

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LUAN FLÁVIA BARUFI FERNANDES

**Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do
Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP**

São Paulo

2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

LUAN FLÁVIA BARUFI FERNANDES

**Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do
Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Edwiges Ferreira de Mattos
Silvares

São Paulo
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Fernandes, Luan Flávia Barufi.

Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP / Luan Flávia Barufi Fernandes; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras. -- São Paulo, 2010.

141 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia da saúde 2. Demografia 3. Supervisão clínica I. Título.

RA776.9

Nome: Fernandes, Luan Flávia Barufi

Título: Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Titular Dra. **Edwiges Ferreira de Mattos Silves**

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof.^a Titular Dra. **Edna Maria Marturano**

Instituição: Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof.^a Titular Dra. **Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki**

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha família: meus pais,
Néia e Januário; minhas irmãs,
Larissa e Letícia; e meu marido,
Marcelo, por acreditarem
incondicionalmente em minhas
potencialidades e investirem nos
meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Ao Divino Pai Eterno e Nossa Senhora por terem me dado sabedoria, dedicação e persistência na concretização deste trabalho, permitindo que eu superasse as “pedras do caminho”.

À minha orientadora, Edwiges Ferreira de Mattos Silvaes, pela oportunidade, apoio, disponibilidade, dedicação, exigência e conhecimentos compartilhados durante a realização deste trabalho. Muito obrigada!

Às minhas Avós, Tias, Tios, Cunhados e Primas, que sempre me apoiaram, me acalmaram e torceram por mim para que eu concluísse esta etapa de formação acadêmica.

Às minhas grandes amigas, Glaura, Daniele e Danila, que desde a minha infância me incentivam, ajudam e me divertem, dando suporte emocional na concretização de meus objetivos de vida, incluindo a realização deste trabalho.

Um muito obrigada especial às psicólogas e psicólogos do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP que deram oportunidade e viabilizaram a concretização desta pesquisa, através de muita dedicação, disponibilidade e cuidado na coleta de dados. Além do carinho e atenção com que sempre me trataram. Especialmente, para Maria Cristina Miyazaki, que incentivou e, por seu prestígio, promoveu meu ingresso no mestrado, além de sempre me apoiar e acreditar no meu trabalho.

Às amigas e amigos do Projeto Enurese/Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo pela amizade, apoio e partilha das dificuldades e alegrias deste período de tempo em que convivemos juntos (especialmente para Deisy, Carolina, Caroline, Lucirley e Fabiana).

À Patricia (estatística) pelo esmero e competência na análise estatística dos dados.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio financeiro durante a realização do presente trabalho.

"Ciência é, antes de tudo, um conjunto de atitudes. É uma disposição para lidar com fatos e não com o que foi dito por alguém a respeito deles."

B. F. Skinner

“Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena”.

