

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA HOSPITALAR E  
PSICOSSOMÁTICA**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DO  
PSICÓLOGO HOSPITALAR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A  
SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM  
AMBIENTES MÉDICOS**

**LUIZ GONZAGA LEITE**

**São Paulo  
2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**LUIZ GONZAGA LEITE**

**PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DO  
PSICÓLOGO HOSPITALAR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A  
SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM  
AMBIENTES MÉDICOS**

Tese de Doutorado apresentada a Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica, no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, sob a orientação da Profa. Dra. Edna M. Peters Kahhale

**São Paulo  
2007**

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO  
HOSPITALAR: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A SISTEMATIZAÇÃO  
DA PRÁTICA DO PSICÓLOGO EM AMBIENTES MÉDICOS

Luiz Gonzaga Leite

**BANCA EXAMINADORA**

---

(Nome e assinatura)

---

(Nome e assinatura)

---

(Nome e assinatura)

---

(Nome e assinatura)

---

Profa. Dra. Edna M. Peters Kahhale  
Orientadora

Tese defendida e aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007.

Dedico este trabalho a minha mulher Cida , companheira e amiga de tantos anos e meus filhos Danielle e Thiago, frutos de nosso amor.

## AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Edna Maria P. Kahhale, pelo seu trabalho de orientadora, feito com muita dedicação e competência , pelo carinho e atenção a mim dispensados no período da elaboração deste trabalho.

Agradeço aos pacientes do Hospital Santa Paula que se prontificaram a participar desta pesquisa, visando um ampliar a discussão sobre o atendimento psicológico hospitalar, visando mais assertividade nos profissionais que a ele se dedicam.

A Diretoria do Hospital Santa Paula, na pessoa de seu Superintendente Médico Prof. Dr. Isaac Gil.

A Universidade de Santo Amaro, em especial ao Prof. Dr. Gilberto Ukita, por seu trabalho estatístico.

A UNISÃO PAULO – Universidades in company de São Paulo, e toda a sua equipe de professores e colaboradores que fazem parte do meu dia a dia profissional.

Aos professores que participaram da banca de qualificação, Prof. Dr. Antonio de Pádua Serafim, Profa. Dra. Ceres Alves de Araújo, Profa. Dra. Claudia Bruscajin Schwantes, Profa. Dra. Denise Gimenez Ramos e Profa. Dra. Elaine Soares Neves Lange, por todas as valiosas contribuições.

A Psicóloga Ana Paula Dias Pereira pela amizade e disponibilidade de troca de idéias na elaboração deste projeto.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas _____	vii
Lista de Figuras _____	viii
Resumo _____	x
Abstract _____	xi
Résumé _____	xii
Apresentação _____	01
I. O Psicólogo Hospitalar E Sua Atuação Em Ambientes Médicos _____	04
II. Algumas Considerações Sobre Fatores Protetores Da Resiliência, Formas De Avaliá-los E Possíveis Contribuições Para O Atendimento Psicológico Em Ambientes Médicos _____	13
III. O Psicólogo Atuando Em Ambientes Médicos: Caminhos Possíveis Para A Sistematização Da Prática _____	26
IV. Objetivos _____	36
V. Método _____	37
- Local de Realização do Estudo _____	37
- Amostra _____	38
- Instrumentos _____	41
- Procedimento _____	44
- Análise Estatística dos Dados _____	45
VI. Análise dos Dados _____	46
VII. Conclusões _____	72
Referências Bibliográficas _____	75
Anexos _____	82
Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____	83

Anexo II – Questionário de Identificação _____	84
Anexo III – Escala de Resiliência _____	85
Anexo IV – Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar	86
Anexo V – Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar	87
Anexo VI – Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável	89
Anexo VI – Autorização Hospital Santa Paula _____	90

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos sujeitos de acordo com o sexo _____	39
Tabela 2. Distribuição dos sujeitos de acordo com seu estado civil _____	39
Tabela 3. Distribuição dos sujeitos no que diz respeito a ser provedor ou não de sua família _____	40
Tabela 4. Distribuição dos sujeitos de acordo com a etapa do tratamento no momento da entrevista _____	40
Tabela 5. Distribuição dos sujeitos no que diz respeito ao prognóstico _____	40
Tabela 6. Distribuição dos sujeitos de acordo com o grau de complexidade de seu tratamento _____	41

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nuvem de Pontos da Escala de Resiliência _____	47
Figura 2. Clusters Resiliência (em %) _____	48
Figura 3. Clusters da Escala de Resiliência e Avaliação Familiar (em %) _____	49
Figura 4. Clusters da Escala de Resiliência e Intervenções (em %) _____	50
Figura 5. Clusters da Escala de Resiliência e Tipo de Técnica (em %) _____	51
Figura 6. Nuvem de Pontos de Manifestações Psíquicas e Comportamentais _____	52
Figura 7. Clusters Manifestações Psíquicas e Comportamentais (em %) _____	53
Figura 8. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Clusters da Escala de Resiliência (em %) _____	54
Figura 9. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Avaliação Familiar (em %) _____	55
Figura 10. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Intervenções (em %) _____	56
Figura 11. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Tipo de Técnica (em %) _____	57
Figura 12. Nuvem de Pontos de Queixas do Paciente _____	58
Figura 13. Clusters Queixas do Paciente (em %) _____	59
Figura 14. Clusters Queixas do Paciente e Clusters da Escala de Resiliência (em %) _____	60
Figura 15. Clusters de Queixas e Avaliação Familiar (em %) _____	61
Figura 16. Clusters de Queixas do Paciente e Intervenção (em %) _____	62
Figura 17. Clusters de Queixas e Tipo de Técnica (em %) _____	63
Figura 18. Nuvem de Pontos do Cruzamento de Manifestações Psíquicas e Comportamentais, Queixas do Paciente e Avaliação Familiar _____	65
Figura 19. Cluster Manifestações, Queixas e Avaliação Familiar (em %) _____	67

Figura 20. Clusters de Manifestações, Queixas e Avaliação Familiar e Clusters de Resiliência (em %) _____	68
Figura 21. Clusters de Manifestações, Queixas e Avaliação Familiar e Intervenções (em %) _____	69
Figura 22. Clusters de Manifestações, Queixas e Apoio Familiar e Tipo de Técnicas (em %) _____	70

LEITE, L.G. *Protocolo De Avaliação Da Intervenção Do Psicólogo Hospitalar: Uma Contribuição Para A Sistematização Da Prática Do Psicólogo Em Ambientes Médicos*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, São Paulo, 2007, xiii – 90p.

## RESUMO

Diante da necessidade emergente da promoção de uma sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos, o presente estudo teve como objetivo geral investigar através do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar, a adequação entre a demanda do paciente hospitalizado e a assistência psicológica prestada ao mesmo. Para tanto, participaram da pesquisa 312 pacientes internados em um hospital particular do município de São Paulo, de ambos os sexos e com idades variam entre 20 e 70 anos, aos quais foram aplicados um questionário de identificação, uma Escala de Resiliência e um Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar. Os instrumentos foram aplicados por seis psicólogos da equipe de Psicologia do hospital em questão, cujo Autor deste estudo é o Coordenador; sendo que, todos receberam treinamento da forma e maneira como deveriam proceder durante a coleta e assistência aos participantes do estudo. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa em questão assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado de acordo com as determinações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Com relação à demanda do paciente e o tipo de assistência oferecido pelo psicólogo, os dados coletados apontaram para uma dificuldade experimentada por este em discriminar qual paciente realmente necessita de algum tipo de intervenção, uma vez que, os grupos aqui considerados mais preservados, no que se refere ao nível de resiliência e ao índice de manifestações psíquicas e comportamentais, receberam mais cuidados por parte do psicólogo hospitalar do que os demais grupos. Considerando as análises realizadas, podemos argumentar que a utilização o Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar pode auxiliar o psicólogo hospitalar em sua coleta de dados junto ao paciente, uma vez que permite identificar a condição do paciente, no que diz respeito aos fatores protetores característicos da resiliência e, em consequência, possibilitar uma assistência psicológica mais adequada à demanda apresentada pelo mesmo. Acreditamos que o Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar apresentado neste estudo possibilita uma importante contribuição para as discussões referentes à necessidade de sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos e firmamos nosso compromisso em continuar aprimorando os resultados levantados neste estudo com o intuito de ampliar as contribuições para a sistematização da prática do psicólogo em ambientes hospitalares.

Palavras-chaves: Protocolo de Avaliação; Sistematização da Prática; Psicologia Hospitalar

LEITE, L.G. *Protocol for the Evaluation of the Intervention by the Hospital's Psychologist: a contribution for the systematization for the psychologist's practice in a medical environment*. Thesis (Doctoral). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, São Paulo, 2007, xiii – 90p.

## ABSTRACT

Because of the need to promote the systematization for the psychologist's practice in a medical environment, this study's main objective was to investigate through the Protocol for the Evaluation of the Intervention by the Hospital's Psychologist, the normalization between the hospitalized patient's demand and the psychological assistance served to the patient. For this purpose, 312 hospitalized patients of a private hospital from a certain county in São Paulo, of both sexes and ages ranging from 20 and 70 years old, participated by answering a questionnaire for identification, a resilience scale and a Protocol of Evaluation for the Clinical Psychologist's Intervention. The argumentations were applied by six psychologists from the psychology team of the hospital in question, whose author is the coordinator; with each receiving adequate training when collecting and assisting the study's participants. Those who accepted to participate in the research, signed the Term of Free and Clarified Consentment elaborated in accordance to the determinations seen in the Resolution 196/96 from the National Health Group. In regards to the patient's demands and the type of assistance offered by the psychologist, the data collected revealed a difficulty experienced by the psychologist when choosing which patient really needed some type of intervention, since the groups considered to be more reserved according to its resilience level and its psychic and behavioral manifestation, received more care from the clinical psychologist in comparison to the other groups. After contemplating the analysis, it is plausible that the use of Evaluation Protocol of the Clinical Psychologist's Intervention can assist the clinical psychologist to collect the patient's data, since it allows him to identify the patient's condition in regards to the protective factors that are characteristic of their resilience and consequently allowing a more adequate psychological assistance to the demand presented to the patient. We believe the Evaluation Protocol for the Clinical Psychologist's Intervention presented in this study allows an important contribution for the discussion about the necessity to systematize the psychologist's practice in the clinical environment. Our commitment to improve the results gathered in this study has been strengthened, aiming to broaden the contributions for the systematization for the psychologist's practice in a medical environment.

Key-words: Protocol for the Evaluation; Systematization for the Psychologist's Practice; Hospital's Psychologist

LEITE. L.G. *Protocole d'évaluation de la intervention du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical: une contribution pour la pratique systématique dans l'ambiants medical*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, São Paulo, 2007, xiii – 90p.

## RÉSUMÉ

Face à demande nécessaire de la promotion systématique de la pratique du psychologue dans l'ambiants medical, cet étude avait comme objectif general, rechercher par le moyen du protocole d'évaluation de la intervention du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical, ajuste entre demande à demande du patient hospitalisé et de l'assistance psychologique offri à lui. À propôs, ont participé de la recherche 312 patients d'une l'hôpital particuleur de le commune à São Paulo, tous les deux sexe, avec l'âges entre 20 et 70 ans, et ont apliqué un questtionnaire d'identification, une échelle du resiliéce et un protocole d'évaluation de la intervention du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical. Les instrument's ont appliqué pour six psychologues de l'equipe du Psychologie de l'hôpital en question, don't l'auteur de ce recherché est coordinateur. Les psychologues qui avont aidée, recevaient entraînement dans la même forme et manière pendant la collect et assistance à tous les participants de cette recherche. Les sujets qu'ont accepté participer de la recherche, ont signé deux voies de lè Term du Consentement Libre et Éclairé elabore d'accord avec les déterminations de la Resolution 196/96 du Conseille Nationale de la Santé. Par rapport à la demande du patient et le modele d'assistance a offri pour le psychologue, les données collecté montraient une difficulté pour discrimer quel patient vraiment besoin de quelque l'intervention, une fois que, que les groupes ici consideré plus preservé, dans le niveau du resiliéce et l'index du manifestations de la piqué et du comportement, recevoient plus aidée vers du psychologue qui traivaille dans l'ambiants medical en comparaison au les outres groupes. Sur le type de interventions realizé pour les psychologues dans cet études, nous avons identifié la psychotherapie bref appliqué à tous les patients, independent de la necessité de chacun. Sur les analyses realizée, nous pouvons argumenter que l'utilization du Protocole d'évaluation de la intervention du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical, peut identifier la condition du patient et ses caractéristiques du resiliéce et, en consequence, possibiliter une assistance psychologique plus convenable à demande. Nous creons que le protocole d'évaluation de la intervention du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical présente, dans cet étude, peut contribuer, pour les discussions, sur la pratique systematique du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical. Nous appuyons notre engagement en continuer perfectionner les resultats augmenté dans cet étude avec l'intention d'amplifier les contibutions pour la pratique systématique du psychologue qui travaille dans l'ambiants medical.

Mot-clé : Le Protocole d'évaluation; La Pratique Systématique ; La Psychologie dans l'ambiants medical.

## APRESENTAÇÃO

Atuo profissionalmente como Coordenador do Departamento de Psicologia do Hospital Santa Paula, no bairro de Vila Olímpia, na cidade de São Paulo; é uma instituição com capacidade para 240 pacientes cirúrgicos e clínicos internados, que são conveniados a planos de saúde diversos, dos atendimentos aos pacientes participa uma equipe de 20 estagiários de Pós Graduação em Psicologia Hospitalar da Universidade São Marcos (São Paulo).

Há 12 anos atendendo pacientes internados em hospitais, e desta vivência surgiu a necessidade da elaboração de um protocolo que possibilite a intervenção do psicólogo hospitalar, visando uma sistematização da prática hospitalar em ambientes médicos, uma vez que na maioria das intervenções psicológicas em hospitais não seguem uma sistematização que possa auxiliar no estabelecimento de foco de intervenção, e conseqüentemente produzir mais assertividade no atendimento psicológico .

No dia a dia hospitalar muitas vezes se atende o paciente uma única vez, e em alguns casos esse atendimento, por razões internas e ou emergenciais não passam de 10 minutos, dificultando ainda mais o estabelecimento de um foco de intervenção , deve-se ter em mente que o hospital é uma teia relacional: médico versus paciente, paciente versus equipe, familiares versus equipe médica, pacientes versus protocolos hospitalares, e tudo acontecendo em um espaço de tempo muito breve para que a saúde/vida possa ser mantida ou restabelecida.

A elaboração deste protocolo , poderá resultar em um instrumento que possibilite o direcionamento da assistência psicológica , proporcionando o alívio emocional mais efetivo e rápido ao paciente , familiares e equipe médica, ajudando a identificar as angústias e ansiedades , auxiliando o psicólogo a identificar e criar um espaço em todos possam falar

sobre seus medos e dúvidas, aliviando a tensão sempre presente nos casos hospitalares mais complexos.

Outra necessidade é que o psicólogo avalie como está inserida a doença na estrutura psíquica do paciente, quais os limites entre o real e o imaginário, as fantasias que estão em cena, pois a doença é inserida e se articula em cada um, tendo um significado particular para cada indivíduo, estas fantasias podem ser um fator complicador tanto nas intervenções como na recuperação do paciente.

Na atuação o psicólogo no hospital deve observar os doentes, seus familiares, e a atuação da equipe, e então de posse desses dados planejar seu atendimento psicológico e suas técnicas auxiliares. A atuação do psicólogo hospitalar também inclui a elaboração de relatórios dos atendimentos, que poderão ser mais precisos através do instrumento ora proposto.

A doença, em alguns casos, toma o paciente de surpresa, sendo que o mesmo necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia, o que nem sempre é fácil, além da ameaça da vida, com limites ou mesmo com a perspectiva de morte, observam-se regressões emocionais, negação da realidade ou apego afetivo a profissionais do hospital, ou mesmo uma dependência do pessoal, sendo mecanismos de defesa que devem ser trabalhados ou preservados dependendo do caso.

As rotinas diárias do paciente são interrompidas pela intervenção cirúrgica e medicamentosa, está presente na internação o medo de incapacidade ou morte, como a ameaça à sua integridade física. O paciente entra em contato com sua limitação, com sua dependência e impotência, quando identificados e trabalhados pelo psicólogo hospitalar podem aumentar a resiliência do paciente, gerando novas possibilidades de cura ou sobrevivência.

O instrumento poderá fornecer diretrizes ao psicólogo, de como e onde deverá atuar junto ao paciente no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela

ocorrência doença, que em alguns casos pode ser uma forma de linguagem, uma maneira de expressar as dores da alma.

O objetivo deste trabalho é possibilitar ao psicólogo hospitalar uma visão ampla do que está se passando com o paciente, não se detendo apenas nos sintomas orgânicos e emocionais, pois o psicólogo não é um classificador de doenças, sua função além de diagnosticar e classificar, é entender e compreender o que não está manifesto.

A humanização do atendimento hospitalar para ser eficaz depende de dados, de aspectos a serem observados e analisados, que tem início a partir da internação, até a orientação médica e a assistência global que o paciente recebe, fazendo parte o atendimento aos familiares.

O paciente tem necessidade de ser ouvido e atendido e, quando solicita auxílio e internação, tem o desejo de melhorar sua saúde. O psicólogo hospitalar precisa observar e escutar com paciência as palavras e os silêncios do paciente. É fundamental entender e saber interpretar também as atitudes e expressões, palavras, gestos e silêncios.

Pretendo através deste trabalho, estabelecer um protocolo que possa servir de ferramenta para intervenções psicológicas em hospitais, tanto para pacientes clínicos ou cirúrgicos, possibilitando a ampliação da percepção de aspectos psicológicos que devem ser trabalhados em uma intervenção do psicólogo hospitalar, resultando em um crescimento da eficácia de nosso trabalho, além de possibilitar uma qualidade de atendimento ao paciente internado.

*Luiz Gonzaga Leite*  
*- 2007 -*

# CAPÍTULO I

## O PSICÓLOGO HOSPITALAR E SUA ATUAÇÃO EM AMBIENTES MÉDICOS

A atuação do psicólogo hospitalar se diferencia muito da atuação do psicólogo clínico, pois, no contexto hospitalar precisa estar atento a todas as relações que o paciente desenvolve com a equipe multiprofissional, com ele mesmo e com a família, dentro de uma fragilidade física. É nessa teia relacional que as intervenções são realizadas e acontecem em um espaço de tempo muito breve, em geral, enquanto o paciente está hospitalizado (GARCIA, SOUZA e HOLANDA, 2005).

“A psicologia institucional aplicada aos hospitais se torna, a rigor, uma arma terapêutica muito eficaz, no sentido de que todo o hospital (sua estrutura) se transforma em si mesmo em um agente psicoterápico de grande eficiência, em profundidade e amplitude. E neste sentido se alcança organizar a psicoterapia a nível institucional e não ao da psicoterapia individual ou grupal” (BLEGER, 1984, pg. 60 e 61).

“A Psicologia tem importância em todas as situações relacionadas à saúde do ser humano, e o psicólogo, como um profissional da promoção da saúde, atua tanto na prevenção como no tratamento” (CAMPOS, 1995, pg 62).

Com o objetivo de verificar a diferença entre o atendimento psicológico em meio hospitalar e em consultório, Ribeiro (2005) realizou uma pesquisa onde concluiu que na atuação hospitalar o psicólogo tem um papel mais ativo, que vai, muitas vezes além do apoio psicológico realizado no consultório. O psicólogo hospitalar olha para o sujeito como um todo, como uma “pessoa” e não como uma “doença”, fazendo companhia e estando humana e “espiritualmente” presentes, pois, há momentos em que não só as palavras são importantes, mas sim a presença real e participativa.

O trabalho do psicólogo hospitalar dentro de uma instituição de saúde, condiz com a função de oferecer um suporte psicológico ao paciente internado. Entende-se como suporte psicológico na instituição hospitalar o uso de técnicas e procedimentos, advindos de construtos teórico-psicológicos, que auxiliam sensivelmente o paciente a compreender o seu universo psicológico; ou seja, compreender os conflitos nas principais esferas: pessoal ou intra e inter-relacionais que potencialmente podem influenciar o funcionamento psicológico (PINTO, 2004).

Segundo Campos (1995) o psicólogo hospitalar no relacionamento com o paciente, além da prática do bom senso do profissional da saúde, para maior eficiência, deverá utilizar e dominar os meios psicológicos, técnicos e científicos. Realizando interações em situações e oportunidades diversas, desenvolve um estilo próprio de comunicação no relacionamento com o paciente e seus familiares.

O psicólogo no hospital deve observar os doentes, seus familiares, a atuação das pessoas naquele lugar, informando-se do diagnóstico médico, do prognóstico e propedêutica, grau de risco de vida, previsão do tempo de internação e cuidados especiais requeridos naquele caso, para, então, planejar seu atendimento psicológico e suas técnicas auxiliares. A atuação do psicólogo hospitalar inclui a elaboração de relatórios dos atendimentos, uma vez que somente a partir dos mesmos é possível que se obtenha um *feed-back* do seu trabalho. Os relatórios devem obedecer à ética, sendo absolutamente sigilosos, técnicos e diferentes do que se poderia escrever em um prontuário médico (ALAMY, 2005).

A Hospitalização do paciente é um acontecimento que necessita de uma adaptação às mudanças no seu dia-a-dia, o que nem sempre é fácil, além da ameaça da vida, com limites ou mesmo com a perspectiva de morte. Em muitos casos, observam-se regressões emocionais, negação da realidade ou apego afetivo a profissionais do hospital, ou mesmo uma dependência do pessoal. Isto tudo ocorre pela ameaça que o paciente sente pela quebra da sua

rotina, ou pela intervenção cirúrgica e medicamentosa. Surge o medo de incapacidade ou morte, como a ameaça à sua integridade física. O paciente entra em contato com sua limitação, com sua dependência e sua impotência, o que pode levá-lo ou não a crescer emocionalmente, vendo a doença como uma tentativa de reequilíbrio (CAMPOS, 1995).

As informações sobre o estado do paciente são importantes, mas requer cuidado e atenção de como será feito, Campos (1995, pg 64 e 65) afirma:

“Às vezes não só as palavras são importantes, ou nem há palavras, mas sim a presença real e participativa é que tem efeito terapêutico. O ser humano nasce com a certeza de que vai morrer um dia, mas a morte é temida e vista como um tabu, como algo que nem se deve comentar. Frequentemente o psicólogo é chamado para expor a situação ao paciente ou aos familiares e, quando necessário, devemos falar sobre a possibilidade da morte, não se ocultando ou negando os acontecimentos pessoais”.

Os aspectos existenciais do paciente hospitalizado devem ser observados e compreendidos. É importante ter uma equipe multidisciplinar que atue na unidade hospitalar e o psicólogo é um elemento fundamental nessa equipe. O psicólogo deve estar familiarizado com os fundamentos da sociologia e da antropologia cultural, do uso e do significado das estatísticas médicas e da investigação científica de problemas médicos. Deve conhecer o significado dos princípios e técnicas de administração aplicados à saúde, ao bem-estar, necessitando também conhecer inclusive a patologia (CAMPOS, 1995).

O Psicólogo em sua tarefa institucional deve atender às ocorrências que envolvem as muitas tensões na equipe, conseqüentes do contato diário com os problemas da doença e da morte uma tarefa altamente ansiogênica (BLEGER, 1984).

