melhorar o desfecho do tratamento, inclusive durante o período de internação⁴. Em serviços de alta complexidade, a existência da equipe multiprofissional se torna ainda mais essencial, conseqüente à dificuldade dos procedimentos, diagnósticos e tratamentos realiza-

¹ Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, (SP), Brasil



dos e à estruturação da própria ideia de equipe. Considerando a realidade dos serviços de saúde no Brasil, com a escassez de recursos humanos, nem sempre se torna viável a composição de uma equipe multiprofissional em todos os serviços e, portanto, é necessário que haja alternativas para o atendimento desses pacientes⁵.

O desenvolvimento de serviços de interconsulta psicológica é uma possibilidade de viabilizar um modelo de cuidado integral aos pacientes em uma perspectiva multiprofissional. A interconsulta psicológica se baseia no atendimento por um profissional de saúde mental, no caso o psicólogo, a um paciente internado conforme solicitação de algum responsável direto pelo tratamento da doença física. Dessa forma, tem por finalidade realizar uma observação das condições psicológicas e de seus impactos no quadro clínico e ajudar a equipe na proposição de melhorias na atenção ao doente^{6,7}. De acordo com a definição, a interconsulta psicológica se caracteriza por um atendimento breve e focado, e necessita interação com os responsáveis pelo cuidado do paciente. É uma proposta adequada para serviços com alta demanda e internações de curta permanência e também se coloca como mecanismo de aproximação e troca de conhecimentos entre profissionais, consoante suas áreas de atuação^{8,9}.

O profissional médico é, em geral, o responsável por fazer o reconhecimento das demandas psicológicas e também por solicitar o acompanhamento por uma equipe de saúde mental, dentro de um atendimento multiprofissional. Entretanto, após o contato do paciente com o profissional de saúde mental, é comum que outras demandas sejam identificadas^{10,11}. A divergência entre a demanda identificada pelo profissional solicitante e a necessidade avaliada pelo profissional interconsultor pode impactar negativamente na consolidação da interconsulta no hospital, na medida em que dificulta a comunicação entre os profissionais, frustra expectativas em relação ao atendimento e reduz o reconhecimento do papel do serviço de interconsulta psicológica, resultando no enfraquecimento da confiança e vínculo entre as equipes^{8,9}.

Algumas dificuldades de execução da interconsulta psicológica são frequentes, como as falhas de comunicação entre os profissionais e de registro de informações, especialmente no processo de solicitação, e o baixo reconhecimento, por parte dos

médicos, do impacto da saúde mental e do atendimento de interconsulta na condição clínica dos pacientes. Além disso, o suporte dado pelas instituições nem sempre é o ideal, com problemas recorrentes de estruturação. A literatura sobre o tema é escassa e baseada no modelo de interconsulta psiquiátrica, que apresenta diferentes objetivos e definições^{8,9,12}.

O objetivo dessa pesquisa foi comparar as demandas psicológicas identificadas pelo médico no pedido de interconsulta psicológica com as demandas avaliadas pelo psicólogo no primeiro atendimento a pacientes hospitalizados em um serviço de alta complexidade, identificando a diferença de frequência e o grau de concordância em cada tipo de demanda vista pelo profissional. Partindo dos dados obtidos, buscou-se entender os resultados e as justificativas de possíveis divergências, ligadas à prática profissional ou ao próprio processo de interconsulta.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental descritivo com análises qualitativas e quantitativas dos dados. Foram avaliados os pedidos de interconsulta realizados ao Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRPUSP), um hospital universitário de nível terciário, localizado no interior do estado de São Paulo, durante o período de março de 2017 a março de 2018. Todos os pedidos atendidos nesse período foram incluídos e não houve critério de exclusão na pesquisa.

A análise dos registros no prontuário eletrônico dos pacientes buscou identificar os dados sociodemográficos e as demandas psicológicas que justificaram a solicitação de interconsulta, identificadas no pedido realizado pelo médico e no primeiro atendimento realizado pelo psicólogo.

CONTEXTO DO ESTUDO

O Serviço de Interconsulta Psicológica pertence ao Ambulatório de Psicologia do HCFMRPUSP e é composto por um psicólogo assistencial contratado (supervisor) e três psicólogos residentes (alunos do programa de pós-graduação em Aprimoramento Profissional). Este ambulatório é respon-

sável por responder às solicitações de interconsulta de pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica (Dermatologia, Reumatologia, Imunologia, Nutrologia, Geriatria e Nefrologia), Ginecologia Geral, Urologia Ginecológica, Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica e Cirurgia Vascular.

As solicitações de atendimento psicológico são realizadas por meio de um formulário específico denominado "Pedido de Interconsulta" (PI), no qual constam dados relativos à caracterização do paciente, enfermaria de origem, breve descrição do diagnóstico clínico e objetivo da solicitação de interconsulta, o que no caso da interconsulta psicológica, refere-se à identificação de demandas para atendimento psicológico por parte do profissional solicitante. Tal pedido deve ser respondido em um prazo máximo de 48 horas.