Fernando Pessoa

RESUMO

Fernandes, L.F.B. (2010). *Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O levantamento das características da população a quem os serviços de atendimento de certa instituição se destinam, é importante para determinar quando, onde e como atender os que procuram por ajuda, sendo possível tornar este atendimento mais adequado às reais necessidades regionais. No Brasil, a Psicologia da Saúde é um campo recente de atuação do psicólogo. Para consolidar a Psicologia da Saúde como uma opção de pós-graduação e estágio para os psicólogos, é importante caracterizar melhor a clientela, descrever e avaliar as intervenções psicológicas realizadas. Há poucos estudos sobre o perfil da população atendida em serviços de psicologia da saúde, sendo que grande parte deles refere-se à clientela infantil. O objetivo do presente estudo é caracterizar a população atendida pelo serviço-escola de Psicologia do Hospital de Base (SPHB) de São José do Rio Preto/SP. Instrumentos utilizados: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Ficha de registro dos pacientes atendidos; Inventários: - Levantamento em Serviços-Escola; - Levantamento de atividades de supervisão (um para supervisor/outro para estagiário). A coleta de dados foi executada em duas etapas: 1- Caracterização do processo de supervisão, em que foram participantes 21 supervisores e 21 supervisionandos que aceitaram participar da pesquisa, respondendo aos inventários. 2- Caracterização da população atendida: - registro de dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes atendidos pelo SPHB durante um mês de atividades institucionais; - análise de prontuários dos pacientes assistidos pelo ambulatório de psicologia no ano de 2007. Os resultados obtidos na caracterização da população atendida indicaram a prevalência dos seguintes perfis: 1 - Ambulatório de Psicologia no ano de 2007 (843 registros): crianças e adolescentes (73): sexo feminino, 11 a 18 anos, escolaridade ensino fundamental incompleto, receberam como tratamento avaliação psicológica, apresentando queixa de ansiedade/depressão; entre os adultos (770): sexo feminino, 30 a 39 anos, casada, ensino fundamental incompleto, profissionais de “trabalhos diversos”, avaliada pela psicologia para realizar procedimentos médicos contraceptivos; 2 – Registro dos psicólogos durante um mês de atividades (1550 atendimentos): crianças e adolescentes (320): sexo masculino, cor branca, 6 a 10 anos, ensino fundamental incompleto, recebeu a orientação específica como tratamento para dificuldades em manejar problema de saúde; entre os adultos (1230): mulheres, 40 a 49 anos, casadas, ensino fundamental incompleto, trabalhadoras de serviços diversos, receberam como tratamento grupo psicoeducacional às dificuldades de entendimento da doença e tratamento médico. A partir da análise das respostas dos inventários de atividades de supervisão, observou-se que a avaliação do processo de supervisão disponibilizado pelo SPHB é positiva para os supervisores e seus aprimorandos. O presente estudo produziu dados relevantes para o SPHB, que podem sinalizar mudanças em seu funcionamento, destacando-se: necessidade de programar um modo mais sistematizado de registrar atendimentos realizados; aumento da oferta de intervenções preventivas para amenizar conseqüências de condições de saúde adversas; construção de um diálogo permanente entre supervisores e aprimorandos, a fim de superar divergências na supervisão. O SPHB apresenta-se como um centro de atendimento psicológico de grande porte, que atende uma demanda significativa de clientes e um centro formador qualificado na área da saúde.

Palavras-chave: Psicologia da saúde. Demografia. Supervisão clínica.

ABSTRACT

Fernandes, L.B.F. (2010). *Characterization of the population served and the process of supervision of the Psychology Department, Hospital de Base de São José do Rio Preto / SP*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

To survey the characteristics of the population for whom care services in a certain institution is intended is important to determine when, where and how to serve these people, and can make this service more appropriate to the real regional needs. In Brazil, Health Psychology is a new area for the psychologist. Therefore is important to better characterize the clientele, describe and evaluate psychological interventions undertaken to consolidate Health Psychology as an option for undergraduate and graduate psychology students. There are only a few studies on the population that is assisted by health psychology services, and much of it refers to children. The aim of this study is to characterize the clinical population from the school of Psychology, Hospital de Base (SPHB) of Sao Jose do Rio Preto / SP. Instruments: Informed Consent; seen patients record; Inventories: - Survey on School Services - Survey of supervision activities (to a supervisor / trainee to another). Data was collected in two steps: 1 - Characterization of the supervisory process, in which 21 trainees and 21 supervisors who agreed to participate in the research answered to the surveys. 2 - Characterization of the population - registration of socio-demographic and clinical data of patients treated at SPHB during a month of institutional activities - analysis of the files of patients assisted by a psychology clinic in 2007. The results obtained in the characterization of the population served indicate the prevalence of the following profiles: 1 - Psychological Clinic in 2007 (843 records): children and adolescents (73): female, 11-18 years, elementary school education, received psychological evaluation and treatment, complaining of anxiety / depression; among adults (770): female, 30-39 years old, married, elementary education, "varied works" professionals, assessed by psychologists to perform medical procedures contraceptives; 2- Psychologists' records for activities during a month (1550 calls): children and adolescents (320): male, white, 6-10 years, elementary education, received specific counseling as a treatment for difficulties in coping with health problems; among adults (1230): women 40-49 years old, married, grade school, "varied works" professionals, under treatment group for psychoeducational difficulties in understanding the disease and medical treatment. From the analysis of the responses in the inventories of supervision activities, we found that the process of supervision provided by SPHB is positive for students and their supervisors. This study produced data relevant to the SPHB, which can signal changes in its operation, including: the need to plan a more systematic record of care provided, increase the supply of preventive interventions to mitigate the consequences of adverse health conditions, construction of a continuing dialogue between supervisors and trainees in order to overcome differences in supervision. The SPHB presents itself as a large center of psychological care, which meets a significant demand from clients and provides qualified training in healthcare.