Campos (1995), recomenda ao psicólogo hospitalar que contribua com a equipe de profissionais de saúde, propiciando condições e oferecendo retaguarda, para que esses profissionais possam elaborar os sentimentos frente à doença e a morte, pois estas questões acionam aspectos de cada um, através da história particular. Por diversas maneiras, inclusive pelas interconsultas psicológicas, tornando-se possível a aprendizagem inter-relacional.

“O psicólogo precisa ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente. A leitura “apenas” do sintoma orgânico não permite uma abertura para o paciente, pois o psicólogo não é um classificador de doenças. Além de diagnosticar e classificar, vai ter de entender, compreender o que não está manifesto” (CAMPOS, 1995, pg. 668 e 69).

Em estudo realizado por Tonetto e Gomes (2007) sobre a prática do Psicólogo Hospitalar em equipe multidisciplinar concluiu-se que atualmente os serviços de saúde contam com um conjunto diversificado de profissionais em condições de oferecer atendimentos de altíssima qualidade. A articulação desses atendimentos em equipes multidisciplinares sistematiza o trabalho, melhora os resultados e reduz os custos. A clareza que cada profissional tem de suas funções e a habilidade para comunicar-se com os outros profissionais são fatores preponderantes para a apropriação gradativa e segura da ação multidisciplinar. O interesse pelo trabalho psicológico em hospitais vem crescendo e a Psicologia, como ciência, está preparada para contribuir de modo eficiente e seguro. A ação multidisciplinar, apesar dos desafios, apresenta-se como uma forma promissora e irreversível de atendimento na área da saúde.

Almeida (2000) concluiu em seu estudo sobre o psicólogo no hospitalar geral que ao fazer parte da equipe de saúde o psicólogo, deve favorecer o funcionamento interdisciplinar, facilitando, quando necessário, a comunicação entre seus membros. O trabalho do psicólogo junto ao paciente é bastante específico, atuando de forma situacional, no sentido não só da resolução de conflitos, mas também da promoção de saúde.

Fossi e Guareschi (2004, pg. 2) demonstram em seu estudo o papel do Psicólogo Hospitalar junto às equipes multidisciplinares:

“O trabalho da psicologia nas equipes multidisciplinares deve ser tomado como algo mais complexo, merecendo uma discussão também complexa que, no mínimo, consiga ser problematizadora de questões contemporâneas que envolvem essas práticas psicológicas sobre doença e saúde. Não há exercício profissional que dispense uma perspectiva de sujeito e de realidade. Em toda prática psicológica existe a necessidade dessa discussão, e ações que constituam o

trabalho da psicologia. Assim, para o profissional da psicologia, não estão restritas somente as atividades concernentes à saúde mental; todo o trabalho que seja exercido no campo de trato da coletividade com a finalidade da promoção do bem-estar e da saúde e que seja possível o trabalho da psicologia serão de interesse, ou seja, o profissional da saúde também deve estar presente na formulação, organização e desenvolvimento das políticas públicas e sociais de saúde”.

Para Campos (1995) o psicólogo precisa entrar na produção da saúde e não da doença, a sua formação deverá envolver estratégias clínicas e valoração do trabalho. Deve conhecer em que lugar está no organograma da instituição, deve estar preparado no aspecto técnico-teórico. O psicólogo deve trabalhar com o sintoma, com o processo de encaminhamento, com relação interpessoal e deve descobrir quem ele é para o paciente e para os profissionais com os quais se relacionam profissionalmente.

O Psicólogo Hospitalar deverá atuar junto ao paciente no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela ocorrência do fenômeno da doença. Deve basear-se numa visão humanística com atenção especial aos pacientes e seus familiares. Para a psicologia hospitalar o ser humano é considerado na sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos definidos e respeitados (SANTOS e SEBASTIANI, 1996).

O paciente precisa relatar sobre a sua doença, do assunto que parece ser proibido. O paciente não precisa de distração, mas sim de compreensão e da possibilidade de exprimir suas angústias, seus medos, falando diretamente do assunto, na história da doença (CAMPOS, 1995).

“Muitas vezes aparece à negação, mecanismo de defesa contra a dor, tentativa de evitar o encontro com uma verdade capaz de trazer muito sofrimento. Pode a negação propiciar distúrbios de sono, agitação, fala compulsiva. É necessário estar atento ao desejo, às necessidades do paciente, estimulando-o a falar, se é disso que precisa, ou deixando-o calar, caso necessite” (CAMPOS, 1995, pg. 69).

O psicólogo hospitalar deverá oferecer assistência psicológica que proporcione o alívio emocional ao paciente e aos familiares, sendo que, muitas vezes, a ajuda a ser oferecida implica uma mobilização de forças, em que a angústia e ansiedade estão presentes. É fundamental discutir com o paciente sobre a sua doença e relatar sobre as implicações em sua vida: a origem, o desenvolvimento e o tratamento da doença. Também é necessário que o psicólogo avalie como está inserida a doença na estrutura psíquica, quais os limites entre o real e o imaginário, as fantasias que estão em cena, pois a doença é inserida e se articula em cada um, tendo um significado particular. A doença pode desencadear culpabilidade, regressão e depreciação de si mesmo, marcando uma ruptura na história pessoal. Cada sujeito tem uma história singular, viverá a internação de uma maneira peculiar. Assim é necessário que o psicólogo conheça esses aspectos particulares de cada paciente, para poder oferecer a assistência adequada, trabalhando com a subjetividade a partir do que for objetivado. O paciente quando se percebe compreendido sente-se mais seguro, amparado, aceito e assistido como um todo, sendo capaz de entender sua doença no aspecto fisiológico como nas implicações emocionais, consciente do que é real e do que são fantasias. (CAMPOS, 1995).

Campos (1995, pg.69), afirma que o psicólogo tem um papel importante como profissional da saúde na instituição hospitalar, tendo na humanização hospitalar uma importante contribuição:

“Humanizar o atendimento é socorrer as circunstâncias e necessidades do outro, assim como tornar mais humanas as condições de trabalho do pessoal hospitalar. O paciente, apesar de condicionado e limitado pela doença, permanece livre e deve ser tratado como responsável pela própria saúde”.

Na instituição hospitalar a humanização do atendimento abrange a partir da indicação da internação, até a orientação médica e a assistência global que o paciente recebe, fazendo parte o atendimento aos familiares, “é a efetivação de uma concepção de vida em que o

respeito a um paciente e a sua família induz a uma forma de atendimento que implica um reconhecimento dos direitos humanos, sim, mas tornando o paciente e seus familiares co-responsáveis nesse processo de atendimento.” (CAMPOS, 1995, pg. 77).

“Humanização remete a uma ação que valorize o respeito ao paciente, à qualidade do cuidado prestado e à atenção e adaptação de sua ação à necessidade do outro. Neste sentido, a humanização deve iniciar com a chegada do paciente, acompanhante ou visitante ao hospital, ou seja, a humanização começa pela recepção” (DIAS et.al, 2007, pg. 1).

Atualmente as instituições hospitalares consideram o trabalho do psicólogo em enfermarias, ambulatórios e unidades de atendimento, em nível de apoio individual ou em grupos, baseado no aqui e agora, ou seja, no momento vivido pelo paciente, com o objetivo de realizar um atendimento humanizado e global (SANTOS e SEBASTIANI, 1996).

“O Psicólogo na instituição procura ser o intermediário psicológico, buscando atingir a compreensão das relações entre profissionais, entre profissionais/paciente e profissionais/família, pois muitas vezes a angústia ou a depressão do doente refere-se à destruição do corpo, sofrimento, invalidez, medo à internação, constituindo, então, dificuldades na relação médico/paciente. Não se deve esquecer que tal atitude tem como referencial a história da vida do paciente” (SANTOS e SEBASTIANI, 1996, pg. 173).

O paciente tem necessidade de ser ouvido e atendido e, quando solicita auxílio e internação, tem o desejo de melhorar sua saúde. O psicólogo hospitalar precisa observar e escutar com paciência as palavras e os silêncios do paciente. É fundamental entender e saber interpretar também as atitudes e expressões, palavras, gestos e silêncios (CAMPOS, 1995).

Pinheiro (2005) observou em sua pesquisa sobre a importância da psicologia para humanização hospitalar que atualmente a atuação dos profissionais em instituições hospitalares é de proporcionar um atendimento mais humanizado. Um novo olhar pode ser percebido com muita clareza. A escuta ao paciente já é tão importante quanto à prescrição de um medicamento. As famílias são vistas como colaboradoras no processo de recuperação do paciente, sendo convidadas a participar de reuniões e palestras promovidas pela Instituição e

interagindo com o tratamento. Observa-se também uma preocupação de inclusão do paciente, sem torná-lo estigmatizado pela enfermidade, permitindo-o participar do seu processo de recuperação. Quanto ao atendimento infantil, muitos hospitais oferecem uma brinquedoteca, onde a criança através do lúdico pode amenizar a sua hospitalização e o seu sofrimento, permitindo-as contato com recursos audiovisuais e literários. Observou-se o reconhecimento da atuação do psicólogo no contexto da Humanização Hospitalar, e a importância da participação em equipe inter e multidisciplinares.

Ferreira (2001, pg.06) observou em seus estudos algumas mudanças no contexto Hospitalar:

“Ultimamente podemos observar algumas mudanças importantes no espaço e na rede de relações existentes nos hospitais. Despertou-se para a preocupação com a modulação dos espaços internos e externos, no sentido de manter a continuidade dos laços e dos fluxos. O conforto e os estímulos estéticos passaram a ser valorizados. Também a presença dos familiares junto à criança e ao idoso internados, já são uma realidade de direito, embora, nem sempre, de fato. A psicologia trouxe contribuições para estas melhorias, seja através de suas pesquisas - mostrando os danos de certas rupturas afetivas e do isolamento - seja pelas práticas diárias desenvolvidas nas instituições hospitalares, nas últimas décadas”.

Para Campos (1995) a imagem corporal do paciente é um outro aspecto trabalhado pelo psicólogo hospitalar. Os pacientes, com diferentes tipos de prejuízos físicos, mutilações, amputações, perturbações gastrintestinais, manifestações psicossomáticas, são influenciados não apenas pela natureza da doença e da concepção que o paciente tem de suas causas, mas também pelas decorrências secundárias ou indiretas, como restrições das atividades habituais, necessidade de medicação e dietas alimentares ou regimes, intervenção cirúrgica e hospitalização. Cada paciente elabora a imagem de seu próprio corpo ao seu modo, acentuando ou modificando as diferentes partes em função de suas vivências anteriores e presentes. A imagem corporal é construída, na grande maioria, tendo como referência o corpo

de outros sujeitos e a qualidade de relacionamento entre elas. Também é trabalhado esse aspecto com o paciente no que se refere à sua assistência.

Dentre as ações do psicólogo hospitalar o atendimento a pacientes terminais é de fundamental importância, segundo Kubler-Ross (1998, pg. 275):

“O paciente em fase terminal tem necessidades muito especiais que podem ser atendidas, se tivermos tempo para nos sentar, ouvir e descobrir quais são. Contudo, o mais importante talvez seja deixarmos perceber que estamos prontos e dispostos a partilhar algumas de suas preocupações. O trabalho com o paciente moribundo requer uma certa maturidade que só vem com a experiência. Temos de examinar detalhadamente nossa posição diante da morte e do morrer, antes de nos sentarmos tranqüilos e sem ansiedades ao lado de um paciente em fase terminal”.

O Psicólogo hospitalar diante de um paciente em fase terminal, deverá tentar através de suas palavras e ações, fazer com que o paciente sinta segurança, ou seja, que o psicólogo não vai sair correndo se for dito o termo morrer. O paciente entenderá e se abrirá, ou fará com que o psicólogo perceba que a mensagem o agrada, embora não seja o momento adequado. O paciente deixará que o psicólogo perceba quando ele estiver disposto a falar sobre os seus anseios e garantirá que retornará no momento oportuno (KUBLER-ROSS, 1998).

Segundo Kubler-Ross (1998) o psicólogo hospitalar deverá dar assistência aos familiares dos pacientes em fase terminais, se não ocorrer essa assistência não será possível ajudar o paciente com eficácia. A família desempenha um papel importante no período da doença, suas reações muito auxiliam para própria reação do paciente.

Campos (1995), afirma que o psicólogo hospitalar tem uma atuação ampla no atendimento às necessidades do paciente e dos seus familiares, mas é necessário que além de compreender o outro, o psicólogo deve ter trabalhado em si os seus aspectos existenciais, seus questionamentos e suas limitações.

Segundo Santos e Sebastiani (1996) a assistência do psicólogo hospitalar junto ao paciente, equipe e família depende da boa estruturação pessoal desse profissional.

## **CAPÍTULO II**

### **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE FATORES PROTETORES DA RESILIÊNCIA, FORMAS DE AVALIÁ-LOS E POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES PARA O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM AMBIENTES MÉDICOS**

Na Física, há muito se percebeu que determinados materiais possuem uma propriedade elástica: sob pressão, alteram suas formas e, cessada a mesma, retornam à condição original. Tal efeito é denominado resiliência e tem sido utilizado para determinar a qualidade de resistir de forma elástica e sem danos às pressões externas.

Em obras clássicas de referência encontram-se definições mais específicas sobre tal termo.

O Dicionário Aurélio (2000) define resiliência como a propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica. Seria algo como a habilidade de retomar a forma original, a posição inicial, após ser encurvado, comprimido, esticado. Já o *Randon House Webster's Dictionary* (1999) transporta tal conceito para a área da saúde e define resiliência como a habilidade de recuperar-se rapidamente de uma doença, depressão ou algo semelhante.

Junqueira e Deslandes (2003) ao reverem a literatura da área de resiliência afirmam que, no que se refere ao ser humano, a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas sim a superação frente a uma dificuldade considerada como um risco e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ ou traumáticas. Dessa maneira, falamos de uma capacidade de sair-se bem diante de fatores potencialmente estressores.

Segundo Moraes e Rabinovich (1996), o conceito de resiliência tem sido usado pelas ciências humanas de modo descritivo e explicativo. Enquanto conceito descritivo é usado como oposto de vulnerabilidade, uma possibilidade de flexibilidade interna no trato com as adversidades externas. Já como conceito explicativo seria uma qualidade a ser detectada no ambiente ou no indivíduo.

O indivíduo resiliente não apresenta transtornos psiquiátricos ou mentais quando submetidos a fatores de risco, traumas, estressores ou catástrofes da natureza. Ao contrário, ele se recupera psicologicamente e não se torna vítima, exatamente por apresentar a capacidade de resiliência. Portanto, diferente da Psiquiatria que sempre se ocupou da patologia, seus sintomas, etiologia e prevenção, o estudo sobre a capacidade de resiliência se ocupa com os casos que não adquirem transtornos psiquiátricos, apesar de serem previsíveis devido à situação de risco que enfrentam ou enfrentaram (GRUNSPUM, 2002).

Uma expressão utilizada anteriormente a resiliência foi *invencibilidade* ou *invulnerabilidade*, que segundo Werner e Smith (1992), foram conceitos estabelecidos pelo psiquiatra infantil E. L. Anthony, para descrever crianças que seriam totalmente imunes a qualquer tipo de desordem, independente das circunstâncias. Estas crianças, apesar de longos períodos de adversidade e estresse psicológico, apresentavam excelente saúde física e competência emocional.

Para Rutter (1985) a resiliência não pode ser entendida como um atributo nascido com a criança ou adquirido durante seu desenvolvimento, mas sim como um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que ocorrem em um tempo, dadas certas combinações benéficas de atributos da criança, da família e do ambiente social e cultural. Neste sentido, a resiliência seria o desenvolvimento normal sob condições adversas, sendo que as pessoas dotadas desta habilidade possuem, quando submetidas ao sofrimento, uma capacidade de sobrepor-se a tais situações.

Moraes e Rabinovich, (1996) ao analisarem a literatura concluem que os indivíduos são resilientes quando possuem a capacidade de experimentar a total extensão dos sentimentos humanos em todos os níveis de desenvolvimento.

Para Grunspum (2002 p. 163).

“Ser resiliente sempre é consequência dos fatores de risco, de sua intensidade e duração, e dos fatores de proteção que o indivíduo possui. A criança é mais resiliente que o adulto. A resiliência pode ser parcialmente inata mas, conhecendo os fatores de proteção, podemos também desenvolver resiliência nas crianças.”

Sobre este aspecto do conceito de resiliência Junqueira e Deslandes (2003, p. 228) escrevem:

“essa capacidade seria adquirida nas relações que restabelecem vínculos afetivos e de confiança, como também seria proveniente das características pessoais dos indivíduos que lidam melhor com as adversidades e extraem algum aprendizado diante do problema, conseguindo desenvolver comportamentos “adaptados” ao que é esperado pela sociedade.”

Engelan (1991) e Sameroff (1991) consideram que o número de fatores de risco na adversidade é mais importante para o potencial de resiliência de um indivíduo do que a espécie de adversidade.

Garnezy e Masaten (1994) identificaram três fatores de proteção em indivíduos, (1) características individuais, como auto-estima, inteligência, capacidade de resolver problemas e competência social; (2) apoio afetivo transmitido pelas pessoas da família, através de um vínculo positivo com os cuidadores; (3) apoio social externo, provido por outras pessoas significativas, como escola, igreja e grupos de ajuda .

Seguindo a mesma linha de pensamento, Lindstrom (2001) apresentou um conceito de resiliência construído a partir de quatro componentes: fatores individuais (genética, idade, fase do desenvolvimento, sexo, constituição, experiência de vida e histórico de vida), contexto ambiental (suporte social, classe social, cultura e ambiente), acontecimento ao longo da vida, e fatores de proteção. Esses componentes unem-se para formar um banco de recursos, que

pode proteger o indivíduo contra danos e assim promover um bem-estar geral. O valor deste banco de recursos está na capacidade do sujeito de utilizá-lo em situações potenciais de risco.

Garcia (2001) também definiu a resiliência como a capacidade que os indivíduos tem de superar os fatores considerados de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados.

Portanto, pode-se perceber que as definições sobre resiliência que existente na literatura dizem respeito a dois tipos de respostas adaptativas: 1) manutenção do desenvolvimento normal, apesar da presença de ameaças ou riscos internos e externos, e 2) recuperação pós-estresse traumático ( STAUDINGER, MARSISKE E BALTES, 1995).

A resiliência diferente da invulnerabilidade não é considerada como um traço, ao contrário, a resiliência do indivíduo modifica-se nas transações com circunstâncias e desafios específicos (MAGNUSSON E OHMAN, 1987). Conseqüentemente, a resiliência demonstrada em uma determinada situação não necessariamente mantém-se no tempo, nem se generaliza para outras circunstâncias e outros desafios. O grau de resiliência de um indivíduo é considerado como função de fatores protetores (internos e externos) que mudam a resposta do indivíduo a algumas circunstâncias ambientais que normalmente resultam em produtos mal-adaptativos (STAUDINGER, MARSISKE E BALTES, 1995).

Durante os últimos anos, vários pesquisadores acompanham indivíduos e comunidades que, ao passarem por adversidades, não apenas apresentam comportamentos diferentes, mas alguns deles demonstram capacidade de resistir a situações de forte estresse sem apresentar danos perceptíveis.

Demonstrou-se mais recentemente que existiam muitas crianças que conseguiram desenvolver-se normalmente, apesar das adversidades extremas em seu ambiente, não sendo apenas uma questão de qualidade e quantidade de eventos de vida, mas sim uma questão de fatores relacionados com o próprio indivíduo. Estes fatores levaram ao conceito de crianças

invulneráveis, isto é, crianças que eram constitucionalmente tão fortes que conseguiram agüentar qualquer pressão externa, portanto, seriam pessoas que Block (1991) nomeou de sobreviventes.

Desta forma, Staudinger, Marsiske e Baltes (1995, p.198) consideram que a resiliência se traduz em tipo de potencial para a manutenção e ou recuperação dos níveis de adaptação normal, independente do tipo de adversidade enfrentada. Trata-se de uma espécie de recurso latente que pode ser ativado de acordo com a necessidade vigente.

Diante de tal panorama, Grotberg (1995) afirma que resiliência pode ser definida como sendo a capacidade universal que permite a um indivíduo, comunidade ou grupo se reestruturar, minimizando ou superando os efeitos nocivos da adversidade.

Outros estudos sobre o conceito de resiliência (BOUVIER, 1999; CYRULNIK, 1999; GUEDENEY, 1999; HYANAL, 1999; LINDSTROM, 2001; MANCIAUX, 1999; POILPOT, 1999; SILBER & MADDALENO, 2001) enfocam o caráter de “superação” do trauma vivido. Tais pesquisadores consideram que a experiência aversiva não seria “apagada”, mas sim “elaborada simbolicamente”, fazendo parte da biografia do indivíduo ou grupo que poderia dar subsídios para seu fortalecimento frente de novas situações.

Guimarães e cols., (2003) discutem ainda que a resiliência não pode ser considerada como uma questão simplesmente psicológica, devendo também ser levado em conta seu componente físico, uma vez que se faz necessário que os processos fisiológicos do corpo humano ativados pelo estresse funcionem bem nas variadas situações. Portanto, tais autores a partir da análise de literatura concluem que a resiliência poderia ser definida como um conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para que as pessoas superem com sucesso as mudanças ocorridas em suas vidas.

Junqueira e Deslandes (2003) entendem que a resiliência não é um processo estanque nem linear, visto que a pessoa pode se apresentar como resiliente frente determinada situação

mas, posteriormente, não o ser frente à outra. Nesse sentido, não podemos falar de indivíduos resilientes, mas de uma capacidade do sujeito de, em determinado momento e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela.

Desta forma, Junqueira e Deslandes (2003, p.230) defendem

“que o conceito de resiliência traduz conceitualmente a possibilidade de superação num sentido dialético, isto é, representando um novo olhar, uma re-significação do problema mas que não elimina, pois constitui parte da história do sujeito. O caráter contextual e histórico da resiliência se expressa seja do ponto de vista biográfico, seja do conjunto de interações dadas numa cultura determinada”.

Várias pesquisas mostram que atualmente os aspectos do meio ambiente devem ser considerados para a compreensão dos processos adaptativos das pessoas no decorrer de suas vidas (MASTER E COATSWORTH, 1995; RUTTER, 1996; CECCONELLO E KOLLER, 2000).

Encontram-se entre eles os fatores de proteção e de risco, que estão relacionados com os eventos de vida, recursos, disposições ou demandas e que podem proteger o indivíduo de eventos estressantes e (ou) levá-los a desencadear patologias (CECCONELLO E KOLLER, 2000).

Os fatores de proteção são encontrados na interação com os fatores de riscos e se distinguem como características potenciais na promoção de resiliência.

Em situações de estresse o conjunto destes fatores, colabora como um recurso que ajuda o indivíduo a interagir com os eventos da vida e alcançar bons resultados, evitando conseqüências negativas. Assim, a competência social é observada como característica individual que leva em conta a interação entre o indivíduo e a família e outras pessoas significativas (CECCONELLO E KOLLER, 2000).

Para Garmezy (1996) resiliência pode ser definida a partir da compreensão das conseqüências da exposição de adultos e crianças a fatores de risco: alguns podem desenvolver problemas, outros podem superar as adversidades, adaptando-se ao contexto.

Vulnerabilidade refere-se a uma predisposição individual que potencializa os efeitos de um evento estressor (GARMEZY E MASTEN, 1994).