Após o recebimento da solicitação de interconsulta, o psicólogo responsável pelo atendimento do caso deve realizar um primeiro atendimento de avaliação para definição da demanda e coleta de informações sobre o caso, que são registradas no prontuário do paciente. Em seguida, se confirmada a presença de demandas, o paciente seguirá em atendimento psicológico, no qual serão realizadas intervenções psicológicas, devolução e orientações à equipe de saúde e encaminhamentos necessários.

ANÁLISE DE DADOS

Na análise das informações contidas nos prontuários dos pacientes, as demandas descritas pelo médico solicitante e pelo psicólogo interconsultor foram codificadas e categorizadas pelos pesquisadores segundo o método quantitativo-interpretativo proposto por Biasoli-Alves¹³. Os registros do prontuário foram lidos repetidas vezes, buscando-se identificar as regularidades e diferenças para a criação das categorias. Esta categorização levou em conta os critérios de (1) exaustividade, abrangendo todo tipo de conteúdo presente nos registros, (2) exclusividade, com cada categoria agrupando um conjunto de resposta que nitidamente se diferencia de outra, e (3) manutenção de um mesmo nível de inferência e/ou interpretação entre todas as categorias verificadas.

Com o objetivo de garantir controle metodológico, a codificação das demandas identificadas após a análise dos registros foi realizada

por dois avaliadores independentes, de maneira a verificar a concordância entre os avaliadores. Diante de alguma discordância na codificação, o procedimento adotado era a realização de uma discussão conjunta com um terceiro pesquisador, visando estabelecer um consenso. Os dados relativos ao quadro clínico e a solicitação médica foram avaliados por dois discentes do quinto ano do curso de Medicina e os dados relativos ao primeiro atendimento psicológico foram avaliados por dois psicólogos contratados do serviço de psicologia. Dessa forma, a pesquisa conseguiu obter uma percepção mais ampla pelos diferentes profissionais, considerando suas áreas de formação e suas interpretações dos registros.

Os resultados da categorização foram analisados de forma quantitativa em termos de frequências e porcentagens, que foram comparadas pelo teste estatístico de McNemar. Esse teste possibilita observar a diferença quantitativa do reconhecimento de cada demanda psicológica pelo médico e psicólogo. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Além disso, foram submetidos ao Coeficiente de Concordância de Kappa, que buscou quantificar em que grau o médico e o psicólogo reconheceram a mesma demanda psicológica em cada solicitação e atendimento de interconsulta. A interpretação deste teste se baseou nos intervalos propostos por Landis e Koch em 1977¹⁴, conforme apresentado na Figura 1.

		Interpretação de Kappa					
		Ruim	Leve	Regular	Moderado	Importante	Quase perfeito
Kappa		0.0	0.20	0.40	0.60	0.80	1.0
Kappa	Concordância						
<0	Menos do que uma associação por coincidência						
0.01 - 0.20	Associação leve						
0.21 - 0.40	Associação regular						
0.41 - 0.60	Associação moderada						
0.61 - 0.80	Associação importante						
0.81 - 0.99	Associação quase perfeita						

Figura 1: Parâmetros para interpretação do Coeficiente de Concordância de Kappa propostos por Landis e Koch

A presente pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa, segundo a Resolução n.º 466/2013, sob número de processo 2.667.078/2018.

RESULTADOS

Foram analisados 104 pedidos de interconsulta (P.I.) ao Serviço de Psicologia, realizados por médicos residentes durante o período de março de 2017 a março de 2018. Em cinco destes casos foi solicitado mais de um P.I. para o mesmo paciente, devido a internações subsequentes ou por mudança de especialidade médica dentro da instituição hospitalar, resultando em um total de 97 pacientes atendidos durante este período. Em relação às características sociodemográficas, 59,8% dos pacientes eram do sexo feminino; 63% apresentavam 50 anos ou mais e 61,9% estavam profissionalmente inativos (aposentados, pensionistas ou desempregados). A origem de 80,8% dos P.I.s foi de especialidades de clínica médica e 19,2% de especialidades cirúrgicas. O quadro clínico do paciente era crônico em 52,9% dos casos, em diagnóstico em 26%, agudo em 17,3% e paliativo em 2,9%.

Conforme o método quantitativo-interpretativo, os pesquisadores analisaram as demandas psicológicas descritas pelo médico solicitante e pelo psicólogo interconsultor e estabeleceram 11 categorias, apresentadas a seguir e exemplificadas com trechos dos registros. Em parênteses, encontram-se as frequências em que cada categoria foi identificada pelo médico (fM) e pelo psicólogo (fP).

Categoria 1: Sintomas emocionais relacionados à doença. Inclui sintomas de ansiedade e depressão relacionados ao adoecimento, medo de procedimentos, expectativas em relação ao diagnóstico, choro excessivo, entre outros (fM=55; fP=56).