Keywords: Health psychology. Demography. Clinical supervision.

LISTA DE QUADROS:

- Quadro 1. Exemplos de pesquisas de caracterização da população atendida realizadas em serviços-escola de psicologia integrantes de centros universitários (clínicas-escola) no Brasil.....25
- Quadro 2. Exemplos e definições (com respectivas referências) de modalidades terapêuticas realizadas pelos psicólogos da saúde nos contextos em que atuam.....35
- Quadro 3. Exemplos de estudos com perfil sócio-demográfico e clínico da população assistida em alguns locais do contexto de cuidados à saúde. Os seis primeiros estudos apresentam dados acerca da clientela assistida por serviços de psicologia filiados a hospitais-escola.....38

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão) da amostra de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.....54
- Figura 2 Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão) da amostra de adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.....59
- Figura 3. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e religião) das crianças e adolescentes registrados e atendidos pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais.....67
- Figura 4. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e religião) dos adultos atendidos e registrados pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais.....74
- Figura 5. Média e desvio padrão dos escores das respostas dadas às questões do tópico I pelos aprimorandos e supervisores do SPHB; média dos escores das respostas dos residentes obtidas no estudo realizado por Nigam, Cameron e Laverette (1997) e valor de p obtido a partir do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).....93
- Figura 6. Média e desvio padrão dos escores das respostas dadas às questões do tópico II pelos aprimorandos e supervisores do Serviço de Psicologia; média dos escores das respostas dos residentes obtidas no estudo realizado por Nigam, Cameron e Laverette (1997) e valor de p obtido a partir do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).....95
- Figura 7. Média e desvio padrão dos escores das respostas dadas às questões do tópico III pelos aprimorandos e supervisores do Serviço de Psicologia; média dos escores das respostas dos residentes obtidas no estudo realizado por Nigam, Cameron e Laverette (1997) e valor de p obtido a partir do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).....96

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Grau de concordância obtido a partir de testes estatísticos entre a comparação das categorizações das escalas de problemas de comportamento do CBCL realizadas pela pesquisadora e por dois juízes.....50
- Tabela 2 - Grau de concordância obtido a partir de testes estatísticos entre a comparação das categorizações das escalas de problemas de comportamento do ASR realizadas pela pesquisadora e por dois juízes.....50
- Tabela 3 - Fontes de encaminhamento, modalidade de atendimento psicológico e encaminhamento dado ao caso da amostra de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.....56
- Tabela 4 - Motivos de consulta com a psicologia das crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007.....58
- Tabela 5 - Profissões exercidas pelos pacientes adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.....60
- Tabela 6 - Características clínicas (fonte de encaminhamento, modalidade terapêutica e encaminhamento dado ao caso) dos adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.....62
- Tabela 7 - Motivos de consulta com a psicologia relatados pelos pacientes adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007.....63
- Tabela 8 - Ocupações das crianças e adolescentes atendidos e registrados pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais.....68
- Tabela 9 - atendimentos realizados pelos supervisores, aprimorandos ou por ambos junto as crianças e adolescentes durante um mês de atividades institucionais no SPHB.....69
- Tabela 10 - Modalidades de atendimento psicológico realizadas com as crianças e adolescentes atendidos pelo Serviço de Psicologia durante um mês de atividades institucionais.....69
- Tabela 11 - Características clínicas (especialidade médica em que o paciente estava em tratamento, fonte de encaminhamento e encaminhamento dado ao caso) das crianças e adolescentes atendidos pelo Serviço de Psicologia durante o registro de um mês de atividades institucionais.....70
- Tabela 12 - Motivos de consulta com a psicologia apresentadas pelas crianças e adolescentes atendidos e registrados pelo Serviço de Psicologia durante um mês de atividades institucionais.....71
- Tabela 13 - Outros problemas relatados pelos pacientes (crianças e adolescentes) e registrados pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais que motivaram a procura por ajuda psicológica.....72