Job (2000) atenta para o fato de que a maior parte dos estudos sobre resiliência tem como foco as crianças. Muitos destes estudos procuram entender como as crianças que cresceram em circunstâncias adversas conseguem se tornar adultos saudáveis sem graves desequilíbrios psicológicos (Cecconello e Koller, 2000).

Garcia (2001) descreve que crianças em situação de risco utilizam a resiliência de três formas:

- a) Resiliência emocional: experiências positivas levam a sentimentos de auto-eficácia, autonomia e auto-estima, capacidade para lidar com mudanças e um repertório amplo de abordagens para a solução de problemas.
- b) Resiliência acadêmica: a escola propicia o fortalecimento de habilidades de resolução de problemas e a aprendizagem de novas estratégias, bem como a capacitação de professores para auxiliar estudantes com dificuldades.
- c) Resiliência social: sentimento de pertencer a um grupo de amigos, relacionamentos íntimos, bom vínculo com a escola, supervisão dos pais e familiares, estrutura familiar, bem como modelos sociais que promovam uma aprendizagem construtiva nas situações (familiares e escolares) e equilíbrio entre as responsabilidades sociais e as exigências para se obter determinados benefícios.

Zimmerman e Arunkumar (1994, p.9) acrescentam ainda que “ao contrário da resiliência, vulnerabilidade caracteriza-se por respostas mal-adaptadas que resultam em conseqüências negativas para o desenvolvimento psicológico”.

Nos estudos de Cecconello e Koller (2000) sobre a competência social e a empatia de crianças em situação de pobreza pode-se destacar a importância desses dois fatores para o desenvolvimento de estratégia para a adaptação a situações adversas, favorecendo a

resiliência e reduzindo a vulnerabilidade. Uma forma de minimizar os danos causados pelas adversidades é trabalhar no sentido de aperfeiçoar os recursos disponíveis, em nível individual e ambiental, e proporcionar situações nos mais variados contextos (familiar, escolar entre outros) para o desenvolvimento de características como empatia e competência social, assim como oferecer condições para o estabelecimento de uma rede de apoio social.

Para Moraes e Rabinovich (1996) a inteligência e a capacidade de resolver os problemas, bem como autonomia, boa auto-estima, empatia, desejo e capacidade de planejamento e senso de humor são características do funcionamento psicológico da criança considerada resiliente que ajudam na proteção contra o estresse.

Segundo Beardslee (1989) as primeiras experiências infantis fundamentadas em relacionamentos de confiança com a família, ou com quem ocupe tal papel, possibilitariam o desenvolvimento da resiliência. Da mesma maneira que os relacionamentos atuais fundamentados em confiança e aceitação estimulariam, independente da idade cronológica, o estabelecimento da resiliência.

Segundo Garcia (2001) as crianças resilientes apresentam um temperamento mais flexível, senso de que possuem capacidade suficiente para modificar seu ambiente e acreditam que novas situações ou mudanças representam uma oportunidade para melhorarem e se adaptarem, ao invés de perderem a esperança e expectativa.

Moraes (1996) argumenta que a resiliência como algo necessário para a criança minimizar os efeitos negativos da adversidade e maximizar a sua habilidade para funcionar em um mundo complexo e potencialmente hostil.

Arrais (1999) realizou uma pesquisa junto a 10 crianças entre seis e doze anos, em que buscou compreender e descrever a experiência de sobreviver ao câncer na infância, identificando a qualidade da reinserção e adaptação das crianças sobreviventes à vida cotidiana após tratamento oncológico. Todas as crianças receberam diagnóstico de tumor

maligno, confirmado com biópsia, e foram submetidas a tratamento oncológico (radioterapia, quimioterapia ou cirurgia). Para a coleta dos dados foram utilizados o Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE-C), o Inventário de Depressão Infantil (CDI) e dois roteiros de entrevista (um para a criança e outro para os pais). Os resultados obtidos através das escalas psicométricas não revelaram escores altos de ansiedade e depressão. No relato das crianças pode-se perceber o predomínio de referências positivas, indicando que as mesmas têm mais facilidades (59,4%) do que dificuldades (40,6%) ao lidar com sua vida atual, sendo que a concentração de facilidades está associada à qualidade de relacionamento interpessoal, atividade de lazer e atividade escolar. A partir dos discursos dos pais verificou-se que os pais têm dificuldade de adaptação durante este período, percebendo a sobrevivência como provisória, em função da possibilidade de recidiva. Esta insegurança leva a uma preocupação excessiva quanto à saúde dos filhos e inibe a projeção de planos futuros para a família.

De modo geral, pode-se perceber que a experiência de sobreviver ao câncer na infância implica na capacidade de conviver com o paradoxo de estar curado, mas poder desenvolver um câncer do mesmo tipo histológico, ou de outro tipo, com maior probabilidade que um indivíduo do restante da população. O modo de enfrentar esta ameaça constante é que parece determinar a qualidade de adaptação e reinserção do sobrevivente à família.

De Antoni e Hoppe (1999) investigaram a questão da resiliência familiar. Definiram o construto de resiliência familiar como um processo de desenvolvimento diferenciado para cada família, de acordo com uma perspectiva temporal, evolutiva e dentro de sua visão de mundo (forma como a família interpreta a realidade, interagindo com o meio ambiente e possuindo uma crença existencial de terem seu lugar no mundo). Os elementos básicos na resiliência familiar seriam o processo de coesão, a flexibilidade, a comunicação aberta, a busca de solução de problemas de forma compartilhada e sistemas de crenças positivas, sendo que o otimismo e esperança seriam os elementos da resiliência que favorecem a família na

criação de perspectiva futura. Neste sentido, pode-se hipotetizar que o contexto e o sistema familiar afetam a adaptação do indivíduo, podendo exacerbar ou diminuir o impacto de fatores de risco nas crianças.

A literatura ainda apresenta vários outros estudos enfocando a questão da resiliência em outras populações diferentes.

Oliveira (2001), pesquisando sobre resiliência e câncer de mama, encontrou alguns traços psicológicos em mulheres que reagiram adequadamente ao tratamento. Todas estavam satisfeitas consigo mesmas, demonstravam flexibilidade de comportamento, presença de otimismo, atitudes otimistas e espírito combativo. A espiritualidade apareceu como uma característica que ajudou a manter a esperança.

Alvarez (1999) realizou uma pesquisa teórica enfocando jovens moradores de rua da cidade de São Paulo e concluiu que termos como TENHO, SOU, ESTOU, POSSO são característicos das pessoas resilientes.

Bastos (1999) pesquisando o ajustamento psicossocial em uma amostra de 56 adolescentes de um bairro popular de Salvador (BA) concluiu que há uma leve tendência de os meninos apresentarem níveis mais baixos de competência e morbidade psiquiátrica do que as meninas, contrariando o usualmente notado em inquéritos populacionais. É possível que a sobrecarga de responsabilidade atribuída à menina em famílias de baixa renda atue aqui. O trabalho fora de casa (trata-se sobretudo de meninos) parece constituir um fator de proteção.

Considerando os aspectos explorados até então sobre os estudos desenvolvidos por diversos pesquisadores enfocando o conceito de resiliência, concordamos com as conclusões de Morales (1996) ao afirmar que a compreensão da resiliência no desenvolvimento humano é parte do entendimento e da prevenção de dificuldades psicológicas e desajustamentos sociais.

Portanto:

- a) A resiliência pode ser considerada como uma combinação de fatores que ajudam os seres humanos a enfrentar e superar os problemas e as adversidades da vida;
- b) As três maiores fontes de resiliência são: atributos do sujeito, atributos de seu funcionamento psicológico e atributos do ambiente;
- c) As características do funcionamento psicológico da pessoa resiliente que parecem protegê-la do estresse incluem: inteligência e capacidade de resolver problemas, autonomia ou *focus* interno de controle, auto-estima elevada, empatia, desejo e capacidade de planejamento e senso de humor;
- d) De um modo geral, escola, família e comunidade contribuem para a promoção da resiliência, segundo os estudos analisados.

Andrade (2001) afirma ainda que o conceito de resiliência deve ser utilizado na busca de fatores protetores objetivando características e comportamentos em pessoas, grupos ou comunidades que superaram de forma construtiva situações adversas.

Os resultados obtidos através das escalas psicométricas mostram que a qualidade dos relacionamentos parental, fraternal e social está intimamente ligada ao adoecer, ou seja, as pessoas adoecem não apenas por bactérias e vírus, mas por um ambiente excludente, no qual o sujeito está só e os vínculos parentais, fraternais e sociais são cada vez mais frágeis.

Diante de tal quadro pode-se pensar que o psicólogo hospitalar pode fortalecer a resiliência do paciente internado, através de alianças terapêuticas com a equipe hospitalar, gerando experiências positivas que podem promover sentimentos de auto-estima. Parte-se da hipótese de que tais sentimentos ajudarão a desenvolver nos pacientes uma maior habilidade de lidar com mudanças e adaptações próprias do processo de adoecer, além de ampliar as abordagens para a solução de problemas.

Uma parte importante do trabalho do psicólogo é o de ajudar as pessoas a se comunicarem e assim estabelecerem formas de dizer ao outro o que sentem. Estudos

realizados com crianças e adolescentes “de e na rua” demonstram que estes sempre se agrupam como forma de defesa e inter-relação pessoal.

Tais dados são claros e apontam que a comunicação verbal é sinônimo de sobrevivência, sendo que o paciente hospitalar que não se comunica terá dificuldades em sua recuperação. Tanto a comunicação verbal, como a comunicação não-verbal podem ser usadas como estratégias de resiliência.

Pesce e cols. (2005) argumentam que o crescente interesse pela resiliência enquanto aliada na promoção de saúde tem motivado os pesquisadores a voltarem seus esforços para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação psicológica que possam mensurar tal constructo. É o caso dos estudos de Wagnild e Young (1993), Aroian e cols. (1997), Hunter e Chandler (1999), Al-Naser e Sandman (2000) e Oshio e cols. (2002).

Em vista de tal demanda e considerando a carência de pesquisas desta natureza na realidade brasileira, Pesce e cols. (2005) realizaram um estudo de adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993). Optaram por este instrumento por ser o mesmo destinado a mensurar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a situações importantes e adversas da vida.

Na elaboração da escala brasileira os pesquisadores procuraram manter os 25 itens da escala original. Na composição do instrumento, todos os itens são descritos de forma positiva, com respostas tipo Likert de sete pontos, variando entre Discordo Totalmente (DT – valor 1) e Concordo Totalmente (CT – valor 7). Os escores obtidos na aplicação da escala podem variar entre 25 pontos (baixo nível de resiliência) e 175 pontos (elevado nível de resiliência). O estudo obteve bons resultados na validade de constructo, fato este que indica que o instrumento apresenta capacidade de discriminação dos fatores característicos da resiliência.

Garcia (2002) argumenta que as pesquisas sobre resiliência devem procurar identificar, nas mais diversas populações resilientes, quais são as situações de risco que as mesmas estão

expostas, bem como, os fatores protetores que promovem a adaptação adequada ao contexto. Neste sentido, a existência de um instrumento que possa identificar tais fatores pode auxiliar na elaboração de intervenções mais eficazes.

Neste sentido, uma das propostas do estudo aqui realizado é apresentar um Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar que possa auxiliar no levantamento, junto ao paciente hospitalizado, de dados que permitam identificar a presença de fatores protetores característicos das pessoas resilientes. Parte-se da hipótese de que ao detectar tais fatores, o psicólogo hospitalar poderá lançar mão dos mesmos em seu plano de intervenção e contribuir de maneira efetiva para a recuperação adequada do paciente.

### **CAPÍTULO III**

## **O PSICÓLOGO ATUANDO EM AMBIENTES MÉDICOS: CAMINHOS POSSÍVEIS PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA PRÁTICA**

A literatura apresenta uma série de estudos sobre a inserção do psicólogo em ambientes médicos no Brasil e todos são unânimes ao apontar para a dificuldade em definir uma prática profissional distinta daquela realizada no consultório (LOBIANCO E COLS., 1994; YAMAMOTO E CUNHA, 1998; SEIDL E COSTA JR., 1999; YAMAMOTO, TRINDADE E OLIVEIRA, 2002; entre outros).

Romano (1999) ao realizar um estudo longitudinal (entre 1987 e 1997) sobre as atividades desenvolvidas por psicólogos em ambientes médicos concluiu que muitos dos profissionais pesquisados demonstravam dúvidas sobre a função do psicólogo hospitalar e sobre qual a melhor prática a ser empregada. Pesquisa mais recente realizada por Marcon, Luna e Lisbôa (2004) junto a psicólogos que atuam em hospitais na Grande Florianópolis encontrou resultados semelhantes.

Tais dados nos fazem pensar sobre a necessidade da elaboração de estudos que objetivem avaliar a efetividade da prática do psicólogo hospitalar e busquem produzir instrumental adequado para auxiliar tais profissionais no dia-a-dia de seu trabalho.

Para Gorayeb e Guerrelhas (2003, p.11)

“a prática tradicional e o trabalho não-diretivo dos psicólogos em hospitais têm impedido uma adequada inserção deste profissional nesse contexto, visto que a medicina é uma ciência baseada no conhecimento pautado em evidências. Para implantar-se um trabalho interdisciplinar e para se produzirem melhores resultados para os pacientes, deve-se sistematizar o trabalho do psicólogo, através da realização de registro e análise constante dos procedimentos utilizados e efeitos das intervenções”.

Baptista e Dias (2003) atentam para a importância do desenvolvimento de pesquisas que se destinem a criar protocolos específicos de avaliação psicológica para ambientes médicos que possam auxiliar o psicólogo na coleta de dados que nortearão sua atuação e destacam ainda a complexidade que envolve o fazer psicológico em tais ambientes.

Conforme destaca Noronha (1999), um processo de avaliação psicológica pode contar com uma vasta gama de técnicas e procedimentos que proporcionem a coleta de informações pertinentes ao diagnóstico e a elaboração de um plano de intervenção adequado e efetivo. Afirma ainda que o processo poderá incluir diferentes formas de medidas que contribuam na identificação de dimensões específicas do paciente, de seu ambiente e da relação entre ambos.

De acordo com Capitão, Scortegagna e Baptista (2005), a avaliação psicológica no contexto médico pode contribuir nas decisões referentes ao diagnóstico diferencial, ao tipo de tratamento a ser empregado, bem como aspectos relacionados ao prognóstico do paciente. Tais autores argumentam que a utilização de protocolos de avaliação de pacientes hospitalizados mostra-se essencial para o desenvolvimento de planos de tratamentos mais eficientes.

Belar e Deardorff (1995) apresentaram um modelo dos principais aspectos a serem contemplados na avaliação psicológica do paciente hospitalizado:

- Aspectos Biológicos: avaliação sobre a natureza, localização e frequência dos sintomas apresentados; características do tratamento recebido; informações sobre sinais vitais e; exames realizados;
- Aspectos Afetivos: avaliação sobre os sentimentos com relação à doença, o tratamento, o prognóstico e histórico de alterações de humor;
- Aspectos Cognitivos: avaliação de funções como percepção, memória, inteligência, capacidade de avaliação da situação, capacidade de solução de problemas; bem como, o

conhecimento sobre a doença e seu quadro clínico atual e expectativas sobre a evolução do tratamento;

- Aspectos Comportamentais: avaliação de manifestações como expressões faciais, vínculo, contato, sinais de ansiedade e depressão; bem como, hábitos de risco ou proteção.

Cientes da demanda de uma prática mais estruturada do psicólogo em ambientes médicos, alguns pesquisadores têm realizado estudos que busquem solucionar tal questão.

Gorayeb e Guerrelhas (2003) relataram a experiência do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP em procurar sistematizar a prática dos psicólogos que lá atuam. Descreveram então, dois exemplos de instrumentos utilizados na avaliação dos pacientes que procuram a instituição:

- Roteiro Para Avaliação Comportamental de Pacientes Oncológicos da Gastrocirurgia: entrevista semi-estruturada que procura levantar dados de história de vida, comportamentos correlacionados ao início da doença, alterações de hábitos decorrentes do quadro clínico atual, mudanças emocionais, entre outros;

- Registro de Interconsulta: composto por dados de identificação (sexo, escolaridade, idade, estado civil), procedimentos de avaliação do paciente (entrevista, observação direta, escalas padronizadas de avaliação), intervenções realizadas (técnicas e tipo de atendimento) e resultados das intervenções (mudanças relatadas e observadas). Tal registro é preenchido pelo psicólogo residente em psicologia médica, a partir da solicitação da interconsulta psicológica pelos profissionais das equipes de saúde das várias especialidades (Pediatria, Ginecologia, Cirurgia, Urologia, entre outros).

Os autores argumentam que a utilização de roteiros sistematizados tem permitido, além de um planejamento mais efetivo da intervenção e a posterior avaliação de sua eficácia, levantar o perfil da população atendida pelo Serviço de Psicologia do HCFMRP – USP e

identificar possíveis relações entre padrões de comportamento e a relação com o ambiente em que o paciente está inserido.

Pinto (2004), a partir de sua vivência em um Hospital Particular da Região Metropolitana de Campinas, desenvolveu um roteiro padronizado de exame psicológico para ser utilizado na avaliação do funcionamento psicodinâmico do paciente hospitalizado. Tal roteiro divide-se em três partes distintas:

- Avaliação da Cognição: avalia as funções percepção, atenção, memória, imaginação, idéias/associações e consciência;
- Avaliação da Afetividade: avalia a presença de estados afetivos como alegria, mania, irritabilidade, ansiedade, insegurança, desesperança, culpa, cólera, depressão, apatia, tristeza, desânimo, inércia, melancolia, luto e insatisfação;
- Avaliação do Intra e Inter-relacionamento e Visão de Si (self): avalia aspectos do relacionamento afetivo; do relacionamento familiar e da visão de si (self).

Pinto (2004) afirma que a utilização desse roteiro contribui para a exploração de alguns aspectos vivenciais do paciente e defende o constante repensar sobre a *práxis* do psicólogo hospitalar como forma de solidificar a identidade profissional no atendimento psicológico no contexto hospitalar.

Considerando-se todos os fatores supracitados, procuramos desenvolver um Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar que possa auxiliar o psicólogo hospitalar na elaboração de intervenções efetivas junto ao paciente hospitalizado.

O Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar - Instrumento de Avaliação de Fatores Protetores Característicos da Resiliência em Pacientes Hospitalizados - foi elaborado com base nos estudos de Beardslee (1984), Rutter (1985), Grotberg (1995), Kotliarenco (1998), De Antoni e cols. (1999), Cecconelo e Koller (2000), Andrade (2001), Guimarães (2003) e está dividido em cinco partes distintas: a) Manifestações psíquicas e

comportamentais; b) Queixas do paciente; c) Avaliação Familiar; d) Vínculo; e) Intervenção e; f) Técnica aplicada.

Para a definição de cada item que comporia as cinco partes do protocolo entrevistei 6 (seis) psicólogas, individualmente, que auxiliariam no processo de avaliação, onde cada uma teve a possibilidade de expressar o que entendia de cada expressão/termo do Instrumento. Posteriormente reuni as 6 (seis) psicólogas e formamos um consenso do que seria uma definição padrão para cada item a ser pesquisado. Este consenso está descrito abaixo e constituiu o Manual de Aplicação, onde cada pesquisadora, ao ter dúvidas quando estivesse realizando as entrevistas, recorreria a este manual, para manter assim um padrão de significação de interpretação dos conteúdos avaliados dos pacientes, familiares e equipe médica.

a) Manifestações psíquicas e comportamentais, avalia os seguintes aspectos:

01. Capacidade de resolver problemas – como o indivíduo resolve as questões do seu dia a dia, quer seja em atividade profissional ou afetiva, bem como a maneira com que elabora as questões relativas aos problemas e dificuldades causadas pelo seu adoecer.

02. Ansiedade – estado afetivo caracterizado por um sentimento de insegurança, sensação antecipatória, de temor pelo que pode vir a ser de seu prognóstico ou crise que poderá ocorrer ou não.

03. Confiança – segurança íntima de procedimento, crédito, esperança firme, ter fé, esperar, acreditar, fiar-se nos procedimentos da equipe médica e na própria capacidade, é a certeza de que algo vai dar certo, acreditar que aquilo que enfrenta será superado.

04. Espiritualidade – busca de um sentido para a sua vida, ato na qual reside a sua espiritualidade. Espiritualidade significa a busca da própria essência interior.

05. Objetivos na vida – Ter metas estabelecidas onde se pretende chegar, estabelecimento de planos pessoais, afetivos, profissionais, financeiros e espirituais; como se na vida tivesse um propósito a realizar.

06. Autonomia – consegue cuidar si mesmo; liberdade ou independência moral ou intelectual , capacidade de ir e vir, possibilidade de conduzir a própria vida. É a possibilidade de ir e vir, “*andar com as próprias pernas*”.

07. Auto Estima – sentimento da importância ou do valor, apreço, consideração, respeito que o individuo tem a si mesmo e a maneira como isso se torna um referencial motivacional na vida , percepção de limites e capacidades que o individuo tem de si mesmo.

08. Competência Emocional – Capacidade de reconhecimento e designação das próprias emoções, capacidade de entender as causas dos sentimentos, tolerância a frustração e controle da ira.

09. Senso de Humor – capacidade de apreciar ou expressar o que é cômico ou divertido, habilidade de lidar com humor frente às vicissitudes da vida.

10. Perda de Identidade – Identidade é o conjunto de características próprios e exclusivos de uma pessoa, a internação hospitalar pode levar o individuo a se identificar com a doença, introjetando - a, de tal forma que deixa de ser ele mesmo e passa a ser o doente / doença , é quando o individuo que perde o conhecimento de si mesmo, não consegue nomear o que sente e o que é.

b) Queixas do paciente, avalia-se os seguintes aspectos:

01. Informação sobre o diagnóstico – O paciente obteve informações sobre seu diagnóstico e prognóstico, ou seja, tem informações detalhadas do que está sentindo,

qual é sua doença, e quais são as possibilidades de tratamento; bem como as suas chances de recuperação e cura.

02. Dores – paciente sente sensação desagradável ou penosa, proveniente de lesão, contusão ou estado anômalo do organismo ou de uma parte dele, sofrimento físico, sofrimento moral, mágoa, pesar, aflição.

03. Dúvidas sobre o tratamento - paciente tem incerteza sobre a realidade dos fatos de sua doença;, suspeitas em relação aos procedimentos e medicamentos utilizados para sua recuperação.

04. Medo da morte – Sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça; susto, pavor, temor e terror diante da possibilidade da morte, pressentimento de não conseguirá sair com vida dos procedimentos a que está sendo submetido..

05. Perda / lesão de órgãos : real ou imaginaria em decorrência do diagnóstico , realidade ou fantasias da possibilidade de mutilação do corpo em decorrência do avanço da doença.

06. Problemas familiares – dificuldades de relacionamento entre familiares por doenças, perdas financeiras, que neste momento afetam a unidade da família em torno do doente.

c) Avaliação Familiar, avalia-se os seguintes aspectos:

01. Apóia o paciente – Está presente, compreende aceita a doença e o processo do adoecer, sabe ser continente sem retirar do paciente a possibilidade e responsabilidade de ter seu enfrentamento da doença, ajuda a estabelecer um ambiente acolhedor, cria

condições para que haja um bom vínculo do paciente, com a equipe médica e a família.