“Sentimento de tristeza, agitação, desespero e choro frequente desde o início dos sintomas” (Paciente 1)

“Paciente relatou seu histórico de adoecimento, referindo nervosismo e medo diante da cirurgia agendada” (Paciente 28)

“Avaliação de paciente de 82 anos internado para avaliação de dor abdominal e diarreia, com queixa de choro fácil, tristeza e inapetência” (Paciente 59)

“Paciente relatou sentimentos de tristeza, raiva e disse que se percebe ‘fria’ (SIC) desde que recebeu o diagnóstico de câncer” (Paciente 83)

Categoria 2: Adesão ao tratamento. Problemas relacionados a dificuldades observadas ou relatadas pelo paciente ou familiar para o seguimento de orientações da equipe de saúde (fM=14; fP=9).

“Paciente com má adesão ao tratamento do lúpus, com múltiplas reativações, devido a mal-estar que as medicações causam” (Paciente 4)

“Avaliação de paciente internado por piora de pênfigo foliáceo, com histórico de depressão e difícil adesão ao tratamento” (Paciente 13)

“Avaliação de paciente internada para realizar cirurgia de revascularização do miocárdio. Se apresenta com agitação psicomotora, agressividade e recusa tomar medicações” (Paciente 30)

Categoria 3: Mudanças de estilo de vida. Abrange dificuldades do paciente para se engajar em hábitos saudáveis, como prática de exercício físico, padrão alimentar adequado e cessação de tabagismo (fM=9; fP=7).

“Contou que desde a amputação está sem fumar. Demonstrou vontade de parar de fumar com a alta e entende que o tabagismo piora sua doença” (Paciente 35)

“Avaliação e seguimento de paciente em tentativa de redução de peso, com demandas psicológicas importantes” (Paciente 93)

Categoria 4: Dificuldade de aceitação da doença. Refere-se a casos em que a demanda psicológica foi descrita especificamente como uma dificuldade de aceitação da doença ou dos prejuízos decorrentes desta (fM=6; fP=9).

“Solicito avaliação para paciente após amputação de membro inferior direito por tromboangite obliterante, para melhor aceitação da sequela” (Paciente 6)

“Paciente referiu dificuldade em aceitar a doença devido à aparência física. Era açougueira e não pode mais trabalhar” (Paciente 44)

Categoria 5: Seguimento de doença psiquiátrica. Refere-se aos casos de pacientes com diagnóstico de doença psiquiátrica, nos quais se solicita acompanhamento psicológico para atenuar os sintomas e efeitos da doença psiquiátrica durante a hospitalização atual (fM=5; fP=5).

“Avaliação de paciente internada para investigar síncope e palpitações há 5 anos. Apresentou durante a internação possível quadro de transtorno dissociativo e somatização Avaliada pela psiquiatria que orientou acompanhamento psicoterápico” (Paciente 11).

“Avaliação psicológica de paciente visto diagnóstico prévio de transtorno depressivo maior” (Paciente 67).

“Paciente avaliado pela psiquiatria e diagnosticado com Transtorno de Personalidade Borderline com traços antissociais + síndrome de dependência associada ao uso de Cannabis. Indicado seguimento com a Psicologia” (Paciente 88).

Categoria 6: Dificuldade de adaptação à internação. Abrange questões relacionadas mais à hospitalização do que à própria doença, como dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar e vontade intensa de receber alta médica (fM=4; fP=22).

“Paciente pouco comunicativa e entristecida, com dificuldade em aceitar a internação devido à distância do filho” (Paciente 2)

“Paciente estava em isolamento de contato respiratório, queixando-se de dificuldade de adaptação devido ao ambiente, sentindo-se preso e estressado” (Paciente 26)

“Avaliação de paciente tetraplégico internado na enfermaria do 9º andar pela cirurgia plástica. Está acompanhado da esposa que relata conflito entre o casal devido internação longa” (Paciente 27)

Categoria 7: Pouco suporte familiar e/ou social. Quando a demanda psicológica, na avaliação do médico ou psicólogo, era relacionada à falta de suporte familiar e/ou social (fM=3; fP=10).

“Avaliação de paciente com tentativa de autoextermínio com ingestão de soda cáustica evoluindo com estenose e necessidade de gastrostomia. Não ingere nada por via oral. Relata dificuldades financeiras para aquisição de alimentos e que familiares usam tais alimentos que deveriam ser só dela. Paciente refere preferir ficar internada por dificuldades de relacionamento com os familiares” (Paciente 23).

“Referiu não ter uma pessoa com quem possa contar, pedir ajuda. Apresentou humor deprimido em alguns momentos, devido ao fato de sentir-se sozinho e desamparado” (Paciente 68).

Categoria 8: Acolhimento de familiar. Inclui casos em que o atendimento psicológico foi realizado com o paciente e seu familiar, ou somente com o familiar quando a principal demanda para a interconsulta psicológica era deste ou quando havia impossibilidade de atendimento direto ao paciente (por recusa, rebaixamento do nível de consciência ou alguma deficiência impeditiva do contato) (fM=3; fP=23).

“Solicito auxílio com familiares de paciente em tratamento paliativo, consciência rebaixada com nódulos pulmonares altamente sugestivos de malignidade” (Paciente 5).

“Filha contou sobre o histórico de adoecimento da mãe com boa compreensão sobre o diagnóstico e tratamento. Mostrou-se sobrecarregada com os cuidados” (Paciente 54).