| | |
|--|-----|
| Tabela 14 - Profissões exercidas pelos adultos atendidos e registrados pelos psicólogos do Serviço de Psicologia durante um mês de atividades institucionais..... | 74 |
| Tabela 15 - Atendimentos realizados pelos supervisores, aprimorandos ou por ambos à população adulta durante um mês de atividades institucionais no SPHB..... | 77 |
| Tabela 16 - Modalidades de atendimentos psicológico realizadas com a clientela adulta atendida pelo SPHB durante um mês de atividades institucionais..... | 77 |
| Tabela 17 - Especialidades médicas em que os pacientes adultos estavam em tratamento durante o registro de um mês de atividades institucionais do SPHB..... | 77 |
| Tabela 18 - Características clínicas (fonte de encaminhamento e encaminhamento dado ao caso) dos adultos atendidos pelo SPHB durante o registro de um mês de atividades institucionais..... | 79 |
| Tabela 19 - Motivos de consulta com a psicologia apresentados pelos adultos atendidos e registrados pelo SPHB durante um mês de atividades institucionais..... | 80 |
| Tabela 20 - Itens da escala de problemas de comportamento “Outros problemas” relatados pelos pacientes (clientela adulta) e registrados pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais..... | 80 |
| Tabela 21- Características demográficas (idade e sexo) dos psicólogos do SPHB no ano de 2009..... | 85 |
| Tabela 22- Frequências das respostas dadas pelos aprimorandos e supervisores do SPHB quanto a discussão de casos clínicos e textos teóricos durante as supervisões..... | 87 |
| Tabela 23- Atividades e cursos de pós-graduação realizados pelos Supervisores do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde..... | 89 |
| Tabela 24- Médias das respostas e a avaliação atribuída pelos escores a questões acerca da imagem do supervisor dadas pelos Aprimorandos do SPHB..... | 100 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|---|-----|
| Apêndice A - Ficha de registro dos pacientes atendidos..... | 118 |
| Apêndice B - Definições das modalidades de atendimento psicológico apresentadas na Ficha de registro dos pacientes atendidos..... | 119 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 121 |
| Anexo B - Inventário 1 - Levantamento em Serviços-Escola: Serviços e Clientela (criado pelo grupo de pesquisa serviço-escola de psicologia)..... | 124 |
| Anexo C - Inventário 2 - Supervisão em Atendimento Psicológico - PARA O SUPERVISOR (criado pelo grupo de pesquisa serviço escola de psicologia)..... | 127 |
| Anexo D - Inventário 3 - Supervisão em Atendimento Psicológico - PARA O ESTAGIÁRIO Psicológico (criado por Dr Tara Nigam, Universidade de Ontário- Canadá)..... | 130 |
| Anexo E - Categorias de Queixas a partir do “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos” (“Child Behavior Checklist” – CBCL..... | 131 |
| Anexo F - Categorias de queixas baseada no “Inventário de auto-avaliação para adultos de 18 a 59 anos” (“Adult Self-report” – ASR)..... | 133 |
| Anexo G - Categorias de Profissões de acordo com a renda – Receita Federal do Brasil..... | 135 |
| Anexo H - Instruções aos Colaboradores..... | 138 |
| Anexo I - Análise Estatística realizada para verificar grau de concordância entre a pesquisadora e dois juízes na categorização dos motivos de encaminhamento para a Psicologia utilizando as escalas de Problemas de Comportamento dos Instrumentos CBCL e ASR..... | 139 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1- Introdução | 18 |
| 2. Revisão Bibliográfica | 19 |
| 2.1. Serviços-escola de Psicologia X Clínicas-escola de Psicologia | 19 |
| 2.1.1. Caracterização da população atendida | 23 |
| 2.1.2. Supervisão | 26 |
| 2.1.3. Supervisor | 27 |
| 2.1.4. Estagiário de Psicologia | 30 |
| 2.2. Psicologia da Saúde | 32 |
| 2.2.1. Psicologia da Saúde: definição e áreas de atuação | 32 |
| 2.2.2 – Caracterização da população atendida em Serviços de Psicologia da Saúde | 36 |
| 2.2.3.- Formação profissional em Psicologia da Saúde | 40 |
| 2.2.4- Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia (PAP) | 42 |
| 2.2.5- Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP .. | 43 |
| 3. Objetivos | 45 |
| 3.1. Objetivo geral | 45 |
| 3.2. Objetivos específicos | 45 |
| 4. Método | 46 |
| 4.1. Local de coleta de dados | 46 |
| 4.2. Participantes | 46 |
| 4.3. Instrumentos | 46 |
| 4.3.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 46 |
| 4.3.2. Ficha de registro dos pacientes atendidos | 46 |
| 4.3.3. Inventário 1/ Levantamento em Serviços-Escola | 46 |
| 4.3.3. Inventário de levantamento de atividades de supervisão / Inventário 2 | 46 |
| 4.3.5. Inventário de levantamento de atividades de supervisão/ Inventário 3 | 47 |
| 4.4. Procedimento | 47 |
| 4.4.1. Caracterização do Processo de Supervisão disponibilizado pelo Serviço-escola de Psicologia da Saúde | 48 |
| 4.4.2. A caracterização da população atendida pelo Serviço de Psicologia foi realizada de duas formas: | 48 |
| 4.4.2.1. Categorização dos Motivos de Encaminhamento para a Psicologia (Queixas) | 48 |
| 4.4.2.2 – Atividade profissional/Ocupação | 51 |
| 4.5. Análise dos dados | 51 |
| 5. Aspectos Éticos | 52 |
| 6. Resultados e Discussão | 53 |
| 6.1. Caracterização da população atendida no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007 | 53 |
| 6.1.1. Características sócio-demográficas e clínicas das crianças e adolescentes | 53 |
| 6.1.2. Características sócio-demográficas e clínicas dos adultos | 59 |
| 6.2. Caracterização da população atendida registrada pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais | 65 |