02. Compreende o quadro clínico – A família sabe do diagnóstico e prognóstico, bem como suas implicações e conseqüências, tem acesso aos exames realizados pelo paciente, bem como seus resultados.

03. Estruturada – Família com estrutura emocional, relacional, espiritual e financeira; que tem comunicação entre seus membros, comprometimento e vínculos afetivos profundos; capacidade de continência e acolhimento do membro que está doente.

04. Negação da doença – evita o contato com o sofrimento psíquico, não aceita ou compreende o quadro clínico do paciente ou familiar.

d) Vínculo: São laços emocionais que unem as pessoas, como um elo invisível capaz de manter as pessoas unidas, em momentos felizes e em momentos adversos como os que são enfrentados por pacientes hospitalares, eles podem ser:

01. Distante – não há envolvimento emocional, os vínculos são formais, sem profundidade e afeto, o paciente não estabelece vínculos, não interage com a equipe médica, tem comportamentos de como não estivesse ali, o olhar é vazio, como se a equipe médica fosse invisível, não interage com a equipe, não responde, faz do silêncio e da indiferença sua forma de ser.

02. Hostil –, tem comportamentos agressivos, manifestados através de linguagem verbal ou não verbal, transfere para a equipe, e às vezes a própria família, todo medo e angústia que sente diante da doença e do medo de morrer.

03. Colaborativo – Manifesta espírito de cooperação, ajuda, auxílio, contribuição, coopera com a equipe hospitalar, tem interesse em participar das técnicas e

procedimentos a ele submetidos; é interativo , acolhedor, estabelece condições adequadas para que a equipe médica possa realizar suas intervenções.

e) Intervenção, avalia-se os seguintes aspectos:

01. Orientação a família / Acompanhante – Técnica de atendimento que tem como foco a família /acompanhante , estabelecendo uma escuta que permita levantar dúvidas, questionamentos e medos; num segundo momento são transmitidas orientações de procedimentos, quando na esfera de atuação do psicólogo, ou providenciando o contato do médico do paciente com a família / acompanhante.

02. Orientação à equipe de saúde – Informar a equipe de saúde dos aspectos emocionais não confidenciais do paciente, para que a mesma possa saber o que está ocorrendo com o psicológico do paciente e instrumentá-la com informações e técnicas que possam ser úteis em seu atendimento rotineiro do paciente.

03. Orientação psicopedagógica – São informações sobre técnicas e procedimentos que serão ministrados ao paciente pela equipe médica visando tranquilizá-lo, Essa orientação psicopedagógica deve estar em comum acordo com a equipe médica, é transmitir informações sobre a doença e procedimentos, de tal forma, que possam mobilizar o paciente para um melhor enfrentamento.

04. Psicoterapia breve - As psicoterapias breves buscam obter uma melhora da qualidade de vida em curto prazo, escolhendo um determinado foco psíquico do paciente, que é mais premente e focando os esforços na sua resolução.

f) Técnica aplicada, avalia-se os seguintes aspectos:

01. Escuta livre: é estimular o paciente a falar livremente, mostrar-se disponível, criar condições para que o paciente verbalize sobre o que o incomoda, ter comportamentos

e posturas inclusive físicas, que acabem criando possibilidade do paciente falar sobre conteúdos psíquicos que o angustiam.

02. Relaxamento: Técnica corporal de observação da respiração, que possibilita relaxamento.

03. Visualização: ou imaginar é produzir imagens mentais, através de um processo e técnicas de relaxamento objetivando desenvolver potencialidades internas que podem auxiliar na melhora das condições de saúde do paciente .

## **CAPÍTULO IV**

### **OBJETIVOS**

#### **- Objetivo Geral:**

Investigar através do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar, a adequação entre a demanda do paciente hospitalizado e a assistência prestada.

#### **- Objetivos Específicos:**

Mensurar a qualidade da intervenção realizada por psicólogos a pacientes hospitalizados.

Verificar a assertividade do psicólogo hospitalar na escolha de foco de atendimento de pacientes hospitalizados.

Verificar a especificidade do protocolo desenvolvido por Leite (2007) para avaliação de manifestações psíquicas e comportamentais, queixas do paciente e avaliação familiar.

## CAPÍTULO V

### METODO

#### - LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO:

Hospital Santa Paula – Avenida Santo Amaro, 2468 – Vila Olímpia – São Paulo (SP).

Breve Histórico da Instituição:

- ✓ **1958** - Fundado dia 15 de Setembro, o então chamado Pronto Socorro Santa Paula, era localizado em um pequeno imóvel do outro lado da Av. Santo Amaro.
- ✓ **1970 á 1979** – Aquisição do terreno e construção das instalações do Bloco A, nesta década o controle acionário mudou varias vezes.
- ✓ **1980** – Estabelecido uns novos controles acionários, que remanesceu sem alterações até os dias de hoje. O principal cliente naquela época era o INAMPS, órgão do Governo.
- ✓ **1983** – Implantação de serviços de cirurgia cardíaca e hemodinâmica, chegando a realizar uma média de 80 cirurgias extra-corpóreas, por mês.
- ✓ **1987** – Desligamento do INAMPS e esforço na busca de novos clientes, convênios e planos de saúde.
- ✓ **1988** – Compra do primeiro equipamento de tomografia
- ✓ **1990** – Compra do terreno ao lado, na Av. Santo Amaro.
- ✓ **1992** – Inicio das obras de ampliação do complexo, com a construção do Bloco B, inaugurado em abril de 1993.

- ✓ **1996** – Começaram fortes investimentos na área de Neurocirurgia, seguida em 1997 pela compra do equipamento Gamma Knife (único até hoje na América Latina).
- ✓ **1998** – Começo das operações com o equipamento Gamma Knife, e instalação de um novo Tomógrafo Helicoidal e Ressonância Magnética.
- ✓ **1999** – Compra de mais dois terrenos vizinhos ao Hospital, na Rua Cabo Verde, e início de mais uma obra de ampliação, desta vez a construção do Bloco C, que começou a operar em meados de 2001, sendo altamente conceituado por sua tecnologia, humanização e um moderno Centro Cirúrgico.
- ✓ **2002** – Construção e inauguração do IOHSP- Instituto de Oncologia do Hospital Santa Paula, com objetivo de atender pacientes oncológicos como um todo, nas áreas cirúrgicas, de quimioterapia e a ser implementada na área de radioterapia que entrou em operações no ano de 2004.
- ✓ **Atualmente** o Hospital Santa Paula possui 14.000 m<sup>2</sup> de área construída, dirigida ao paciente de alta complexidade, tendo capacidade inclusive de realizar procedimentos cirúrgicos como transplante renal, hepático e de medula óssea. Possui 148 leitos, dos quais 87 são apartamentos privativos, 4 suítes, 30 leitos de enfermagem, onde estão instalados dois leitos por apartamento, 20 leitos na Unidade de Terapia Intensiva e 7 leitos na Unidade Coronariana.

**- AMOSTRA:**

A amostra foi composta por 312 pacientes internados no Hospital Santa Paula, os quais foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- Condições clínicas satisfatórias (que permitissem diálogo entre psicólogo e ele) determinadas a partir das avaliações médicas contidas no prontuário do paciente;
- Ambos os sexos;
- Idade entre 20 e 70 anos;
- Pacientes clínicos, cirúrgicos, internados Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou na Unidade Coronariana (UCO) que não estavam com rebaixamento de consciência ou entubados, de tal modo que estivessem impedidos de expressar seus sentimentos / emoções;
- Pacientes que autorizaram por escrito seu consentimento e anuência em participar da pesquisa em questão.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos sujeitos de acordo com o sexo.

**Tabela 1. Distribuição dos sujeitos de acordo com o sexo.**

Sexo	f	%
Masculino	128	41,0
Feminino	184	59,0
Total	312	100,0

Os dados acima descritos demonstram um número maior de mulheres na composição da amostra ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=10,05$ , para um grau de liberdade e significância de 0,15% - significativo ao nível de 0,05).

Na Tabela 2 encontramos a distribuição dos sujeitos de acordo com o estado civil.

**Tabela 2. Distribuição dos sujeitos de acordo com seu estado civil**

Estado Civil	f	%
Solteiro	90	28,8
Casado	176	56,4
Divorciado	35	11,2
Viúvo	11	3,5
Total	312	100,0

Podemos observar uma predominância de sujeitos casados (cerca de 56%) na composição da amostra ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=206,23$ , para três graus de liberdade e significância de 0,00% - significativa ao nível de 0,05).

A Tabela 3 apresenta a posição ocupada pelos sujeitos em sua estrutura familiar no que diz respeito a ser provedor ou não.

**Tabela 3. Distribuição dos sujeitos no que diz respeito a ser provedor ou não de sua família.**

<b>Provedor</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sim	187	59,9
Não	125	40,1
Total	312	100,0

Os dados da Tabela 3 demonstram que cerca de 60% dos sujeitos são provedores de suas famílias ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=12,32$ , para um grau de liberdade e significância de 0,04% - significativo ao nível de 0,05).

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos sujeitos de acordo com a etapa do tratamento vivenciada no momento da entrevista.

**Tabela 4. Distribuição dos sujeitos de acordo com a etapa do tratamento no momento da entrevista.**

<b>Etapa do Tratamento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Clínico	164	52,56
Cirúrgico	144	46,15
Outros	4	1,28
Total	312	100,0

Podemos observar uma concentração de sujeitos em tratamento clínico ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=146,15$ , para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativo ao nível de 0,05).

Na Tabela 5 estão sintetizados os dados sobre o prognóstico de cada sujeito de acordo com a avaliação médica.

**Tabela 5. Distribuição dos sujeitos no que diz respeito ao prognóstico.**

<b>Prognóstico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Positivo	226	72,4
Negativo	70	22,4
Sem avaliação*	16	5,1
Total	312	100,0

\*No momento da entrevista, de acordo com a avaliação médica, não havia condições de determinar o prognóstico.

Os dados acima descritos demonstram que no momento da entrevista, a maioria dos sujeitos apresentava um prognóstico positivo de seu quadro clínico ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=228,69$ , para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativo ao nível de 0,05).

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos sujeitos de acordo com o grau de complexidade de seu tratamento, de acordo com a avaliação médica.

**Tabela 6. Distribuição dos sujeitos de acordo com o grau de complexidade de seu tratamento.**

<b>Grau de Complexidade do Tratamento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Baixa	136	43,6
Média	79	25,3
Alta	97	31,1
Total	312	100,0

No que diz respeito ao grau de complexidade do tratamento, podemos observar que a maioria dos sujeitos encontra-se na categoria de baixa complexidade (44% da amostra), contudo, a categoria alta complexidade (31% da amostra) também apresenta uma considerável concentração percentual ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=16,33$ , para dois graus de liberdade e significância de 0,03% - significativa ao nível de 0,05).

#### **- INSTRUMENTOS:**

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação dos seguintes instrumentos:

- Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo I)
- Questionário de identificação dos sujeitos (Anexo II): contendo questões destinadas a caracterizar a amostra pesquisada;
- Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild & Young (1993) e adaptada por Pesce e cols. (2005) (Anexo III): composto por 25 afirmativas nas quais o sujeito deve assinalar seu nível de concordância em uma escala tipo Likert de sete pontos. Para cada afirmativa o sujeito deve assinalar uma das seguintes respostas: discordo totalmente (DT); discordo parcialmente (DP); discordo (D); nem concordo, nem discordo (NCND); concordo (C); concordo parcialmente (CP); concordo totalmente

(CT). A partir de suas respostas obtém-se uma pontuação que possibilita a classificação do nível de resiliência apresentado pelo sujeito;

- Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar (Anexo IV), desenvolvido pelo Autor com base na literatura específica e composto por 6 grupos de itens que se destinam a analisar os seguintes aspectos:

- **Grupo 1. Manifestações psíquicas e comportamentais:** composto pelos itens:

1. Capacidade de resolver problemas;
2. Ansiedade;
3. Confiança;
4. Espiritualidade;
5. Objetivos de vida;
6. Autonomia;
7. Auto-Estima;
8. Competência emocional;
9. Senso de humor;
10. Perda de identidade.

- **Grupo 2. Queixas do paciente:** composto pelos itens:

1. Informações sobre o diagnóstico;
2. Dores;
3. Dúvidas sobre o tratamento;
4. Medo da morte;
5. Perda/lesão de órgãos;
6. Problemas familiares.

- **Grupo 3. Avaliação Familiar:** composto pelos itens:

1. Apoio ao paciente;

2. Compreende o quadro clínico;
3. Estruturada;
4. Negação da doença.

- **Grupo 4. Vínculos:** composto pelos itens:

1. Distante;
2. Hostil;
3. Colaborativo.

- **Grupo 5. Intervenção:** composto pelos itens:

1. Orientação a Família/Acompanhantes;
2. Orientação à equipe de saúde;
3. Orientação psicopedagógica;
4. Psicoterapia Breve;

- **Grupo 6. Técnica aplicada:** composto pelos itens:

1. Escuta livre;
2. Relaxamento;
3. Visualização.

Para cada item dos grupos de 1 a 4, o psicólogo deveria assinalar, numa escala tipo Likert, qual a condição do paciente no momento da entrevista: 1 para Ausente; 2 para Baixa; 3 para Média e; 4 para Alta. Desta maneira, obtém-se uma avaliação sobre o estado psicológico geral do paciente e, a partir de então, pode-se decidir sobre qual a intervenção mais adequada para o mesmo.

Já nos grupos 5 e 6, o psicólogo deveria assinalar quais os procedimentos foram efetuados no momento da intervenção.

**- PROCEDIMENTO:**

Os instrumentos foram aplicados por 6 (seis) psicólogos da equipe de Psicologia do Hospital Santa Paula, cujo Autor deste estudo é o Coordenador; os mesmos receberam treinamento da forma e maneira como proceder durante a coleta e assistência aos participantes do estudo.

Os pacientes que foram selecionados, baseados nos critérios de escolha de sujeitos mencionados anteriormente, foram procurados por pesquisador previamente treinado, informados acerca da natureza da pesquisa e convidados a participar da mesma.

Os sujeitos foram então esclarecidos de que seriam livres para participarem ou não da referida pesquisa, que sua participação não acarretaria custo ao mesmo, e que os referidos dados poderiam ser utilizados e publicados, desde que preservada integralmente a identidade dos participantes.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa em questão assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) elaborado de acordo com as determinações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Feito isto, realizou-se a aplicação de todos os instrumentos supracitados. Vale destacar que o Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar (Anexo IV) foi preenchido pelo psicólogo através de entrevista aberta e das observações sobre o comportamento do sujeito no momento da entrevista. Tal procedimento foi iniciado com as questões relativas à percepção do sujeito referente a sua vivência de hospitalização. Com base nos dados coletados, o psicólogo além de preencher o protocolo, poderia estruturar as possíveis intervenções descritas nos grupos 5 (Intervenção) e 6 (Técnica utilizada).

Encerrada a coleta de tais dados, caso o psicólogo avaliasse que o sujeito demonstrava algum tipo de desconforto ou inquietação, o mesmo ficava responsável por prestar os cuidados de assistência necessários, comprometendo-se a atendê-lo durante o tempo

necessário, enquanto estivesse internado na instituição. Se necessário, prestaria ainda orientação à família sobre as demandas e ações adequadas ao sujeito.

#### **- ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS:**

Os dados foram distribuídos em termos de frequências percentuais.

Para o tratamento estatístico dos dados provenientes do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar foi utilizado a estatística não-paramétrica segundo Levin (1987) e o nível de significância considerado foi de 0,05 que, segundo Witter (1996), é o mais indicado para estudos dessa natureza.

O tratamento estatístico dos dados desta pesquisa foi realizado através dos seguintes programas e procedimentos :

1. SPSS (Statistical Package of Social Sciences) para processamento dos dados, construção de tabelas simples e cruzadas e realização dos testes de Qui quadrado com significância ao nível de 0,05;
2. SPAD (Système Portable d 'Analyse des Données) para realização de Análises Fatoriais por Componentes Principais (para variáveis quantitativas) e Classificação Hierárquica para Construção de tipologias (clusters);
3. SPAD.t (Système Portable d 'Analyse des Données Textuelles) . Este programa foi utilizado para fazer a análise das questões abertas e relacioná-las com as questões fechadas.

## **CAPÍTULO VI**

### **ANÁLISE DOS DADOS**

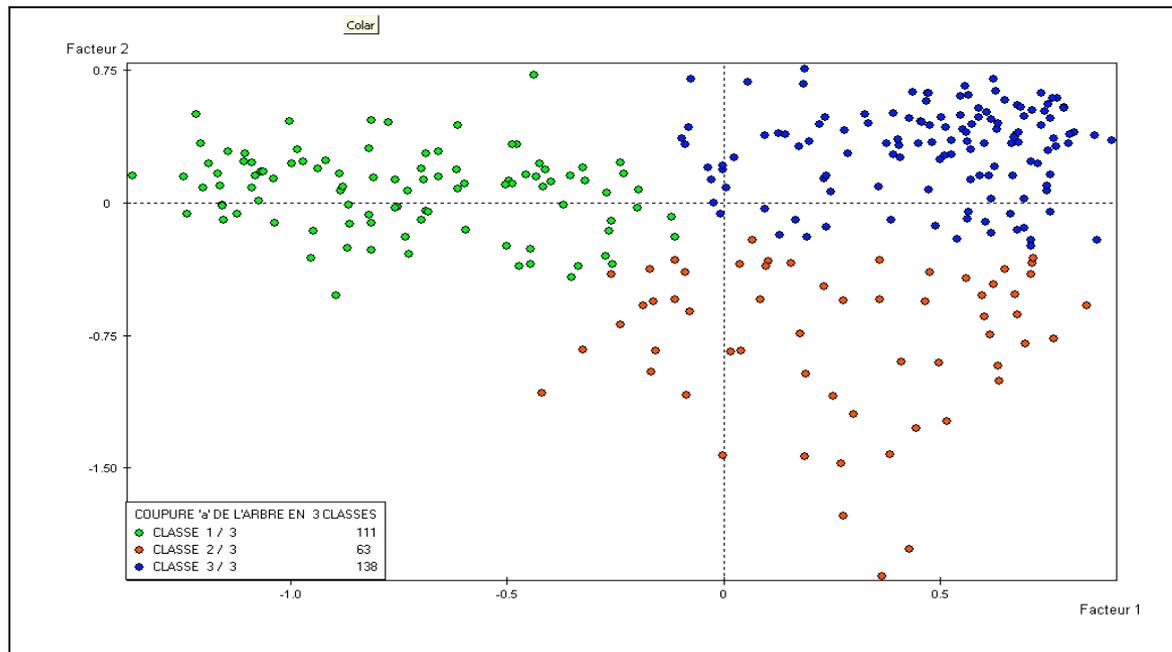
Para o tratamento dos dados provenientes da aplicação da Escala de Resiliência e do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar optamos pela realização de uma análise correlacional e fatorial que nos possibilitou o agrupamento dos sujeitos considerando as características específicas para cada grupo.

De acordo com Esper e Kahhale (no prelo) tal análise permite a realização de uma análise de “cluster” ou agrupamentos de modo a aglutinar os participantes do estudo em grupos, de acordo com as semelhanças e diferenças dos participantes da pesquisa. As autoras destacam ainda, que esse procedimento possibilita um “salto qualitativo ou superação da contradição quantidade x qualidade” uma vez que, busca formar os grupos tendo como base a totalidade das respostas dos sujeitos para os vários instrumentos aplicados e não apenas considerando as variáveis ou dimensões estudadas.

Na seqüência, apresentaremos a distribuição dos grupos a partir das análises de “clusters” e os resultados de seus cruzamentos com alguns dados do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar (avaliação familiar, intervenção e técnica aplicada).

A Figura 1 apresenta a Nuvem de Pontos proveniente da análise de “cluster” dos dados da Escala de Resiliência.

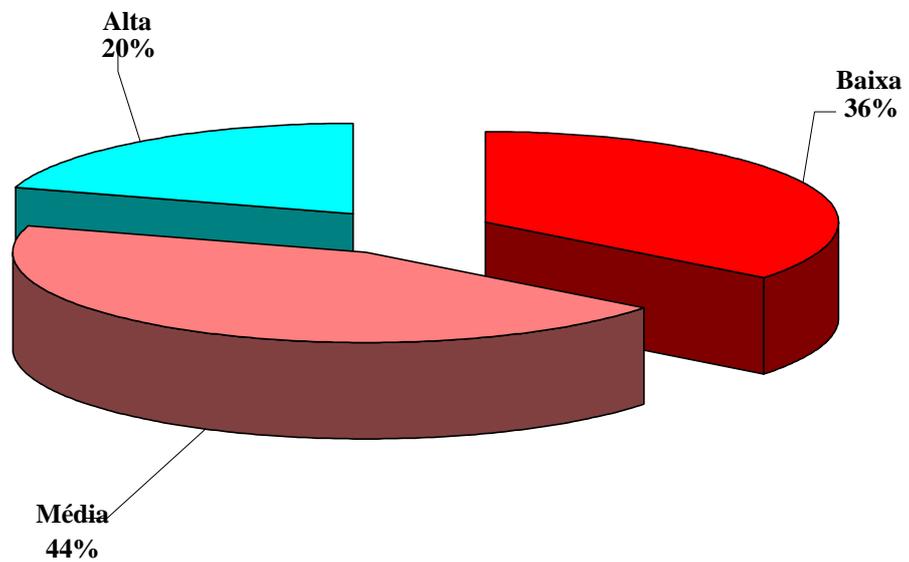
**Figura 1. Nuvem de Pontos da Escala de Resiliência**



A análise dos dados da Escala de Resiliência permitiu aglutinar os sujeitos em três grupos a saber:

- Grupo Baixo Nível de Resiliência (verde): para maioria das afirmativas da Escala de Resiliência os sujeitos deste grupo responderam “discordo parcialmente”;
- Grupo Médio Nível de Resiliência (azul): para maioria das afirmativas da Escala de Resiliência os sujeitos deste grupo responderam “concordo”;
- Grupo Alto Nível de Resiliência (vermelho): para maioria das afirmativas da Escala de Resiliência os sujeitos deste grupo responderam “concordo totalmente”.

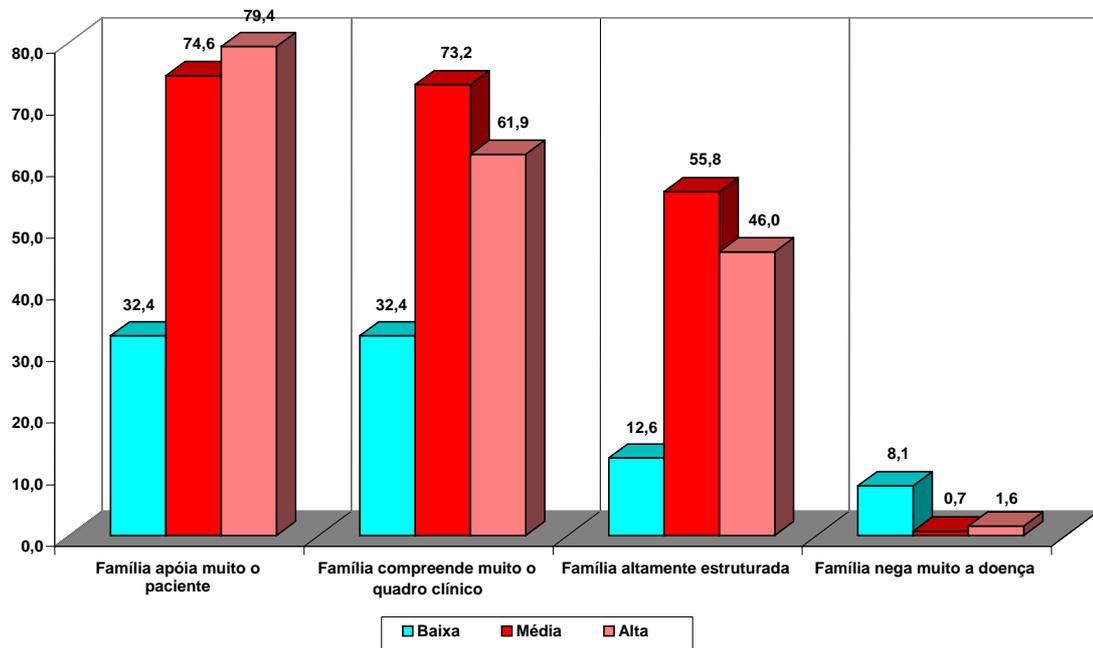
A Figura 2 apresenta a distribuição dos grupos acima descritos em termos percentuais.