“Paciente pouco responsiva ao tratamento proposto, entrando em processo de cuidados paliativos. Filha está manifestando comportamentos relacionados a não aceitação do quadro da mãe. Solicito atendimento psicológico para a mesma” (Paciente 66).

Categoria 9: Baixa compreensão de diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Inclui problemas na comunicação médico-paciente, baixa compreensão do paciente sobre seu quadro de saúde, que pode ser observada ou referida, e interconsultas direcionadas à comunicação conjunta de diagnósticos e más notícias (fM=2; fP=19).

“Avaliação de paciente com diagnóstico recente de HIV. Solicito informar diagnóstico em conjunto” (Paciente 2).

“Paciente entende a patologia de agenesia de útero, porém mantém dúvidas sobre a cirurgia. Refere ter medo e preocupação, entretanto não sabe referir ao certo sobre o que tem medo” (Paciente 9).

Categoria 10: Problemas emocionais não relacionados à doença. Abrange casos em que, após a avaliação profissional, conclui-se que as demandas psicológicas são associadas a fatores anteriores e não relacionados com a doença ou hospitalização (fM=0; fP=27).

“Referiu tristeza e ansiedade desde o falecimento do pai, há 3 anos, sentindo angústia e vontade de chorar se fica sozinha desde então” (Paciente 1).

“Referiu que a angústia é pela saudade que sente de um de seus filhos que mora no exterior” (Paciente 30).

Categoria 11: Sem detalhamento nos registros. Casos em que o registro do profissional solicitante no protocolo de interconsulta analisado não continha informações suficientes para definir a demanda do caso (fM=10; fP=5).

“Avaliação de paciente que sofreu acidente de carro em agosto de 2016 e é dependente desde então. Paciente com hipoacusia e baixa acuidade visual” (Paciente 14).

“Paciente de 32 anos com diagnóstico de esclerodermia forma localizada, interna para investigação de quadro de dispneia e rouquidão” (Paciente 64).

“Paciente foi receptiva e comunicativa durante o atendimento. Referiu que, atualmente, estava

morando com sua cunhada e que anteriormente morava com sua filha e neto de 3 anos. É aposentada e procedente de Ribeirão Preto” (Paciente 65).

As frequências e porcentagens das categorias de demandas foram submetidas ao Teste estatístico de McNemar para determinar se havia diferença significativa ($p < 0,05$) entre a identificação de algum tipo de demanda por médico

e psicólogo. Destaca-se que cada P.I. analisado pode ter descrito demandas que se enquadraram em mais de uma categoria, sendo assim, o total de demandas é superior ao número total de protocolos analisados. A porcentagem, entretanto, foi calculada em relação ao número total de solicitações analisadas ($n=104$). Os dados encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1

Categorias de demandas psicológicas identificadas pelo médico e pelo psicólogo em atendimento de interconsulta – frequências e porcentagens e resultados do Teste Estatístico de McNemar

Categoria analisada	Frequência médico	Frequência psicólogo	Teste de McNemar
Sintomas emocionais relacionados à doença	55 (52,9%)	56 (53,8%)	$p=1$
Adesão ao tratamento	14 (13,5%)	9 (8,6%)	$p=0,2673$
Mudanças de estilo de vida	9 (8,7%)	7 (6,7%)	$p=0,7728$
Dificuldade de aceitação da doença	6 (5,7%)	9 (8,7%)	$p=0,5791$
Seguimento de doença psiquiátrica	5 (4,8%)	5 (4,8%)	$p=0,6831$
Dificuldade de adaptação à internação	4 (3,8%)	22 (21,2%)	$p=0,0003$
Pouco suporte familiar / social	3 (2,9%)	10 (9,6%)	$p=0,0233$
Acolhimento de familiar	3 (2,9%)	23 (22,1%)	$p < 0,0001$
Baixa compreensão de diagnóstico, prognóstico ou tratamento	2 (1,9%)	19 (18,3%)	$p=0,0002$
Problemas emocionais não relacionados à doença	0	27 (26%)	$p < 0,0001$
Sem detalhamento nos registros	10 (9,6%)	5 (4,8%)	$p=0,2673$

Fonte: Autores

Verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) em seis categorias, nas quais a frequência de identificação da demanda pelo psicólogo foi superior à identificação pelo médico. São elas: dificuldade de adaptação à internação; pouco suporte familiar e/ou social; acolhimento de familiar; baixa com-

preensão de diagnóstico, prognóstico ou tratamento; e problemas emocionais não relacionados à doença.

Em seguida, os dados foram avaliados pelo Coeficiente de Concordância de Kappa para medir o grau de concordância na avaliação das demandas. Os resultados estão registrados na Tabela 2.

Tabela 2

Teste de concordância entre as demandas identificadas por médicos e psicólogos em atendimento de interconsulta psicológica

Categoria analisada	Coeficiente de concordância Kappa (IC 95%)
Sintomas emocionais relacionados à doença	0,247 (0,060-0,434)
Adesão ao tratamento	0,368 (0,047-0,689)
Mudanças de estilo de vida	0,189 (0-0,620)
Dificuldade de aceitação da doença	0,069 (0-0,542)
Seguimento de doença psiquiátrica	0,370 (0-0,859)
Dificuldade de adaptação à internação	0,095 (0-0,431)
Pouco suporte familiar / social	0,437 (0,033-0,840)
Acolhimento de familiar	0,189 (0-0,509)

(continua...)