| | |
|--|-----|
| 6.2.1. Crianças e adolescentes..... | 66 |
| 6.2.2. Adultos..... | 73 |
| 6.3. Caracterização do Processo de Supervisão disponibilizado pelo SPHB..... | 83 |
| 6.3.1. Inventário 1/Levantamento em Serviços-escola..... | 83 |
| 6.3.2. Inventário de levantamento de atividades de supervisão: Supervisores e Aprimorando..... | 84 |
| 6.3.2.1. Características sócio-demográficas: Aprimorandos e Supervisores..... | 84 |
| 6.3.2.2. Características do Processo de Supervisão disponibilizado pelo SPHB ao Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde..... | 86 |
| 6.3.2.3. Características da formação acadêmica e experiência profissional dos Supervisores do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde..... | 88 |
| 6.3.2.4. Questões do Inventário de levantamento de atividades de Supervisão: perspectiva dos aprimorandos e dos supervisores..... | 92 |
| <i>Tópico I- Empatia e atenção à experiência afetiva dos residentes.....</i> | 93 |
| <i>Tópico II - Habilidade para melhorar a aprendizagem e encorajar auto-expressão.....</i> | 95 |
| <i>Tópico III - Compreensão das dificuldades e responsividade às necessidades dos residentes.....</i> | 96 |
| 7. Conclusões..... | 101 |
| 8. Considerações Finais..... | 105 |
| 9. Referências..... | 106 |
| Apêndices..... | 118 |
| Anexos..... | 121 |

1- Introdução

O serviço-escola pode ser caracterizado como um espaço que oferece atendimento gratuito ou semigratuito para a comunidade e ao mesmo tempo propicia condições de ensino e pesquisa. É um local onde o estudante, ou o profissional em formação, tem acesso a treinamento e orientações sob a forma de supervisões dos atendimentos clínicos, visando capacitá-lo para a prática, aplicação da teoria, vivência e reflexão do exercício profissional. Além disso, estes serviços também exercem um papel social de extrema relevância, uma vez que oferecem à população economicamente menos favorecida uma possibilidade de acesso a serviços de saúde mental e outros, gratuitos ou de baixo custo (Gatti & Jonas, 2007; Peres, Santos & Coelho, 2004; Romaro & Capitão, 2003; Silvaes, 1998).