**Figura 2. Clusters Resiliência (em %)**

Podemos perceber que a maioria dos sujeitos pesquisados apresenta nível médio de resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=115,37$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativa ao nível de 0,05).

A Figura 3 apresenta a distribuição percentual dos clusters da Escala de Resiliência em relação à estrutura familiar, de acordo com a avaliação do psicólogo.

**Figura 3. Clusters da Escala de Resiliência e Avaliação Familiar (em %)**



Os dados sintetizados na Figura 3 demonstram que:

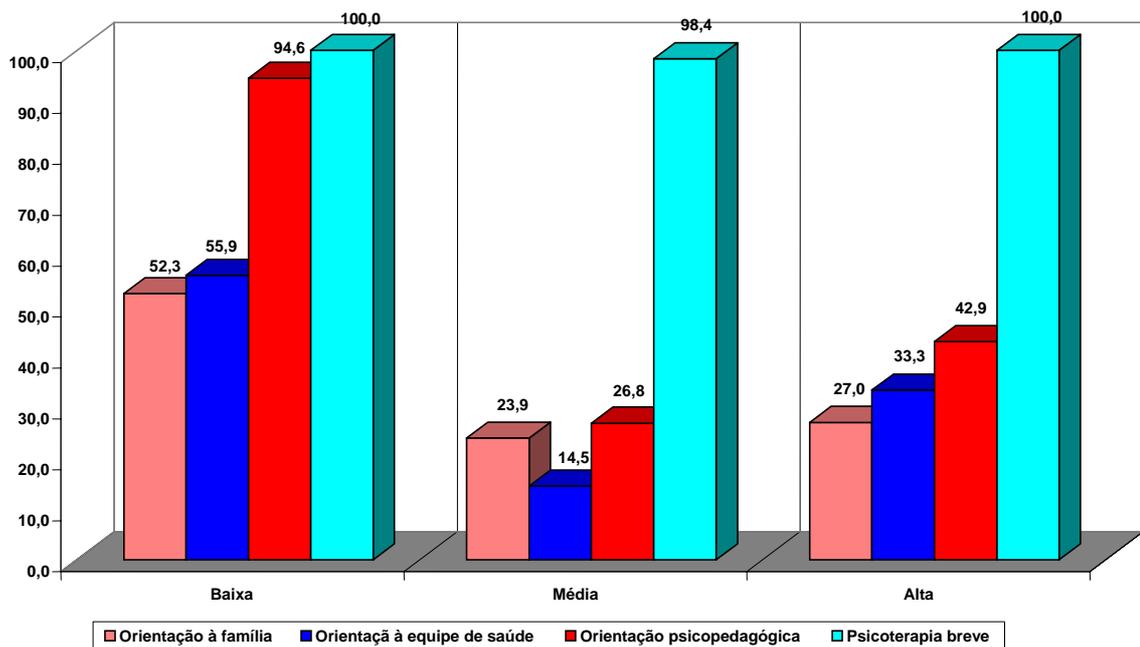
- Grupo Baixo Nível de Resiliência: apenas 12,6% dos pacientes deste grupo possuem família altamente estruturada e cerca de 32% dos pacientes possuem famílias que compreende o seu quadro clínico e buscam dar apoio aos mesmos;
- Grupo Médio Nível de Resiliência: 74,6% dos pacientes deste grupo contam com o apoio de suas famílias, em 73,2% dos casos a família compreende muito o quadro clínico e cerca de 56% possui família altamente estruturada;
- Grupo Alto Nível de Resiliência: quase 80% dos pacientes recebem o apoio de suas famílias, cerca de 62% das famílias compreendem o seu quadro clínico e 46% possui família altamente estruturada.

Tais dados corroboram com as argumentações de Garnezy e Masaten (1994) que afirmam que o apoio afetivo transmitido pelas pessoas da família, através de um vínculo

positivo com os cuidadores, é um dos fatores de proteção em indivíduos que apresentam um alto nível de resiliência.

Na Figura 4 encontramos os dados referentes ao tipo de intervenção realizada em cada grupo, em termos percentuais.

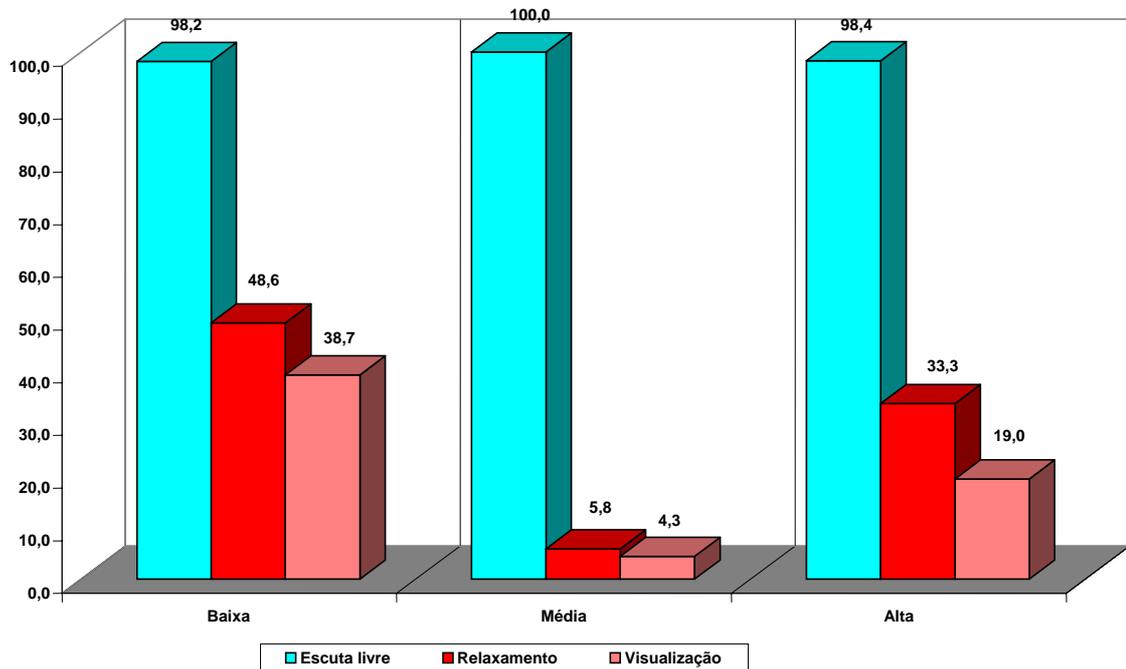
**Figura 4. Clusters da Escala de Resiliência e Intervenções (em %)**



Os dados da Figura 4 demonstram que todos os sujeitos de cada grupo passaram por algum tipo de intervenção por parte do psicólogo hospitalar (destaque para Psicoterapia Breve). Importante notar que o Grupo Baixo Nível de Resiliência foi aquele que recebeu maior atenção dos psicólogos, visto que, todos os tipos de intervenção foram aplicados, ao menos, a 50% dos pacientes em questão. Contudo, podemos considerar que atenção similar também foi dispensada ao Grupo Alto Nível de Resiliência.

A Figura 5 apresenta a distribuição percentual dos tipos de técnicas aplicadas a cada um dos grupos de Resiliência.

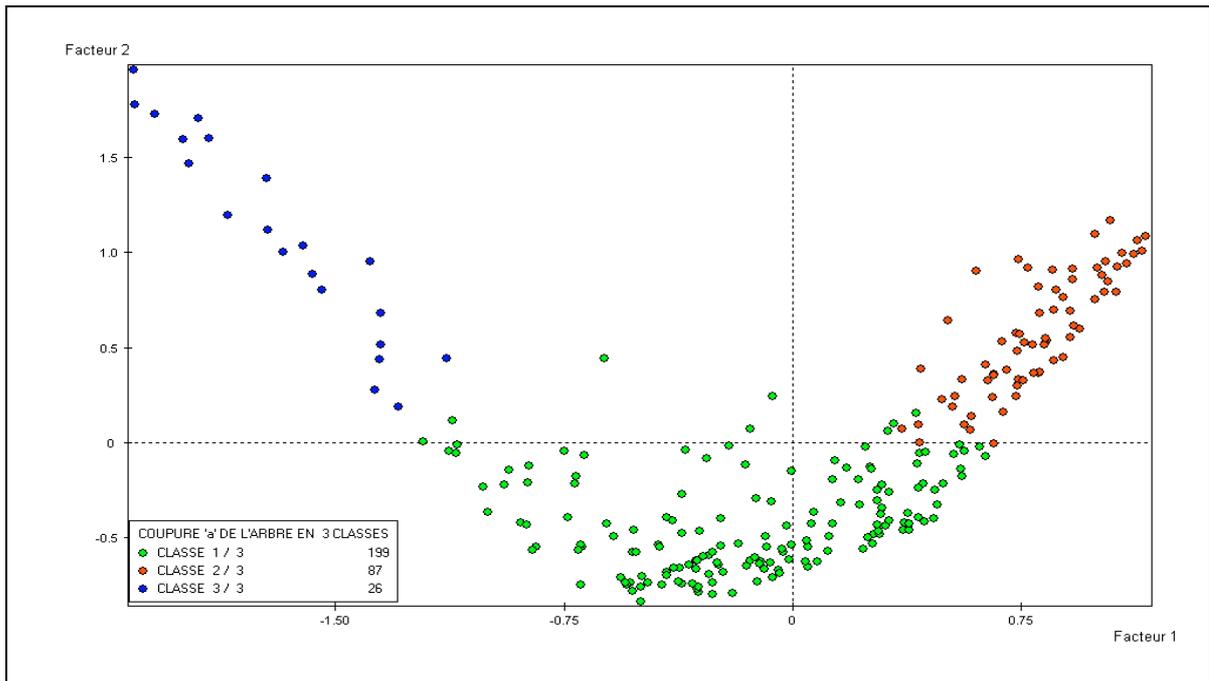
**Figura 5. Clusters da Escala de Resiliência e Tipo de Técnica (em %)**



Novamente podemos observar resultados similares àqueles apresentados na Figura 4, ou seja, independente do nível de resiliência apresentado pelo paciente, a todos foi aplicada algum dos tipos de técnicas listadas neste estudo (destaque para Escuta Livre). Como já anteriormente apontado, o Grupo Baixo Nível de Resiliência foi aquele que recebeu mais atenção, seguido de perto pelo Grupo Alto Nível de Resiliência.

A Figura 6 apresenta a Nuvem de Pontos proveniente da análise de “cluster” dos dados do grupo de itens Manifestações Psíquicas e Comportamentais do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar.

**Figura 6. Nuvem de Pontos de Manifestações Psíquicas e Comportamentais**



A análise dos dados do grupo de itens Manifestações Psíquicas e Comportamentais do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar permitiu aglutinar os sujeitos em três grupos a saber:

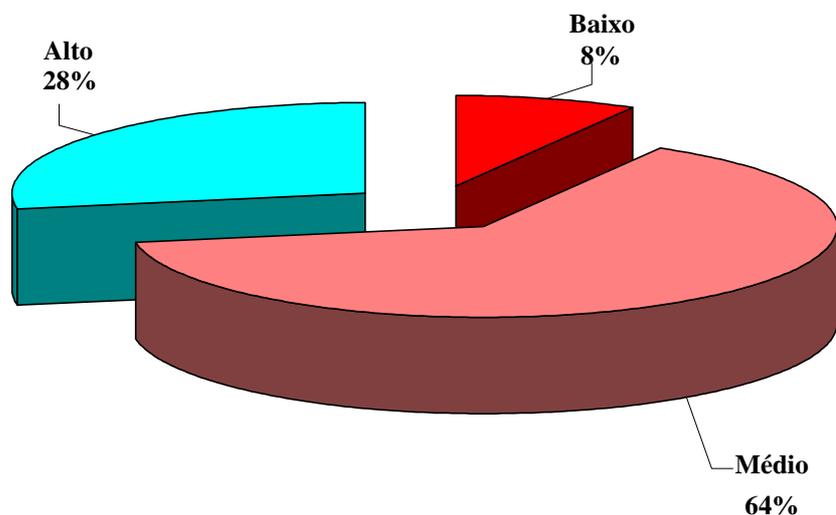
- Grupo Baixo Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais (vermelho): grupo composto por sujeitos que apresentaram, de acordo com a avaliação do psicólogo no momento da entrevista: alto índice de autonomia, de capacidade de resolver problemas, de auto-estima, de competência emocional, de confiança, de objetivos de vida, de senso de humor e de espiritualidade; e ainda, baixo nível de ansiedade e de perda de identidade. Portanto, podemos considerar que este seria o grupo mais preservado em termos de manifestações psíquicas e comportamentais;
- Grupo Médio Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais (verde): grupo composto por sujeitos que apresentaram, de acordo com a avaliação do psicólogo no momento da entrevista, oscilantes entre o baixo e o médio índice de autonomia, de objetivos de vida, de capacidade de resolver problemas, de auto-estima, de confiança, de competência emocional, de senso de humor e de espiritualidade. Os dados nos permitem avaliar que tal

grupo necessita de intervenção do psicólogo hospitalar, visto que apresenta um perfil que denota atenção no que diz respeito às manifestações psíquicas e comportamentais, fato este que pode estar acontecendo devido à própria condição de hospitalização;

- Grupo Alto Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais (azul): grupo composto por sujeitos que apresentaram, de acordo com a avaliação do psicólogo no momento da entrevista: ausência de competência emocional, de auto-estima, de autonomia, de senso de humor, de confiança, de objetivos de vida, de capacidade de resolver problemas e de espiritualidade; e ainda, alto nível de ansiedade e de perda de identidade. Tais dados demonstram ser este o grupo que mais necessitaria de uma intervenção do psicólogo hospitalar, uma vez que, apresenta o perfil mais preocupante quando consideramos o conjunto de manifestações psíquicas e comportamentais.

A Figura 7 apresenta a distribuição dos grupos acima descritos em termos percentuais.

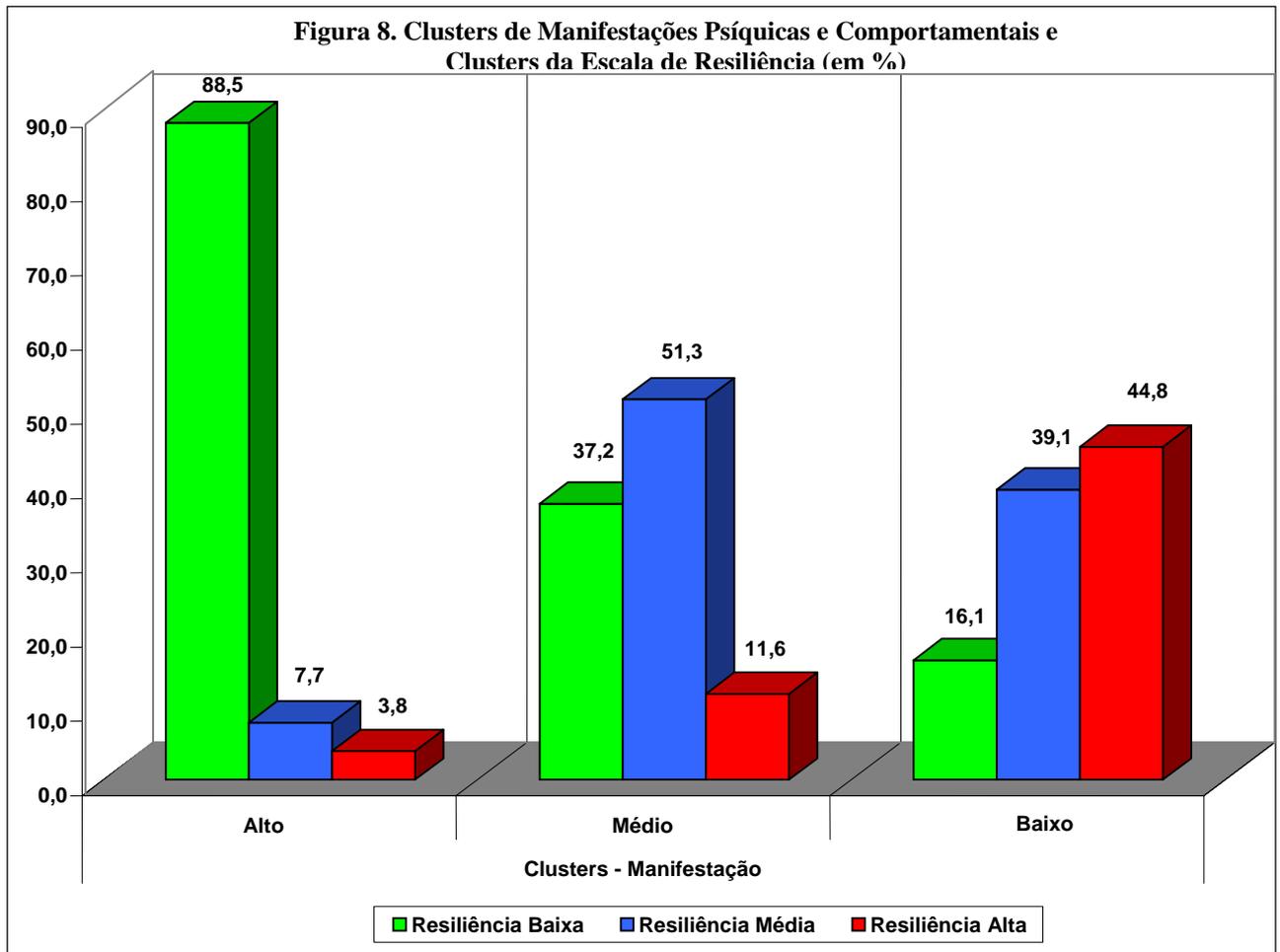
**Figura 7. Clusters Manifestações Psíquicas e Comportamentais (em %)**



Os dados apresentados na Figura 7 demonstram que a maioria dos sujeitos pesquisados encontra-se no Grupo Médio Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais

( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=148,06$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativo ao nível de 0,05).

A Figura 8 apresenta a distribuição percentual dos clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar em relação aos clusters da Escala de Resiliência.

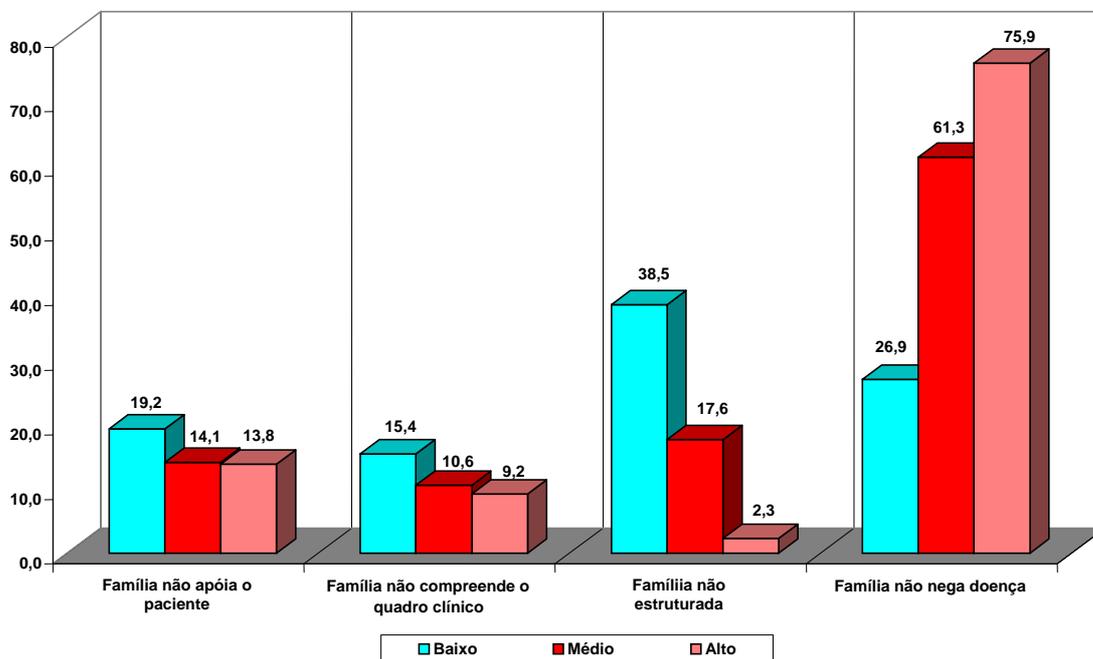


Os dados sintetizados na Figura 8 demonstram que o Grupo Alto Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais é composto em sua maioria por sujeitos que apresentam Baixo Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=35,62$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativo ao nível de 0,05) . Já para o Grupo Médio Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais predominam os sujeitos com Médio Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=48,37$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% -

significante ao nível de 0,05). No Grupo Baixo Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais a maioria dos sujeitos apresenta Alto Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=12,07$  para dois graus de liberdade e significância de 0,24% - significante ao nível de 0,05). Portanto, podemos afirmar que o grupo que apresenta o maior nível de resiliência é aquele o qual consideramos o mais preservado no que diz respeito às manifestações psíquicas e comportamentais. Tais dados corroboram com os estudos por Staudinger, Marsiske e Baltes (1995), Moraes e Rabinovich (1996), Ceconello e Koller (2000), Lindstrom (2001), Guimarães e cols. (2003), entre outros.

A Figura 9 apresenta a distribuição percentual dos clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar em relação à estrutura familiar, de acordo com a avaliação do psicólogo.