Tabela 2*(continuação)*

Categoria analisada	Coefficiente de concordância Kappa (IC 95%)
Baixa compreensão de diagnóstico, prognóstico ou tratamento	0,063 (0-0,443)
Problemas emocionais não relacionados à doença	0 (0-0,325) Erro = 0.166
Sem detalhamento nos registros	0,074 (0-0,545)

Fonte: Autores

O Coeficiente de Concordância de Kappa revelou um índice de concordância caracterizado como *ruim* ($k < 0,200$) em sete categorias, a saber: mudanças de estilo de vida; dificuldade de aceitação da doença; dificuldade de adaptação à interação; acolhimento de familiar; baixa compreensão de diagnóstico, prognóstico ou tratamento; problemas emocionais não relacionados à doença e sem detalhamento nos registros. A concordância é *leve* ($0,200 < k < 0,400$) em três categorias (sintomas emocionais relacionados à doença; adesão ao tratamento e seguimento de doença psiquiátrica) e *moderada* ($0,400 < k < 0,600$) em uma categoria (pouco suporte familiar e/ou social).

DISCUSSÃO

Em relação aos aspectos sociodemográficos dos pacientes atendidos neste período, observou-se que o perfil mais frequente foi de pacientes do sexo feminino, com mais de 50 anos e sem atividade profissional, semelhante ao encontrado em outros estudos⁶⁻⁹. O predomínio de mulheres em amostras psiquiátricas, especialmente com transtornos de humor, já foi relatado em estudos anteriores¹⁵ e essa prevalência pode, de certa maneira, enviesar a percepção dos profissionais de saúde no reconhecimento de demandas emocionais em populações femininas.

Com relação aos dados da especialidade de origem do P.I., houve predomínio de pacientes clínicos, especificamente com quadros crônicos. Foram levantadas algumas hipóteses para esse resultado. Inicialmente, os pacientes crônicos possuem mais comorbidades clínicas que demandam alterações de estilo de vida e medidas terapêuticas de longo prazo, muitas vezes de difícil compreensão ou adaptação. Por outro lado, o cuidado ao paciente cirúrgico é mais breve e focado em evento pontual por parte do profissional médico, o que pode dificultar o reconhe-

cimento de demandas e necessidade de intervenção psicológica. Ressalta-se, também, a quantidade de pacientes em fase de investigação diagnóstica, o que pode ser explicado pelo fato de o hospital ser de nível terciário, recebendo muitos pacientes com doenças específicas e pouco comuns na prática médica, que requerem mais tempo para o diagnóstico.

Sobre os tipos de demandas emocionais identificadas, os achados revelam que a demanda emocional mais prevalente foi a presença de sintomas de ansiedade ou depressão relacionados ao processo de adoecimento, o que também se observa em outros estudos da literatura. Em uma pesquisa documental realizada em hospital universitário da cidade de Campinas, Gazotti e Prebianch⁸ analisaram os motivos da solicitação de interconsulta psicológica em 67 registros e identificaram o humor depressivo em 32,83% e ansiedade em 28,36% dos casos.

Os transtornos de humor aparecem, de fato, como o maior problema psiquiátrico em amostras médicas em estudos de todo o mundo. IsHak et al.¹⁵ revisaram artigos publicados de 1990 a 2016 e identificaram que o índice médio de presença de depressão em pacientes hospitalizados foi de 33%. As taxas de ansiedade variam de 33% a mais de 60%, considerando amostras hospitalares com diferentes diagnósticos e tratamentos^{16, 17, 18}.

A ocorrência desses transtornos está relacionada não só às dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar (falta de privacidade, exposição a estímulos ameaçadores), mas também a preocupações financeiras e outras situações estressoras decorrentes do adoecimento¹⁹. Depressão e ansiedade se associam, também, a piores resultados funcionais dos tratamentos, pior saúde física geral e qualidade de vida, maior morbidade e mortalidade, e aumento de reinternações após a alta^{15,16,18}. Em função da alta prevalência e da influência negativa sobre os prognósticos, os transtornos psiquiátricos têm ganhado maior atenção de pesqui-

sadores em saúde e se ressalta a importância da identificação e do manejo de tais demandas no ambiente hospitalar.

A avaliação das demandas psicológicas do sujeito hospitalizado depende, em grande medida, do olhar clínico do profissional que está diante do paciente, sendo então fortemente influenciada pelos vieses relacionados à formação deste profissional. O presente estudo revelou algumas discordâncias fundamentais na percepção de médicos e psicólogos que estiveram diante dos mesmos pacientes. Ao menos parcialmente, essas discordâncias podem ser explicadas pela formação profissional que médicos e psicólogos recebem em sua graduação.