**Figura 9. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Avaliação Familiar (em %)**

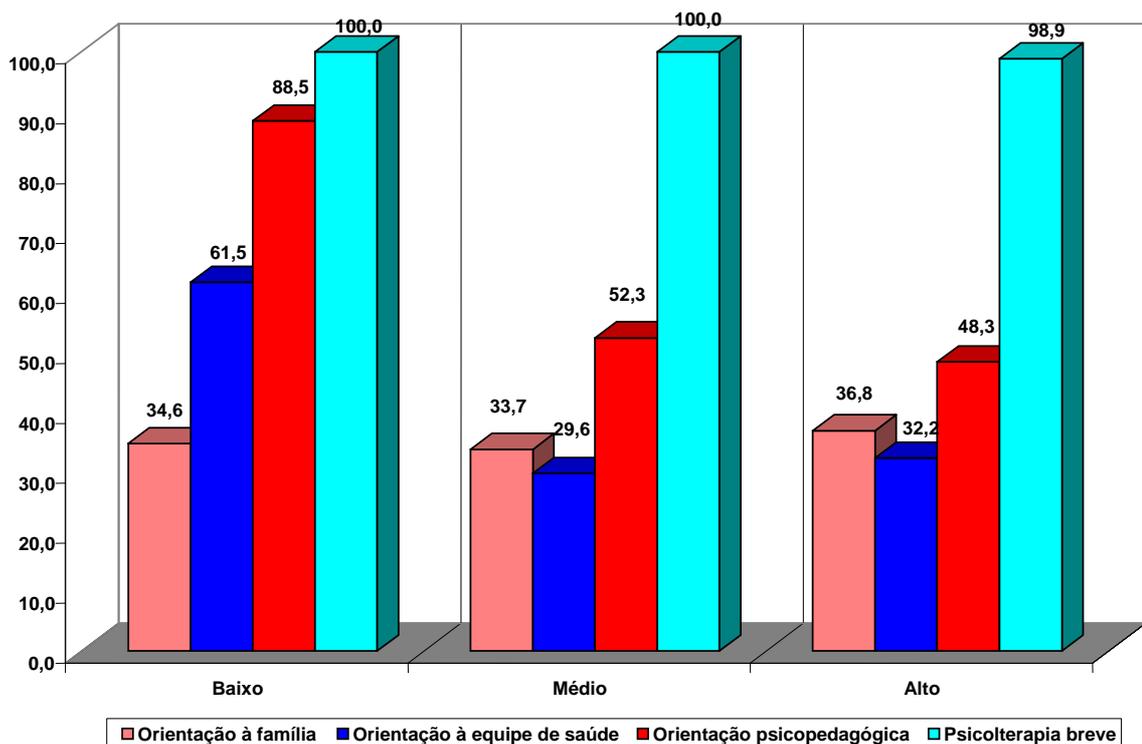


Os dados sintetizados na Figura 9 demonstram que a grande maioria dos sujeitos de todos os grupos recebe o apoio de suas famílias e estas compreendem o quadro clínico apresentado pelos pacientes. No que diz respeito à estrutura da família, o Grupo Baixo Índice

de Manifestações Psíquicas e Comportamentais é aquele que apresenta a maior percentagem de pacientes com família não estruturada (38,5% contra 17,6% do Grupo Médio Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e 2,3% do Grupo Alto Índice de Manifestações Psíquicas e Comportamentais). Vale ressaltar que o grupo que apresenta Alto Nível de Manifestações Psíquicas e Comportamentais possui o maior percentual de pacientes cuja família nega a sua doença (cerca de 76%).

Na Figura 10 encontramos os dados referentes ao tipo de intervenção realizada em cada grupo, em termos percentuais.

**Figura 10. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Intervenções (em %)**

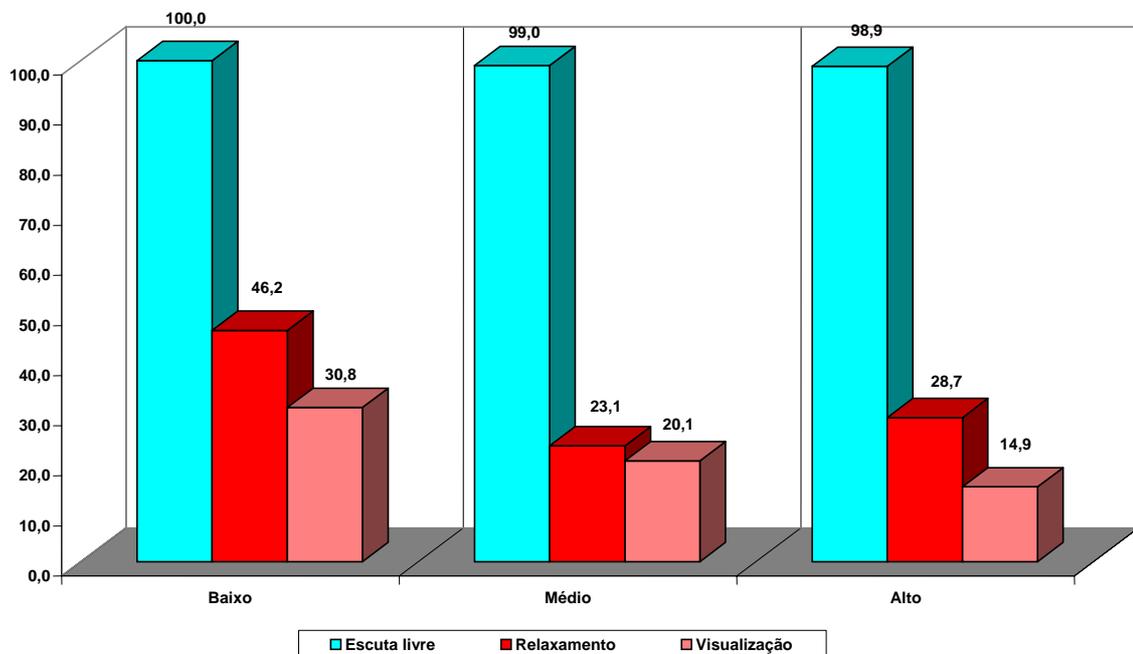


Podemos observar que o Grupo Baixo Nível de Manifestações Psíquicas e Comportamentais foi aquele que recebeu o maior número de intervenções por parte do psicólogo hospitalar (34,6% de orientação à família, 61,5% de orientação à equipe de saúde, 88,5% de orientação psicopedagógica e 100% de Psicoterapia Breve). Conforme já salientamos anteriormente, o referido grupo encontra-se preservado em termos de

manifestações psíquicas e comportamentais e, portanto, tal resultado parece demonstrar que tal dado não foi considerado no momento de realização das intervenções. Por outro lado, os grupos que apresentam Médio e Alto índice de manifestações psíquicas e comportamentais foram negligenciados no que diz respeito a possíveis intervenções a serem realizadas pelo psicólogo hospitalar.

A Figura 11 apresenta a distribuição percentual dos tipos de técnicas aplicadas a cada um dos grupos de Manifestações Psíquicas e Comportamentais.

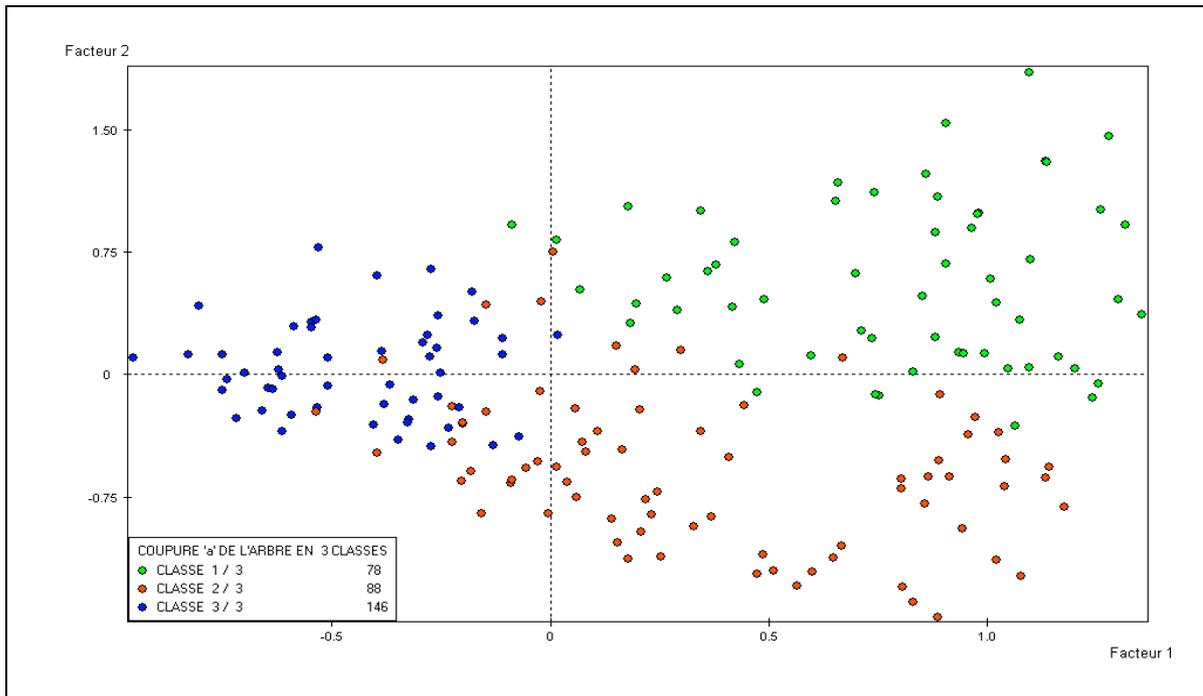
**Figura 11. Clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais e Tipo de Técnica (em %)**



Em relação ao tipo de técnica aplicada para cada grupo, podemos perceber que, mais uma vez, os grupos Médio e Alto Nível de Manifestações Psíquicas e Comportamentais foram negligenciados quando comparados ao Grupo Baixo Nível de Manifestações Psíquicas e Comportamentais.

A Figura 12 apresenta a Nuvem de Pontos proveniente da análise de “cluster” dos dados do grupo de itens Queixas do Paciente do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar.

**Figura 12. Nuvem de Pontos de Queixas do Paciente**



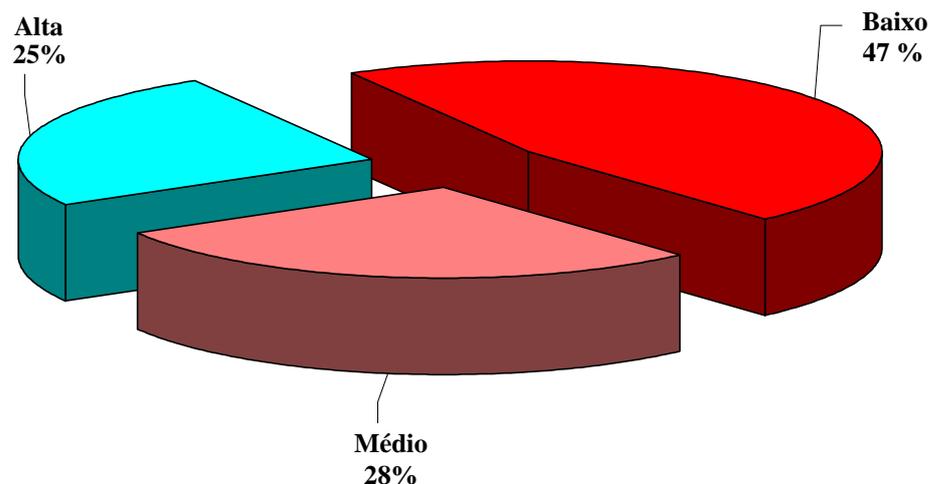
A análise dos dados do grupo de itens Queixas do Paciente do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar permitiu aglutinar os sujeitos em três grupos a saber:

- Grupo Baixo Índice de Queixas do Paciente (azul): grupo composto por sujeitos que apresentaram, de acordo com a avaliação do psicólogo no momento da entrevista, ausência de queixas relacionadas ao medo da morte, a dúvidas sobre o tratamento, a perda ou lesão de órgãos, ao diagnóstico, a dores e a problemas familiares. Trata-se, portanto do grupo mais preservado no que respeita a queixas que o paciente pode apresentar durante a hospitalização;
- Grupo Médio Índice de Queixas do Paciente (vermelho): grupo composto por sujeitos que apresentaram, de acordo com a avaliação do psicólogo no momento da entrevista, oscilantes entre o baixo e o médio índice de queixas relacionadas ao medo da morte, a dúvidas sobre o tratamento, a perda ou lesão de órgãos, ao diagnóstico, a dores e a problemas familiares. Tal grupo inspira cuidado, visto que, demonstra ter dúvidas quanto a sua condição física e sobre questões relacionadas à hospitalização;

- Grupo Alto Índice de Queixas do Paciente (verde): grupo composto por sujeitos que apresentaram, de acordo com a avaliação do psicólogo no momento da entrevista, alto índice de queixas relacionadas ao medo da morte, a dúvidas sobre o tratamento, a perda ou lesão de órgãos, ao diagnóstico, a dores e a problemas familiares; sendo este portanto, o grupo que apresenta maior demanda de atendimento por parte do psicólogo hospitalar.

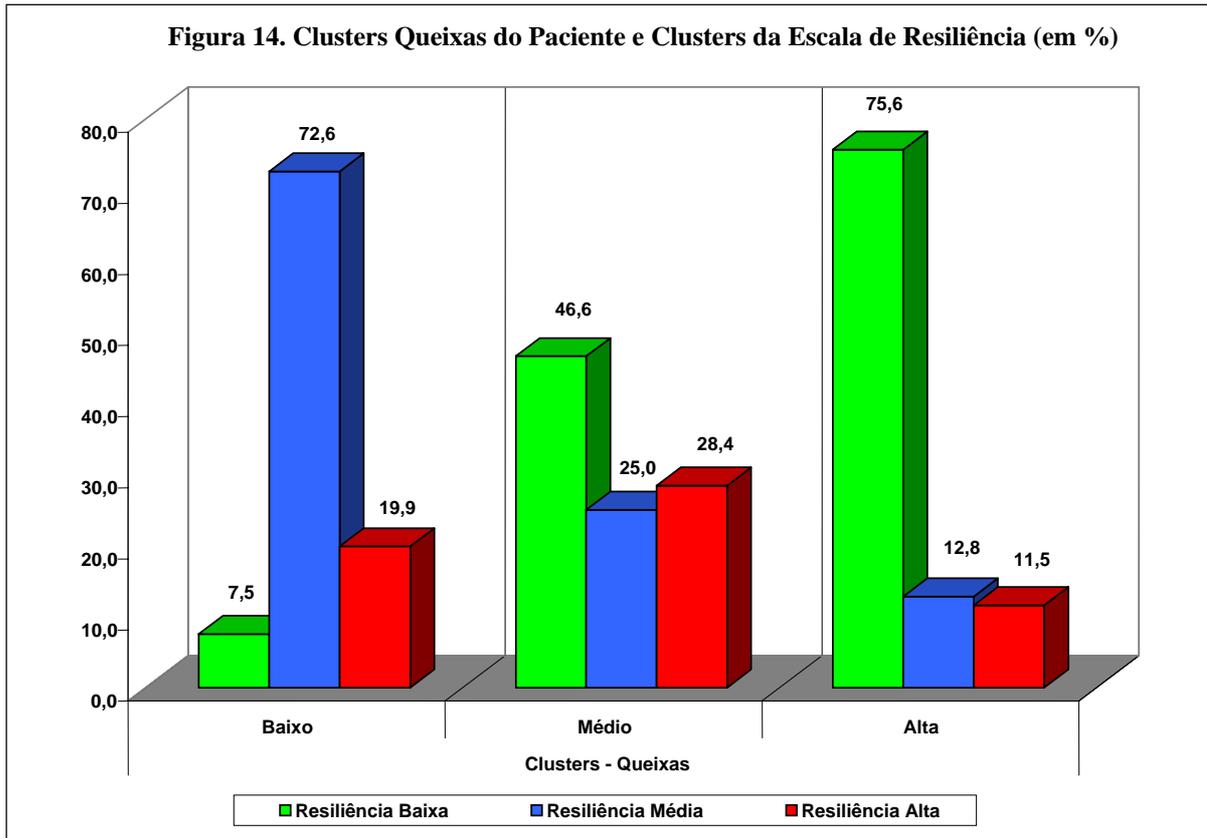
A Figura 13 apresenta a distribuição dos grupos acima descritos em termos percentuais.

**Figura 13. Clusters Queixas do Paciente (em %)**



Podemos perceber que a maioria dos sujeitos pesquisados apresenta baixo índice de queixas ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=25,92$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significante ao nível de 0,05).

A Figura 14 apresenta a distribuição percentual dos clusters de Queixas do Paciente do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar em relação aos clusters da Escala de Resiliência.



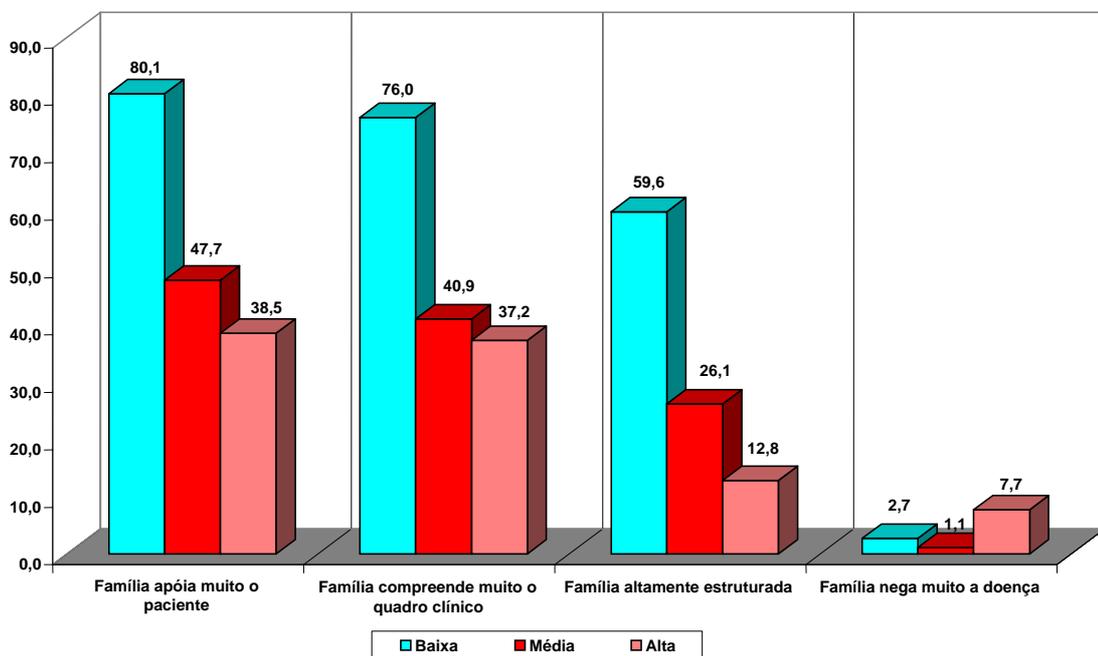
Os dados apresentados na Figura 14 demonstram que o Grupo Baixo Índice de Queixas do Paciente é composto em sua maioria por sujeitos que apresentam Médio Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=104,64$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativa ao nível de 0,05). Já para o Grupo Médio Índice de Queixas do Paciente predominam os sujeitos com Baixo Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=7,11$  para dois graus de liberdade e significância de 2,85% - significativa ao nível de 0,05). No Grupo Alto Índice de Queixas do Paciente a maioria dos sujeitos apresenta Baixo Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=62,35$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativa ao nível de 0,05).

Grotberg (1995), Bouvier (1999), Cyrulnik (1999), Guedeney (1999), Hyanal (1999), Manciaux (1999), Poilpot (1999), Lindstrom (2001) e Silber & Maddaleno (2001) defendem a premissa de que a pessoa que apresenta a capacidade de resiliência é capaz de minimizar e

elaborar simbolicamente as situações aversivas de modo a superar os efeitos nocivos das adversidades.

A Figura 15 apresenta a distribuição percentual dos clusters de Queixas do Paciente do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar em relação à estrutura familiar, de acordo com a avaliação do psicólogo.

**Figura 15. Clusters de Queixas e Avaliação Familiar (em %)**

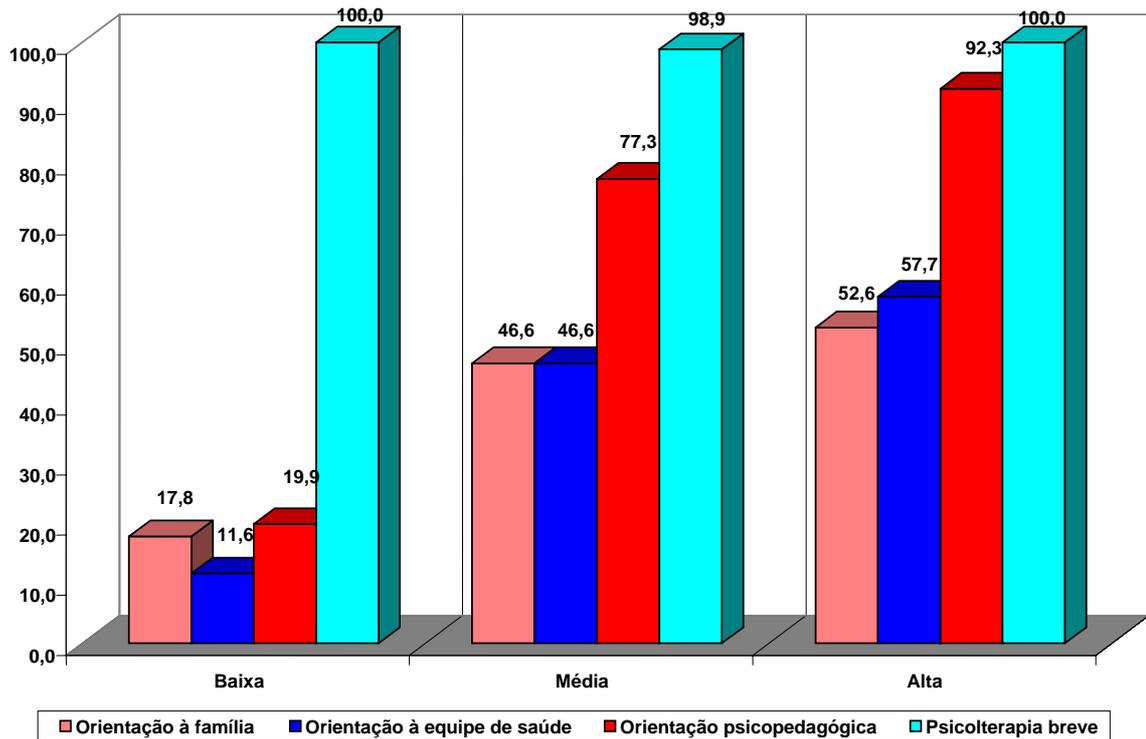


Podemos perceber, no que diz respeito à avaliação familiar, que quanto maior o índice de queixas o paciente apresenta mais problemas familiares podem ser identificados. Neste contexto, notamos que no Grupo Alto Índice de Queixas do Paciente apenas 38,5% dos sujeitos conta com o apoio de seus familiares, enquanto que o mesmo acontece para cerca de 80% dos pacientes do grupo que demonstra baixo nível de queixas; quanto a compreensão do quadro clínico, 37,2% dos pacientes do Grupo Alto Índice de Queixas possuem famílias que compreendem muito o quadro clínico, contra 76% das famílias dos pacientes com baixo nível de queixas; a mesma discrepância percentual pode ser observada quanto à estrutura da família

(60% para Grupo Baixo Índice de Queixas do Paciente, contra 13% para o Grupo Alto Índice de Queixas do Paciente).

Na Figura 16 encontramos os dados referentes ao tipo de intervenção realizada em cada grupo, em termos percentuais.