Notou-se nos documentos analisados que psicólogos relataram com maior frequência que o sofrimento emocional do paciente avaliado era decorrente de dificuldades na compreensão do diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Sabe-se que este fator é um importante gerador de ansiedade em pacientes hospitalizados e que intervenções psicoeducativas apresentam bons resultados na redução de sintomas ansiosos e depressivos neste contexto^{20,21}. É possível que, nestes casos, o médico responsável tenha identificado o sintoma ansioso e/ou depressivo, o qual justificou seu pedido de interconsulta psicológica. Entretanto, sua avaliação não alcançou as possíveis causas do sintoma e a baixa compreensão do paciente sobre seu quadro clínico não foi identificada.

Ressalta-se que a boa relação médico-paciente pode favorecer a expressão, por parte do sujeito doente, das dúvidas e inseguranças associadas ao tratamento e prevenir o surgimento dos sintomas psicológicos. Sendo assim, a adoção de linguagem clara e acessível, o oferecimento de espaço de escuta e expressão de dúvidas e a disponibilidade do médico para esclarecer as dúvidas dos pacientes se mostram fundamentais para a prevenção de distúrbios emocionais e a promoção de boa adesão dos pacientes aos tratamentos²². Comunicar-se bem possibilita ao profissional uma melhor identificação das necessidades e expectativas de seu paciente, facilitando sua regulação emocional, aumentando a precisão de diagnósticos e melhorando a satisfação do paciente em relação à sua saúde²³. Tais habilidades podem - e devem - ser promovidas durante a formação do profissional de saúde, em programas de desenvolvimento de habilidades sociais e de comunicação²⁴.

Observou-se, também, baixa concordância entre médicos e psicólogos na identificação de problemas relacionados à adaptação dos pacientes à internação e ao ambiente hospitalar. Mais uma vez, psicólogos identificaram esta demanda com maior frequência do que médicos e pode-se supor que, de maneira semelhante ao discutido anteriormente, somente os sinais de ansiedade e depressão decorrentes das dificuldades de adaptação tenham sido identificados pelos médicos solicitantes, cuja avaliação não alcançou as possíveis causas dos sintomas.

Vale notar que os sintomas emocionais, nestes casos, configuram demanda para atendimento psicológico no hospital. Entretanto, quando a origem é associada a questões específicas da hospitalização, como reação a estímulos aversivos presentes no ambiente ou dificuldades de ajustamento à rotina que se impõe no hospital, estes sintomas podem ser evitados ou manejados pela equipe de saúde, com estratégias que não são exclusivas do profissional da Psicologia²⁰. Por exemplo, cita-se flexibilização dos horários de higiene e refeições, mediação na comunicação entre pacientes que compartilham enfermarias coletivas e alterações do ambiente com a retirada de estímulos aversivos quando possível (como aparelhos que emitem sons ou luzes) e a disponibilização de estímulos que podem favorecer a estadia do paciente (televisão, livros).

Outra divergência interessante se refere aos problemas emocionais não relacionados à doença. Na amostra de P.I. analisados, não houve nenhum em que a principal demanda identificada pelo médico tenha sido essa, enquanto psicólogos avaliaram estes problemas em 26% dos casos. Compreender o processo saúde-doença com uma visão biopsicossocial inclui considerar o histórico de saúde mental dos pacientes, bem como abordar no escopo da investigação clínica outros aspectos da vida do sujeito, como relações familiares e situação social^{22,25}. Em pacientes com comorbidades crônicas, que representam a maior parte da amostra, isso se torna ainda mais fundamental, pois apresenta relação com as mudanças de estilo de vida e a adesão ao tratamento, na adaptação ao novo cenário com a doença³.

O aspecto familiar e social do processo de adoecimento se mostra muito importante, especialmente em pacientes hospitalizados. Aproximadamente 10% dos pacientes atendidos no período analisado apresentavam problemas relacionados ao

baixo suporte social e familiar, e em 22% dos casos o psicólogo considerou necessário intervir com o familiar acompanhante, no sentido de acolher suas demandas associadas ao cuidado do doente e os impactos desse adoecimento para a família.

O suporte social é tido como um fator de proteção contra distúrbios psiquiátricos em contextos médicos, bem como um facilitador de bom enfrentamento às doenças e promotor de boa qualidade de vida em pacientes hospitalizados²⁶⁻²⁸. Além disso, pode afetar a capacidade de autocuidado e, indiretamente, interferir nas respostas clínicas do paciente, como a ocorrência de novos eventos adversos e reinternações recorrentes²⁹⁻³¹. Sendo assim, o médico precisa estar capacitado para atuar como um mediador entre a equipe de saúde e a família, facilitando a transmissão de informações e a resolução de dúvidas, e como um detector de problemas como estresse do cuidador ou outras dificuldades ligadas às mudanças familiares decorrentes da internação, ou da própria enfermidade.