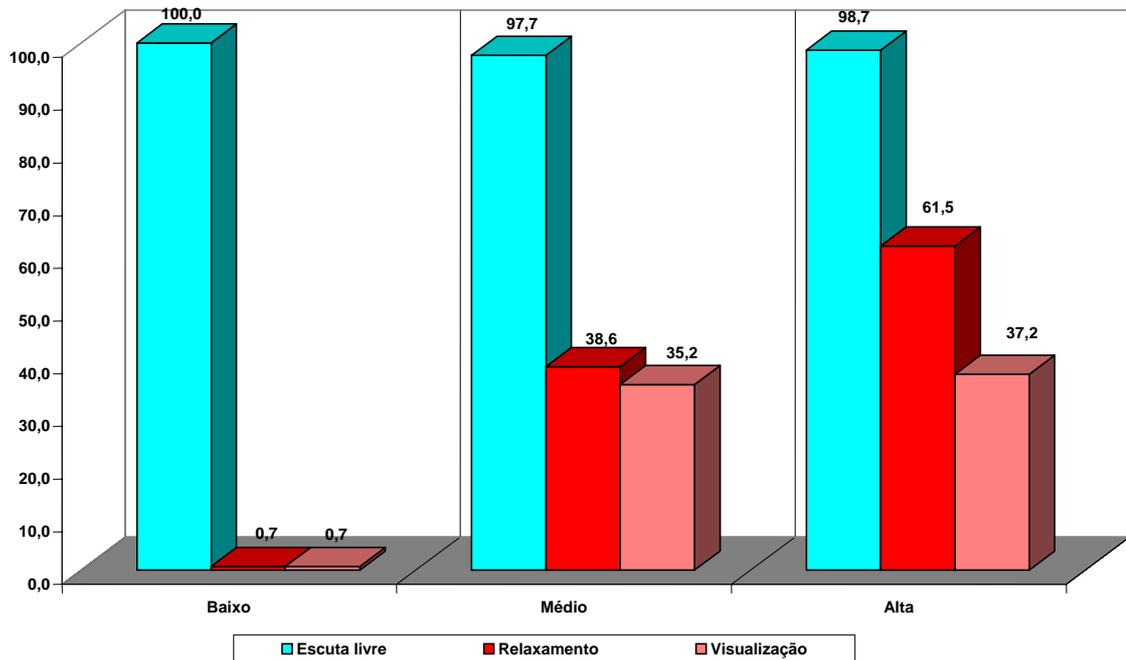
Figura 16. Clusters de Queixas do Paciente e Intervenção (em %)



Os dados sintetizados na Figura 16 demonstram que os grupos que apresentam Médio e Alto Nível de Queixas do Paciente receberam mais cuidados no que se refere aos tipos de intervenções contempladas neste estudo, quando comparados ao Grupo Baixo Nível de Queixas do Paciente. Contudo, podemos notar que quase que a totalidade dos pacientes participantes da pesquisa passaram por Psicoterapia Breve.

A Figura 17 apresenta a distribuição percentual dos tipos de técnicas aplicadas a cada um dos grupos de Queixas dos Pacientes.

**Figura 17. Clusters de Queixas e Tipo de Técnica (em %)**



No que diz respeito ao tipo de técnica aplicado em cada grupo de pacientes, podemos perceber dados similares aos acima descritos, ou seja, os grupos Médio e Alto Índice de Queixas do Paciente receberam maior atenção do psicólogo hospitalar. Contudo, vale destacar que quase todos os sujeitos foram beneficiados pela Escuta Livre.

Como bem descreve Gorayeb (2001), o paciente hospitalizado tem uma demanda psicológica específica decorrente de sua doença orgânica, sendo que, sua maior necessidade está em conseguir comunicar-se adequadamente com a equipe médica de modo a obter todas as informações que desejar sobre suas condições. Decorre daí a delimitação da função do psicólogo hospitalar, na qual, torna-se essencial que procure apoiar, esclarecer e informar, tanto o paciente, quanto à equipe que o atende, de modo a promover um relacionamento efetivo entre as várias partes envolvidas no processo, que objetive clarificar os aspectos específicos da patologia e do prognóstico do paciente.

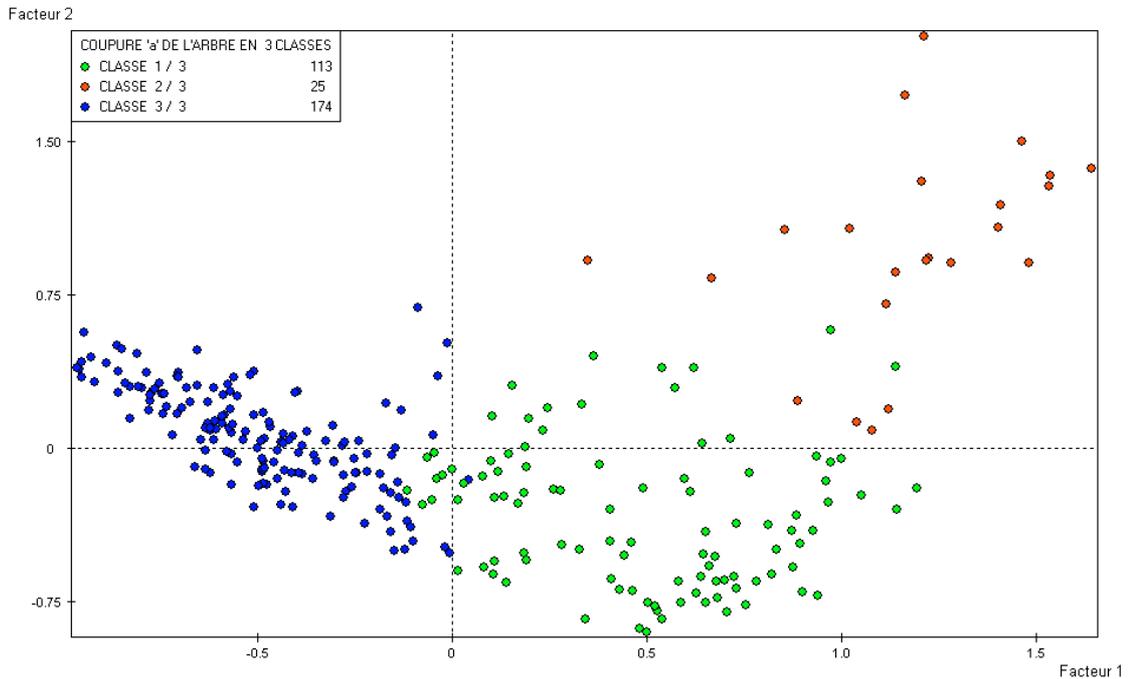
Tal autor ainda afirma que “o essencial da ação do psicólogo é ser capaz de fazer uma rápida análise da situação para identificar a origem do problema” (Gorayeb, 2001, pág. 264).

Os dados apresentados nas Figuras 4, 5, 10, 11, 16 e 17 demonstram discordância entre si e podem indicar uma dificuldade experimentada pelo psicólogo hospitalar em discriminar qual paciente realmente necessita de algum tipo de intervenção, uma vez que, tais dados nos permitem afirmar que os grupos aqui considerados mais preservados, no que se refere ao nível de resiliência e ao índice de manifestações psíquicas e comportamentais, receberam mais cuidados por parte do psicólogo hospitalar do que os demais grupos.

Optamos então pela realização de uma análise de “cluster” entre os três primeiros grupos de itens do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar (manifestações psíquicas e comportamentais, queixas do paciente e avaliação familiar) de modo a buscar um agrupamento dos sujeitos que pudesse classificá-los em termos de fatores protetores, conforme a descrição de Garmezy e Masaten (1994) já anteriormente citada. Tal opção deu-se em função da necessidade de obter uma análise mais apurada, tanto sobre a assertividade do psicólogo hospitalar na escolha de foco de atendimento de pacientes hospitalizados, quanto sobre a especificidade do protocolo desenvolvido por Leite (2007) para avaliação de manifestações psíquicas e comportamentais, queixas do paciente e avaliação familiar.

A Figura 18 apresenta a Nuvem de Pontos proveniente da análise de “cluster” do cruzamento dos dados dos grupos de itens Manifestações Psíquicas e Comportamentais, Queixas do Paciente e Avaliação Familiar do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar.

**Figura 18. Nuvem de Pontos do Cruzamento de Manifestações Psíquicas e Comportamentais, Queixas do Paciente e Avaliação Familiar**



A análise dos dados do cruzamento dos grupos de supracitados permitiu aglutinar os sujeitos em três grupos a saber:

- Baixa presença de fatores protetores (vermelho): grupo de sujeitos que apresentou:
  - Em relação às Manifestações Psíquicas e Comportamentais: ausência de competência emocional, de auto-estima, de autonomia, de confiança, de senso de humor, de objetivos de vida, de capacidade de resolver problemas e de espiritualidade, e ainda, alta perda identidade e alto nível de ansiedade;
  - Em relação às Queixas do Paciente: alto índice de dúvidas sobre o tratamento;
  - Em relação à Avaliação Familiar: família não apóia o paciente, não demonstra ser estruturada e nega a doença;
- Média presença de fatores protetores (verde): grupo de sujeitos que apresentou:
  - Em relação às Manifestações Psíquicas e Comportamentais: baixa competência emocional, baixa auto-estima, baixa autonomia, baixa confiança, baixo senso de humor, baixo índice de objetivos de vida, baixa capacidade de resolver problemas e

baixa espiritualidade, e ainda, perda identidade entre baixa e média e alto nível de ansiedade;

- Em relação às Queixas do Paciente: alto índice de queixas sobre medo da morte, perda ou lesão de órgãos e dúvidas sobre o tratamento;

- Em relação à Avaliação Familiar: a família pouco apóia o paciente, demonstra pouca estrutura e nega a doença em alguns momentos;

- Alta presença de fatores protetores (azul): grupo de sujeitos que apresentou:

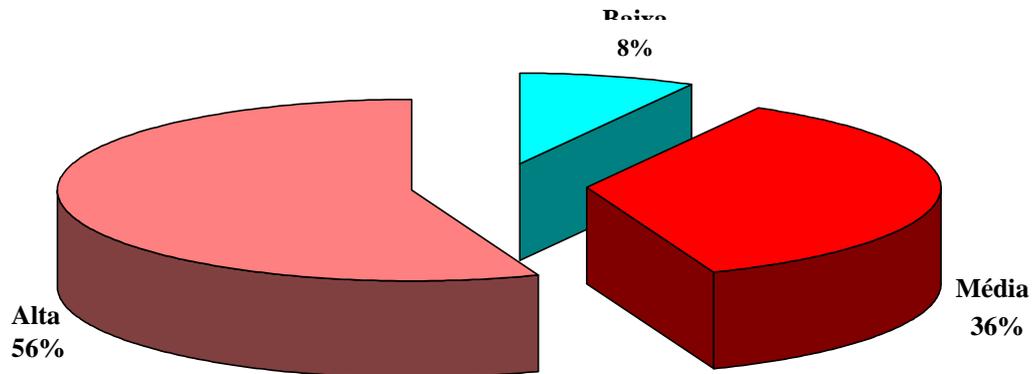
- Em relação às Manifestações Psíquicas e Comportamentais: alto índice de objetivos de vida e de autonomia; índice entre médio e alto para senso de humor, confiança, auto-estima, capacidade de resolver problemas, competência emocional e espiritualidade; e ainda, ausência de perda de identidade e ansiedade entre ausente e baixa;

- Em relação às Queixas do Paciente: ausência de queixas relacionadas à problemas familiares, medo da morte, dúvidas sobre o tratamento, perda ou lesão de órgãos e dores;

- Em relação à Avaliação Familiar: a família compreende o quadro clínico, apóia o paciente e demonstra ser estruturada.

A Figura 19 apresenta a distribuição dos grupos acima descritos em termos percentuais.

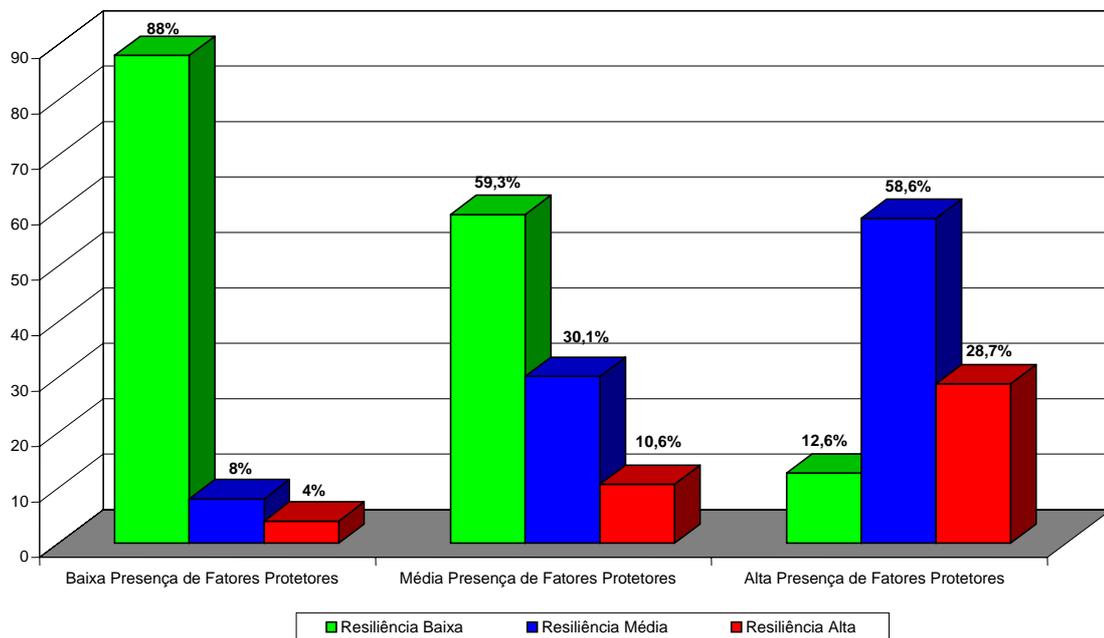
**Figura 19. Cluster Manifestações, Queixas e Avaliação Familiar (em %)**



Podemos perceber que a maioria dos sujeitos pesquisados pertence ao grupo que apresenta alta presença de fatores protetores ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=107,90$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significativo ao nível de 0,05).

A Figura 20 apresenta a distribuição percentual dos clusters de Manifestações Psíquicas e Comportamentais, Queixas do Paciente e Avaliação Familiar do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar em relação aos clusters da Escala de Resiliência.

**Figura 20. Clusters de Manifestações, Queixas e Avaliação Familiar e Clusters de Resiliência (em %)**

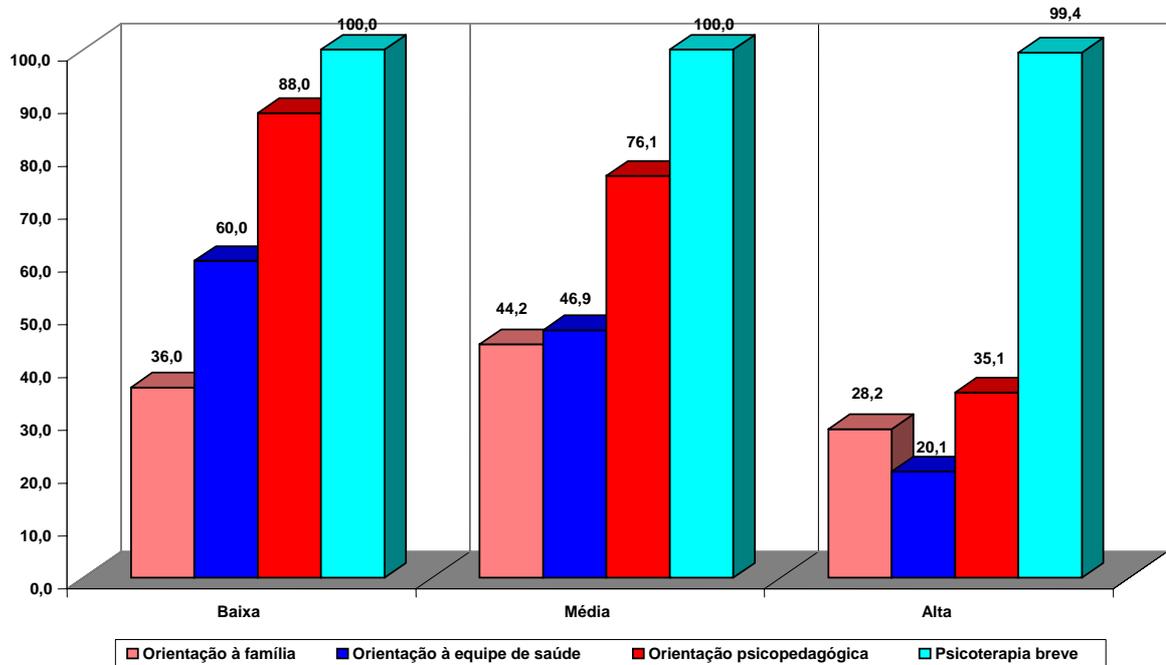


Os dados apresentados na Figura 20 demonstram que o Grupo Baixa Presença de Fatores Protetores é composto por uma grande maioria de sujeitos que apresentam Baixo Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=33,68$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significante ao nível de 0,05). O mesmo acontece no Grupo Média Presença de Fatores Protetores, no qual também predominam os sujeitos com Baixo Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=40,69$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significante ao nível de 0,05). Já no Grupo Alta Presença de Fatores Protetores a maioria dos sujeitos apresenta Médio Nível de Resiliência ( $\chi^2_{\text{homogeneidade}}=56,83$  para dois graus de liberdade e significância de 0,00% - significante ao nível de 0,05).

Ao observarmos as Figuras 8, 14 e 20 conjuntamente podemos perceber uma congruência entre si, demonstrando que o grupo de pacientes que se mostra preservado em relação aos itens do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar são aqueles que apresentam o nível maior na Escala de Resiliência.

Na Figura 21 encontramos os dados referentes ao tipo de intervenção realizada em cada grupo, em termos percentuais.

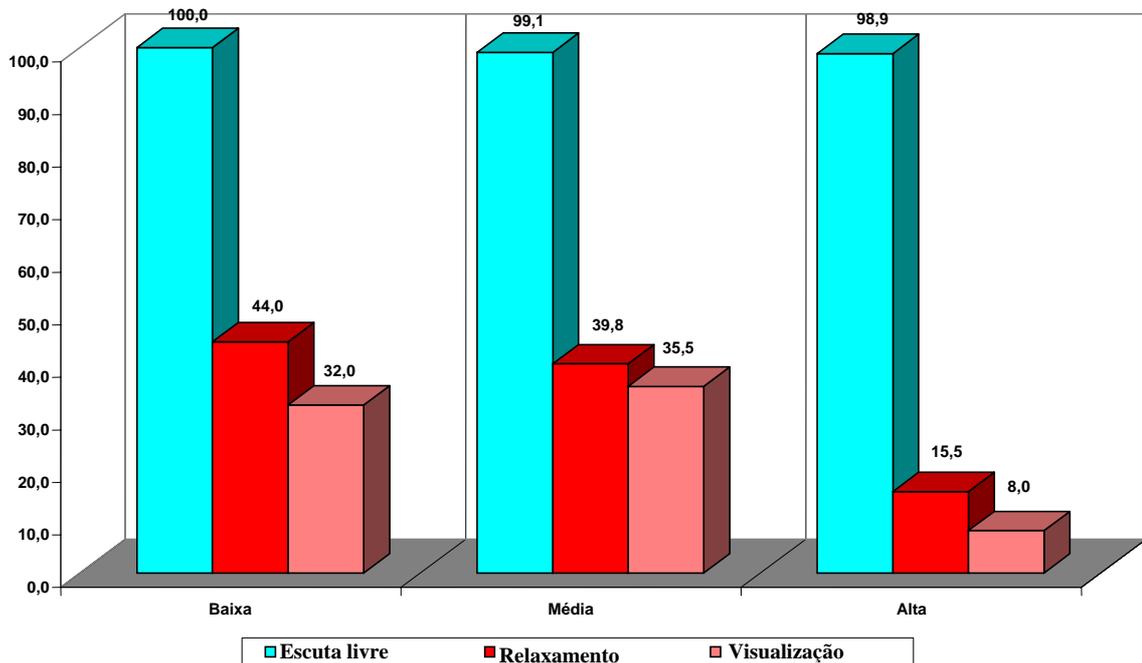
**Figura 21. Clusters de Manifestações, Queixas e Avaliação Familiar e Intervenções (em %)**



Ao agruparmos os sujeitos considerando o conjunto de dados de manifestações psíquicas e comportamentais, queixas do paciente e avaliação familiar podemos observar uma distribuição percentual diferente se analisarmos o conjunto de intervenções realizadas pelo psicólogo hospitalar. Tal agrupamento demonstra que o grupo com Baixa Presença de Fatores Protetores recebeu maior atenção, contudo, no que diz respeito à orientação à família, a diferença entre os grupos não pode ser considerada significativa.

A Figura 22 apresenta a distribuição percentual dos tipos de técnicas aplicadas a cada um dos grupos supracitados.

**Figura 22. Clusters de Manifestações, Queixas e Apoio Familiar e Tipo de Técnicas (em %)**



Os dados sintetizados na Figura 22 demonstram que os grupos com Baixa e Média Presença de Fatores Protetores apresentam índices percentuais maiores no que diz respeito à aplicação de técnicas, contudo, em ambos, o percentual de sujeitos que recebeu relaxamento ou visualização não chegou a atingir 50%.

Kotliarenco (1998) afirma que na elaboração de intervenções de promoção de saúde é importante considerar alguns fatores como: detecção de mecanismos que atuam como moderadores e ou protetores frente a situações adversas; detecção de possíveis desordens permanentes apresentadas pelo sujeito foco da intervenção; detecção de fatores de risco; incorporar a família nas ações e; procurar integrar saúde e educação.

Gorayeb e Guerrelhas (2003) defendem a sistematização do trabalho do psicólogo hospitalar como meio de promover a eficácia da prática do saber psicológico no contexto hospitalar. Para tanto, argumentam sobre a importância do desenvolvimento de instrumentos brasileiros de avaliação de aspectos comportamentais e emocionais do paciente hospitalizado que possam ajudar o psicólogo na coleta de dados que nortearão uma possível intervenção.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Pinto (2004) afirma que a área da Psicologia Hospitalar carece de roteiros e instrumentos específicos e padronizados, que possibilitem a compreensão do universo psicológico do paciente de modo a auxiliar o psicólogo na elaboração de um plano de intervenção adequado à demanda em questão.

Neste contexto, considerando as análises realizadas até então, podemos argumentar que a utilização o Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar pode auxiliar o psicólogo hospitalar em sua coleta de dados junto ao paciente, uma vez que permite identificar a condição do paciente, no que diz respeito aos fatores protetores característicos da resiliência e, em consequência, possibilitar uma assistência psicológica mais adequada a demanda apresentada pelo mesmo.

A literatura sobre Psicoterapia Breve afirma que será considerado um atendimento psicológico em Psicoterapia Breve quando o mesmo é utilizado em dois ou mais atendimentos ao paciente. Neste contexto, os atendimentos que foram realizados nesta pesquisa não podem ser classificados como psicoterapia breve, mas sim como um atendimento focal.

Por outro lado, há inúmeros casos em nossa prática enquanto psicólogo em ambientes médicos, cujos pacientes são atendidos em Psicoterapia Breve uma única vez, ou ainda, por apenas poucos minutos, pois o “setting” do atendimento hospitalar tem características bem distintas do atendimento clínico em geral. Nesta situação, oferece-se uma escuta atenta e acolhedora, ficando difícil de se estabelecer um foco para o atendimento. Parece que foi o que ocorreu nos casos acompanhados por este estudo.

Os resultados deste trabalho mostram que a Psicoterapia Breve deve ser mantida, desde que tenha mais atendimentos (mínimo de dois) e que no protocolo estabelecido neste estudo, inclua-se atendimento focal, e que tenha um espaço para registrar o foco estabelecido, tanto na psicoterapia breve como no atendimento focal, o que poderá trazer novos conteúdos para se entender ainda mais este tipo de intervenção.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSÕES**

Desde as primeiras experiências de Mathilde Neder como psicóloga hospitalar em São Paulo na década de 50 (COELHO, 1998), até os dias atuais, muito se tem escrito e estudado sobre a inserção do psicólogo em ambientes médicos no Brasil (LoBIANCO & COLS., 1994; CAMPOS, 1995; YAMAMOTO & CUNHA, 1998; SEIDL & COSTA JR., 1999; ROMANO, 1999; YAMAMOTO, TRINDADE & OLIVEIRA, 2002; MARCON, LUNA & LISBOA, 2004; entre outros).

Nas últimas décadas, a preocupação em buscar a sistematização da prática da Psicologia Hospitalar aparece como um movimento crescente entre a comunidade acadêmica e científica que se dedica ao estudo dessa área de atuação promovendo importantes discussões sobre a avaliação psicológica no contexto hospitalar e apresentando estudos enfocando instrumentos que possam auxiliar o psicólogo na coleta de dados, na elaboração de seu plano de intervenção e na posterior avaliação da eficácia do mesmo (BELAR & DEARDORFF, 1995; BAPTISTA & DIAS, 2003; GORAYEB & GUERRELHAS, 2003; PINTO, 2004; CAPITÃO, SCORTEGAGNA & BAPTISTA, 2005).

O presente estudo objetivou contribuir para o desenvolvimento de uma prática sistematizada do psicólogo hospitalar apresentando um instrumento que procura avaliar dois fatores distintos: 1) a adequação entre a demanda do paciente hospitalizado e a assistência prestada pelo psicólogo e; 2) a presença de fatores protetores característicos da resiliência no paciente hospitalizado.

O conjunto dos dados levantados permitiu perceber que a utilização do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar pode nortear as ações no psicólogo desde

que o mesmo esteja atento ao conjunto dos dados que provém da aplicação do mesmo. Afinal, como afirmam Schneider e Amerman (1997), a qualidade de uma avaliação será significativamente influenciada pela habilidade do avaliador em recolher e analisar as diversas variáveis relacionadas ao estado de saúde do paciente.

Neste contexto, destacamos que o adequado treinamento do psicólogo na prática da avaliação psicológica aparece como fator primordial na elaboração de um plano de intervenção que atenda a demanda do paciente e acreditamos que tal responsabilidade deva ser contemplada nas discussões sobre a formação oferecida pelas instituições de ensino superior (NORONHA, 1999; CAPITÃO, SCORTEGAGNA & BAPTISTA, 2005).

Ao considerarmos os tipos de intervenções realizadas pelos psicólogos participantes deste estudo identificamos a Psicoterapia Breve como sendo algo aplicado a todos os pacientes, independente do tipo de demanda de cada um. Em pesquisa realizada junto psicólogos hospitalares, LoBianco e cols. (1994) encontraram dados semelhantes e descreveram a Psicoterapia Breve como sendo a atividade básica realizada no atendimento hospitalar. Novamente, podemos perceber a questão da formação acadêmica como, até certo ponto, limitante da prática do psicólogo em ambientes médicos, uma vez que não tem apresentado outras formas de atuação que não aquelas advindas da prática clínica.

O cruzamento dos dados provenientes da Escala de Resiliência e do Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar apresentou uma congruência em relação aos resultados, demonstrando que aqueles sujeitos que apresentam pontuação alta para a Escala de Resiliência, ao serem avaliados pelo psicólogo por meio do protocolo desenvolvido para este estudo, obtém resultados mais satisfatórios no que diz respeito a manifestações psíquicas e comportamentais, queixas do paciente e avaliação da família. Portanto, podemos considerar que o protocolo desenvolvido por Leite (2007) pode ser utilizado pelo psicólogo

hospitalar como um instrumento de avaliação da presença de fatores protetores característicos das pessoas resilientes.

Pensando na questão da resiliência como aspecto importante na promoção e ou manutenção da saúde, Andrade (2001) atenta para o fato de que as discussões atuais sobre políticas de saúde têm focalizado a prevenção como aspecto principal e apontam para os fatores protetores característicos da resiliência como sendo de primordial importância no desenvolvimento de modelos de intervenção nesta área.

Diante de tais argumentações acreditamos que o Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar apresentado neste estudo possibilita uma importante contribuição para as discussões referentes à necessidade de sistematização da prática do psicólogo em ambientes médicos. Afinal, conforme afirma Gildron (2002), o desenvolvimento e a aplicação de roteiros padronizados pode contribuir para demonstrar a eficácia das avaliações e das intervenções do psicólogo em ambientes hospitalares.

Concordamos com Gorayeb (2001) ao afirmar que o psicólogo que pretende dedicar seu trabalho à prática da Psicologia Hospitalar deve sempre “produzir cada vez mais e melhor, solucionar problemas e criar modelos de atuação” (p.277) e firmamos nosso compromisso em continuar aprimorando os resultados levantados neste estudo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL-NASER, F.; SANDMAN, M. *Evaluation resilience factors in the face of traumatic events in Kuwait. Medical Sciences* 2000; 2:111-6.
- ALAMY, S. A prática hospitalar – Como é a atuação do psicólogo?. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde. Belo Horizonte*, v. 1, n.1. p 17, 2005.
- ALMEIDA, A .M., Cirurgia Espiritual : uma investigação, *Revista da Associação Médica Brasileira*, volume 46, numero 3, pgs. 194-2000, julho/setembro, pgs. 194-2000, ALVAREZ, A. M. S., A Resiliência e a historia de vida de Jovens moradores de rua : a família, os amigos, o sentido da vida, *Cadernos Saúde e Desenvolvimento* , Volume 1, pgs. 109-116, Brasília (DF), 1999.
- ALMEIDA, E.C. O psicólogo no hospital geral. *Psicologia ciência e profissão*. Brasília, v.20, n.3. p 24-27, 2000.
- ANDRADE, A. M. B. A. *Resiliência enquanto modelo de atuação na estratégia de intervenção do Programa Saúde da Família – PSF*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Fortaleza, 2001, 144 p.
- ANTHONY E. J. and Cohler B. - Risk, vulenrability, and resilience: na Overview in : *The invulnerable Child*. New york : The Guilford Press, 1987.
- AROIAN, K. J.; SCHAOOKER-MORRIS, N.; NEARY, S.; SPITZER, A.; TRAN, T. V. Psychometric evaluation of the Russian language version of the resilience scale. *J. Nurs Meas* 1997; 5:151-64.
- ARRAIS, A . R. e ARAÚJO, T.C.C.F. - Recidiva versus cura : A Vivência Paradoxal da Sobrevivência ao Câncer na Infância, *Revista Brasileira de Cancerologia*, julho-agosto-setembro,pgs. 15-22, 1999, São Paulo.
- BAPTISTA, M.N.; DIAS, R.R. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2003.

BASTOS, C.S.; URPIA, A.C.M.; PINHO, L.; ALMEIDA FILHO, N.M. - O impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida : um estudo com adolescentes de uma invasão de Salvador, Bahia. *Estudos em Psicologia*, Volume IV, numero 2, Natal (RN), 1999, 239-217.

BEARDSLEE, W. R. The role of self-understanding in resiliente individuals: the development of a perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1989, Volume 59, número 2, 266-278.

BELAR, C.D.; DEARDORFF, W.W. Clinical Helath Psychology Assesment. In C.D.Belar & W.W. Deardorff (orgs.) - *Clinical Helath Psychologyin Medical Settings: a practitioner's guidebook*. APA: Washington, 1995.

BOWLBY, J. *Separação*, São Paulo, Martins Fontes, 1984.

BLEGER, J. Psicologia institucional. In:\_\_\_\_\_ Psico-Higiene e Psicologia Institucional. Porto Alegre: Artmed, 1984. p 31-70.

CAMPOS, T. C. P. *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.112 p.

CAPITÃO, C.G.; SCORTEGAGNA, S.A.; BAPTISTA, M.N. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 2005, Volume 4, número 1, 75-82.

CECCONELLO, A. M. e KOLLER, H. S. Competência Social e empatia: Um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, volume 5, número 1, pgs. 71-93. janeiro/junho, Natal – RN, 2000.

COELHO, A. Psicologia Hospitalar: realidade atual e vicissitudes, *Vertentes*, 1998, Volume 11, número 1, 31-35.

DARMEGIAN, S. Reflexões sobre o trabalho “A resiliência e o morar na rua : Estudo com moradores de rua – crianças e adultos – na cidade de São Paulo – de Aparecida Magali de

- Souza Alvarez (1999) “ *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, volume 9, numero 1, pgs. 57-62, janeiro/junho, São Paulo, 1999
- DE ANTONI, C., HOPPE, M. W., MEDEIROS, F. & KOLLER, S. H. *Uma família em situação de risco: Resiliência e vulnerabilidade*. In *Interfaces: Revista de Psicologia*, volume 2, número 1, pgs.81-85. 1999.
- DIAS, N. M. Et al. Humanização Hospitalar: a atenção à recepção. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, n.6. p 30-37, 2007.
- FERREIRA, A. P. A residência hospitalar como modalidade de especialização em psicologia clínica. *Psicologia ciência e profissão*, Brasília, v.21, n.2, 2001.
- FOSSI, L.B. e GUARESCHI, N.M.F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro, v.7, n.1. p 29-43, 2004.
- GARCIA, M. L. P; SOUZA, A. M. A e HOLANDA, T. C. Intervenção psicológica em uma unidade de transplante renal de um hospital universitário. *Psicologia ciência e profissão*. Brasília, v.25, n.3. 2005.
- GARMEZY, N. Reflections and commentary on risk, resilience, and development. In R. J. Haggerty, L. R. Scherrod, N. Garmezy & M. Rutter, (Orgs.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms, and interventions* Cambridge: Cambridge University Press, 1996, pp.1-18.
- GARMEZY, N. e MASTEN, A. - Chronic Adversities. In M. Rutter, E. Taylor, e L. Herson (Orgs.), *Child and Adolescent Psychiatry* . Oxford: Blackwell Scientific, 1994, pp. 191-207.
- GARCIA, I. - Vulnerabilidade e resiliência. *Revista Científico Cultural Multidisciplinar Bilingüe Adolescência Latino Americana*, São Paulo, 2001, volume 2, No. 3: 128-130.
- GILDRON. Y. Evidence-Based Health Psychology: rationale and support. *Psicologia, Saúde e Doença*, Volume 3, número 1, 3-10.

- GIMENES, M.G.G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psicologia. In M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.) - *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editorial Psy, 1997, 111-147.
- GRACIANI, M. S.S. Processo de abordagem das crianças e adolescentes “de e na” rua: Desafios e Perspectivas. *Revista Brasileira de Desenvolvimento Humano*, São Paulo, 1994, Volume IV, número 1, 49-58,.
- GOLEMAN, D. *Inteligência Emocional*. Editora Objetiva, Rio de Janeiro, 1995.
- GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In M.L.Marinho & V.E.Caballo (orgs.) – *Psicologia Clínica e da Saúde*. Granada: APICSA, 2001, 263-278.
- GORAYEB, R. & GUERRELHAS, F. Sistematização da Prática Psicológica em Ambientes Médicos. *Rev. Bras. de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, 2003, Volume V, número 1, 11-19.
- GROTBORG, E. *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague. : The Bernard van Leer Foundation, 1995.
- GUIMARÃES, C. e colaboradores. *Resiliência, bem estar subjetivo e qualidade de vida*. . São Paulo, 2003. [Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica – PUC].
- GRUNSPUM, H. Violência e resiliência: a criança resiliente na adversidade. *Revista de Bioética e Ética Médica*. Brasília, 2002, Volume 10, número 1, 163-171..
- HUNTER, A. J.; CHANDLER, G. E. Adolescent resilience. *J. Nurs Scholarsh* 1999; 31:243-7.
- JOB, J.R.P., *A Escritura da Resiliência : testemunhas do Holocausto e a memória da vida*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000 - Tese de Doutorado.
- JUNQUEIRA, M de F. P. da S. e DESLANDES, S.F. Resiliência e maus-tratos à criança. *Caderno de Saúde Pública* Rio de Janeiro, 2003, volume 19, número, 227-235..

- KOTLIARENCO, M. A. *.Programas de intervención basados em el concepto de resiliência.* Santiago: M.A.K. CONSULTORA S.A / Fundación Bernard van Leer, 1998.
- KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer.* Tradução de Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296 p.
- LINDSTROM, B. O Significado da resiliência. *Adolescência Latino Americana*, Porto Alegre, 2001, Volume 2, número 3, 133-137.
- LoBIANCO, A.C.; BASTOS, A.V.B.; NUNES, M.L.T.; SILVA, R.C. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In CFP (org.) – *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MARCON, C.; LUNA, I.J.; LISBÔA, M.L. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2004, Volume 24, número 1, 87-96.
- MORAES, M. C. L. e RABINOVICH, E.P. Resiliência uma discussão introdutória. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* São Paulo, 1996, Volume 6, numero. 1 / 2, janeiro/dezembro, 10-13.
- NORONHA, A.P.P. *Avaliação Psicológica Segundo Psicólogos: uso e problemas com ênfase nos testes.* Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP, Campinas, 1999.
- OLIVEIRA, M.C.M.V. *Câncer de mama e resiliência – Uma abordagem Psicossomática.* São Paulo: Pontifícia Universidade de Católica de São Paulo, 2001. Dissertação de Mestrado
- OSHIO, A.; NAKAYA, M.; KANECO, H.; NAGAMINE, S. Development and validation of an adolescent resilience scale. *Japanese Journal of Counseling Science* 2002; 35:57-65.

- PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, N. C.; MALAQUIAS, J. V.; CARVALHAES, R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2005, mar-abr, 21(2):436-448,
- PINHEIRO, L. M. H. A importância da psicologia para a humanização hospitalar. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, v. 1, n.1. p 25-35, 2005.
- PINTO, F. E. M. Psicologia hospitalar: breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro, v.7, n.2. p 1-12, 2004.
- RIBEIRO, V. Diferença entre o atendimento psicológico em meio hospitalar e em consultório. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*. Belo Horizonte, v. 1, n.1. p 14-16, 2005.
- RUTTER, M. - Estresse, Resilience in the face of adversity. Protective factors na resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1985: 147, 598 – 611.
- ROMANO, B.W. *Princípios para a prática clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- SANTOS, C. T. e SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMOM, V.A.A. (ORG). **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996. p 147-176.
- SCHNEIDER, B; AMERMAN, E. Clinical Protocols: guiding case management assesment and care planning. *Generations*, 1997, Volume 21, número 1, 68-73.
- SEIDE, E.M.F.; COSTA JR., A.L. O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 1999, Volume 15, número 1, 27-35.
- SLAP, G.B. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. *Adolescência Latinoamericana*. Porto Alegre, 2001, Volume 2, número 3, 24-31.

STAUDINGER, U. M., MARSISKE, M. e BALTES, P. B. Resiliência e nível de capacidade de reserva na velhice: Perspectiva da teoria de curso de vida. In Néri, Anita Liberalesso (Org.) *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida*. Campinas, SP: Papyrus, 1995, 195-229.

SUTCLIFFE, J. *O livro completo de técnicas de relaxamento*. São Paulo: Manole, 1998.

TONETTO, A. M. e GOMES, W. B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de psicologia (Campinas)*. Campinas, v.24, n.1. p 89-98,2007.

YAMAMOTO, O.H.; CUNHA, I.M.F.F.O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1998, Volume 11, número 2, 345-362.

YAMAMOTO, O.H.; TRINDADE, L.C.B.O.; OLIVEIRA, I.F. O psicólogo em hospitais NO Rio Grande do Norte. *USP*, 2002, Volume 13, número 1, 217-246.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. *J. Nurs Meas* 1993; 1:165-78.

WERNER E. E.; SMITH, R.S. *Vulnerable but invincible : a longitudinal study on resilient children na youth*. New York : McGraw-Hill, 1982.

ZIMMERMAN, M. A. e ARUNKUMAR, R. Resiliency research: implications for schools and policy. *Social Policy Report*, 1994, 8(1), 1-18.

## **ANEXOS**

## Anexo I



**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título do Estudo:** Presença de Fatores Protetores de Resiliência em Pacientes Hospitalizados: um estudo correlacional

Declaro que os objetivos e detalhes desse estudo foram completamente explicados conforme seu texto descritivo. Entendo que não sou obrigado a participar do estudo e que posso descontinuar minha participação, a qualquer momento, sem ser em nada prejudicado.

Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros será garantida. Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com o pesquisador.

Nome do Pesquisado: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome do Pesquisador: Luiz Gonzaga Leite

RG 8.358.489 (SSPSP)

Data \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Anexo II****Questionário de Identificação**

Sujeito (Iniciais)	
Sexo	
Idade	
Estado Civil	
É o provedor (a) da Família ?	
Profissão	
Idade início da Doença	
Tempo de Diagnóstico Da doença atual	
Tempo de Tratamento	

### Anexo III

#### Escala de Resiliência\*

Nas afirmativas abaixo assinale o item que mais corresponde ao seu comportamento frente a situações diversas:

<b>DT</b> – Discordo Totalmente
<b>DP</b> – Discordo Parcialmente
<b>D</b> – Discordo
<b>NCND</b> – Nem Concordo, Nem Discordo
<b>C</b> – Concordo
<b>CP</b> – Concordo Parcialmente
<b>CT</b> – Concordo Totalmente

	<b>DT</b>	<b>DP</b>	<b>D</b>	<b>NC ND</b>	<b>C</b>	<b>CP</b>	<b>CT</b>
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim							
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra							
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa							
4. Manter interesse nas coisas é importante para mim							
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar							
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida							
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação							
8. Eu sou amigo de mim mesmo							
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo							
10. Eu sou determinado							
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas							
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez							
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes							
14. Eu sou disciplinado							
15. Eu mantenho interesse nas coisas							
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir							
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis							
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar							
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras							
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não							
21. Minha vida tem sentido							
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas							
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída							
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer							
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim							

\* Adaptada por Pesce e cols. (2005) a partir do original de Wagnild & Young (1993)

**Anexo IV****Protocolo de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar**

**Paciente (Iniciais):** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Bloco:** \_\_\_\_\_

**Quarto:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Tem conhecimento do mesmo há quanto tempo** \_\_\_\_\_

**Etapa de tratamento:** Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Oncologia ( )  
Cardiologia ( ) Outros ( )

**Questões iniciais:**

a) Como você está vivendo sua internação?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

b) Como está sua família? Sua relação com eles? Eles vêm te visitar?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Anexo V

### Instrumento de Avaliação da Intervenção do Psicólogo Hospitalar

**Paciente (Iniciais):** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Bloco:** \_\_\_\_\_

**Quarto:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**Tem conhecimento do mesmo a quanto tempo** \_\_\_\_\_ **Etapa de tratamento:**

**Clinico** ( ) **Cirúrgico** ( ) **Oncologia** ( )

**Cardiologia** ( ) **Outros** ( )

**Internações** \_\_\_\_ **Tempo da internação Atual :** \_\_\_\_\_ **Previsão de Alta** \_\_\_\_\_

<b>1) Manifestações Psíquicas e Comportamentais:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Capacidade resolver problemas				
2. Ansiedade				
3. Confiança				
4. Espiritualidade				
5. Objetivos na vida				
6. Autonomia				
7. Auto Estima				
8. Competência emocional				
9. Senso de Humor				
10. Perda identidade				

<b>2) Queixas do Paciente</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Diagnóstico (informações sobre)				
2. Dores				
3. Dúvidas sobre o tratamento				
4. Medo da morte				
5. Perda/lesão de órgãos				
6. Problemas familiares				

<b>4) Vínculo</b>				
1. Distante				
2. Hostil				
3. Colaborativo				

<b>3) Avaliação Familiar</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Apóia ao paciente				
2. Compreende o quadro clínico				
3. Estruturada				
4. Negação da doença				

<b>5) Intervenção</b>	<b>Atendimento (Quantidade)</b>
1. Orientação à Família/Acompanhante	
2. Orientação à equipe de saúde	
3. Orientação psicopedagógica	
4. Psicoterapia Breve	

<b>6) Técnica aplicada</b>	<b>Atendimento (Quantidade)</b>
1. Escuta livre	
2. Relaxamento	
3. Visualização	

<b>Legenda</b> <b>(Questões 1 – 2 - 3 – 4)</b>	
1	Ausente
2	Baixa
3	Média
4	Alta

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo VI

A  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Comitê de Ética em Pesquisa

### **TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Eu, LUIZ GONZAGA LEITE, RG 8.358.489 (SSPSP), Pesquisador Responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **Presença de fatores protetores de resiliência em pacientes hospitalizados : um estudo correlacional .**

Protocolo:

Declaro conhecer a resolução MS/CNS – no. 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos e comprometo-me a seguir todas as suas normas e orientações, assim como dar conhecimento delas e exigir a co-responsabilidade de todos os outros participantes do estudo, no seu cumprimento.  
São Paulo, 15 de dezembro de 2.005.

---

Luiz Gonzaga Leite

**Anexo VII**

São Paulo, 01 de novembro de 2005.

Nome da Instituição:  
Hospital Santa Paula  
Avenida Santo Amaro, 2468 – Moema – São Paulo

Pesquisador:  
Ms. Luiz Gonzaga Leite  
RG – 8.358.489 (SSPSP) e CPF – 735.889.468-53  
Rua Vieira de Moraes, 601 bloco 4 apto. 35  
CEP 04617-011 – Campo Belo – São Paulo  
Fones : (11) 5535.8474 e (11) 9151.8646

Orientadora:  
Profa. Dra. Edna M. Peters Kahhale – Fones 3670.8521  
(das 10,00 as 19,00 Horas) – Secretaria Vera  
Pós Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
(PUC-SP)

**Título do Trabalho: Presença de fatores protetores de resiliência em pacientes hospitalizados : um estudo correlacional .**

O propósito desse estudo é investigar Resiliência (Modo de Enfrentamento do adoecer pelo paciente), através de um levantamento de dados com 300 (trezentos) pacientes, de ambos os sexos, com idade entre 20 e 70 anos, clínicos e cirúrgicos internados no Hospital Santa Paula.

A fim de desenvolver este projeto solicitamos autorização, por um profissional responsável, para a utilização de dados documentais que envolvem registros clínicos dos atendimentos, bem como a realização de entrevistas com os pacientes.

Nos comprometemos com manter o sigilo das informações obtidas através destes documentos, garantindo a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Garantimos os benefícios obtidos através desta pesquisa, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e ou/ da comunidade, inclusive em termos de auto-estima e / ou econômico – financeiro desta instituição.

Luiz Gonzaga Leite

Pesquisador

Profa. Dra. Edna M. Peters Kahhale

Orientadora

Hospital Santa Paula

Dr. Isaac Gil

Superintendente Administrativo

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)