A atuação multiprofissional e os serviços de interconsulta apresentam grande potencial para promover um cuidado qualificado a todos esses aspectos do sujeito hospitalizado, promovendo benefícios para sua saúde física e mental e, também, benefícios institucionais, como a redução do tempo de internação e das taxas de reinternação⁶. Entretanto, a efetivação da interconsulta psicológica em hospitais gerais ainda enfrenta desafios: a formação de médicos e outros profissionais da saúde para o reconhecimento preciso de demandas de saúde mental, bem como a capacitação para o manejo de algumas demandas que exijam intervenções não exclusivas de psicólogos ou psiquiatras. Denota-se, também, a capacitação de psicólogos para atuarem em contextos médicos, em que os problemas emocionais se apresentam associados a manifestações físicas e os modelos de atuação da clínica tradicional nem sempre se mostram apropriados e efetivos^{32,33}.

No presente estudo, os registros da interconsulta no prontuário eletrônico do hospital foram a fonte de dados. Dessa forma, observou-se que questões relacionadas à sistematização e o registro dos atendimentos de interconsulta se colocam como dificuldades cotidianas nestes serviços. O detalhamento dos registros em prontuário é fundamental para garantir a qualidade do atendimento que, nesses casos, depende em grande medida da boa comuni-

cação entre profissionais solicitantes e consultores³⁴. Quando problemático, este pode ser um fator preditor de desfechos negativos na abordagem inicial ou no seguimento do paciente³⁵, como visto na categoria sem detalhamento nos registros. Neste sentido, medidas institucionais de capacitação e preenchimento de protocolos sistematizados para registro de atendimentos devem ser implementadas³⁶.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as demandas psicológicas identificadas por médicos e psicólogos em casos atendidos em um serviço de interconsulta psicológica de um hospital geral. A metodologia adotada permitiu, além da observação de aspectos comuns e divergentes entre a percepção dos profissionais, o levantamento dos problemas emocionais mais frequentes em uma amostra de pacientes adultos hospitalizados.

A interconsulta psicológica se mostra uma estratégia importante para promover atenção integral ao paciente, já que reúne saberes e perspectivas de diferentes profissionais das equipes de saúde. Destaca-se, para além disso, a necessidade de investir na formação médica e de profissionais da saúde para que esses profissionais saibam, de maneira efetiva, identificar problemas de ordem emocional, comunicar-se e relacionar-se bem com os pacientes, utilizar estratégias que minimizem os efeitos indesejáveis da hospitalização e observar aspectos da história individual dos pacientes que possam contribuir para o bom desfecho do tratamento. Também, mostra-se importante que a formação acadêmica instrumentalize os profissionais para o trabalho em equipe multiprofissional, o que requer habilidades de comunicação, sensibilidade e compreensão sobre a complementaridade dos saberes.

Por se tratar de um hospital-escola, deve-se considerar algumas limitações, como o fato dos profissionais (tanto solicitantes como consultores) estarem em processo de formação e a alta rotatividade da equipe responsável pelos casos, o que pode gerar problemas de comunicação. Ainda assim, os achados fornecem conhecimento relevante sobre um serviço de interconsulta psicológica, que se mostra uma alternativa viável para o trabalho multiprofissional dentro das unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. Rossi L, Santos MA dos. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicol Ciência e Profissão*. 2003;23(4):32-41.
2. Cherer E de Q, Quintana AM, Leite CT. Repercussões psicológicas do adoecer: um relato de atendimentos na nefrologia hospitalar. *Psicol teor práct*. 2012;14(1):66-73.
3. Williams DA. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol*. 2013;23(6):554-9.
4. Nahouraii MR, Karvetski CH, Brintzenhoff RA, Sachdev G, Evans SL, Huynh TT. Impact of multiprofessional rounds on critical care outcomes in the surgical trauma intensive care unit. *Am Surg*. 2019;85(1):15-22.
5. Leite MA, Vila V da SC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(2):145-50.
6. De Giorgio G, Quartesan R, Sciarma T, Giulietti M, Piazzoli A, Scarponi L, et al. Consultation-Liaison Psychiatry - From theory to clinical practice: An observational study in a general hospital. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):4-9.
7. Grassi L, Mitchell AJ, Otani M, Caruso R, Nanni MG, Hachizuka M, et al. Consultation-Liaison Psychiatry in the General Hospital: the Experience of UK, Italy, and Japan. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(6):1-9.
8. Gazotti TC, Prebianchi HB. Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. *Psicol - Teor e Prática*. 2014;16(1):18-30.
9. Santos NCA, Slonczewski T, Prebianchi HB, Oliveira AG, Cardoso CS. Interconsulta psicológica: Demanda e assistência em hospital geral. *Psicol em Estud*. 2011;16(2):325-34.
10. Wang J, Wang Q, Wimalaratne I, Menkes DB, Wang X. Chinese non-psychiatric hospital doctors' attitudes toward management of psychological/psychiatric problems. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1-8.
11. Morgan JF, Killoughery M. Hospital doctors' management of psychological problems - Mayou & Smith revisited. *Br J Psychiatry*. 2003;182(FEB.):153-7.
12. Hamdih M, Banihashem S, Beyraghi N, Abbasinejad M, Hagh-Ranjbar F. Physicians' attitudes toward integrating consultation-liaison psychiatric services in four major general hospitals in Tehran. *Gen Hosp Psychiatry [Internet]*. 2015;37(5):456-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.006>
13. Biasoli-Alves ZMM. A Pesquisa em Psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa; 1998. p. 135-57.
14. Silva R de S e, Paes ÂT. Por Dentro da Estatística: teste de concordância de Kappa. *Educ Contin Saúde einstein [Internet]*. 2012;10(4):165-6. Available from: [papers2://publication/uuid/3E5F4C37-E639-43D6-89C9-96597CA6AB40](https://www.revistas.usp.br/rmrp)
15. De Brito Venâncio Dos Santos G, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalence of common mental disorders and associated factors in urban residents of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2019;35(11).
16. IsHak WW, Collison K, Danovitch I, Shek L, Kharazi P, Kim T, et al. Screening for depression in hospitalized medical patients. *J Hosp Med*. 2017;12(2):118-25.
17. Gascón MRP, Ribeiro CM, Bueno LM de A, Benute GRG, Lucia MCS de, Rivitti EA, et al. Prevalence of depression and anxiety disorders in hospitalized patients at the dermatology clinical ward of a university hospital. *An Bras Dermatol*. 2012;87(3):403-7.
18. Gullich I, Ramos AB, Zan TRA, Scherer C, Mendoza-Sassi RA. Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(3):644-57.
19. Shoar S, Naderan M, Aghajani M, Sahimi-Izadian E, Hosseini-Araghi N, Khorgami Z. Prevalence and determinants of depression and anxiety symptoms in surgical patients. *Oman Med J*. 2016;31(3):176-81.
20. Mirani SH, Areja D, Gilani SS, Tahir A, Pathan M, Bhatti S. Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Hospitalized Patients. *Cureus*. 2019;11(2).
21. Gomes JA da L, Pergher GK. The cognitive behavior therapy before and after cardiac surgery. *Rev Bras Ter Cogn*. 2010;6(1):173-94.
22. Lemes CB, Neto JO. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicol*. 2017;25(1):17-28.
23. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet*. 2004;9(1):139-46.
24. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38-43.
25. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2007;11(23):624-7.
26. Trindade EMV, Almeida HO de, Novaes MRCG, Versiane ER. Resgatando a Dimensão Subjetiva e Biopsicossocial da Prática Médica com Estudantes de Medicina: Relato de Caso. *Rev Bras Educ Med*. 2005;29(1):48-50.
27. Tilburgs B, Nijkamp MD, Bakker EC, van der Hoeven H. The influence of social support on patients' quality of life after an intensive care unit discharge: A cross-sectional survey. *Intensive Crit Care Nurs [Internet]*. 2015;31(6):336-42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.002>
28. Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, Death Anxiety, and Social Support of Hospitalized Patients with Gynecologic Cancer and Their Caregivers. *Cancer Nurs*. 2018;0(0):1-8.
29. Li X, He L, Wang J, Wang M. Illness uncertainty, social support, and coping mode in hospitalized patients with

- systemic lupus erythematosus in a hospital in Shaanxi, China. *PLoS One*. 2019;14(2):1-11.
30. Arozullah AM, Lee SYD, Khan T, Kurup S, Ryan J, Bonner M, et al. The roles of low literacy and social support in predicting the preventability of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 2006;21(2):140-5.
 31. Chamberlain L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(8):753-61.
 32. Krampe H, Barth-Zoubairi A, Schnell T, Salz AL, Kerper LF, Spies CD. Social Relationship Factors, Preoperative Depression, and Hospital Length of Stay in Surgical Patients. *Int J Behav Med*. 2018;25(6):658-68.
 33. Gorayeb R, Guerrelhas F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Rev Bras Ter Comport e Cogn*. 2003;5(1):11-9.
 34. Carlos J, Ribeiro S, Pilar M Del, Dacal O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão The hospital institution and psychological practices in health public context: notes for thinking. *Rev SBPH*. 2012;15(2):65-84.
 35. Vasconcellos MM, Gribel EB, De Moraes IHS. Registros em saúde: Avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(SUPPL. 1):173-82.
 36. Alves CRL, De Lima Belizário Facury Lasmar LM, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, De Almeida Viana MR, et al. Quality of data on the Child Health Record and related factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):583-95.
 37. Strain JJ, Blumenfeld M. Challenges for consultation-liaison psychiatry in the 21st century. *Psychosomatics*. 2008;49(2):93-6.

CONTRIBUIÇÕES

- 1- Contribuição substancial no esboço do estudo ou na interpretação dos dados: G.R.J., R.T.N., M.A.R., F.A.F.M.
- 2- Participação na redação da versão preliminar: G.R.J., R.T.N., M.A.R.
- 3- Participação na revisão e aprovação da versão final: G.R.J., R.T.N., F.A.F.M.
- 4- Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo: G.R.J., R.T.N., M.A.R., F.A.F.M.

FINANCIAMENTO

Não houve financiamento para a realização do estudo.

AGRADECIMENTOS

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, pela participação na idealização do estudo e autorização para a coleta dos dados.

Autor Correspondente:
Renata Tamie Nakao
renatanakao@usp.br

Editor:
Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido em: 23/07/2021
Aprovado em: 04/04/2023