Neste sentido, o levantamento do funcionamento dos serviços-escola existentes e a identificação do perfil dos profissionais que atuam como supervisores de estágio em psicologia, favorecem a criação de um corpo de conhecimentos acerca de como a formação do psicólogo está sendo efetivada no Brasil. Uma proposta importante e interessante que pretende contribuir para este corpo de conhecimentos é o “Projeto Temático Serviços-Escola de Psicologia no Brasil¹”, que tem como objetivo caracterizar os serviços-escola brasileiros de psicologia em termos do serviço prestado à clientela, do perfil sócio-demográfico e clínico da clientela atendida e da supervisão oferecida aos estagiários.

O objetivo do presente estudo é contribuir com este projeto maior, a partir da caracterização do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP.

A escolha deste Serviço se deve pela singularidade de sua constituição e funcionamento, pois é um espaço de construção e aplicação de novas formas de atuação da psicologia no contexto da saúde pública e local de inserção de psicólogos. Configura-se como um serviço-escola de psicologia, porque tem como metas ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade. Estas metas não estão relacionadas à graduação da psicologia, mas sim à formação continuada e especializada de profissionais que desejam atuar na área da saúde.

¹ Projeto Temático Serviços-escolas de Psicologia no Brasil é coordenado pela Profa. Edwiges Ferreira de Mattos Silvaes e faz parte das ações preconizadas pelo grupo de discussão do tema na Associação de Pós-Graduação e Pesquisa (ANPEPP).

2. Revisão Bibliográfica

2.1- Serviços-escola de Psicologia X Clínicas-escola de Psicologia

A profissão de psicólogo foi regulamentada no Brasil em 27 de agosto de 1962, a partir da lei 4119 e o parecer 403/62 de 19 de dezembro de 1962 que instituiu oficialmente os cursos de Psicologia no Brasil. Este parecer definiu um currículo mínimo para a formação dos psicólogos brasileiros, no qual os aspirantes a profissão deveriam cursar um núcleo comum até o terceiro ou quarto ano, para então adotar a habilitação escolhida: licenciatura, bacharel ou psicólogo. Neste modelo de currículo com vigência até 1996, os estudantes deveriam fazer um treinamento prático supervisionado de 500 horas. A partir da necessidade desta formação prática (assim como nos cursos de medicina), as faculdades de psicologia criaram as clínicas-escola de psicologia (Campezatto & Nunes, 2007; Löhr & Silvaes, 2006).

As clínicas-escola podem ser descritas como locais em que o futuro psicólogo habilita e desenvolve, nos últimos anos da graduação, a parte prática de sua formação, aplicando os conhecimentos teóricos obtidos nas séries anteriores. Nestes espaços, estes alunos atuam junto à comunidade e recebem orientação de um profissional mais experiente e habilidoso, o supervisor, que os guia na aquisição das habilidades requeridas (Gatti & Jonas, 2007; Romaro & Capitão, 2003).

Em sua estruturação inicial, as clínicas-escola de psicologia ofereciam as comunidades, nas quais estavam inseridas, atendimentos psicológicos pautados, em geral, no modelo clínico individual, comum na prática médica. Neste sentido, atendiam a duas demandas principais: o treinamento prático obrigatório para os estudantes e a possibilidade de acesso a população mais carente economicamente de atendimento psicológico no formato individual. Por muito tempo esta foi a configuração do funcionamento da maioria destas instituições, contexto que pode ter contribuído para a representação social do psicólogo como psicoterapeuta, estabelecendo a clínica como local principal e característico de atuação da psicologia (Barbosa & Silvaes, 1994; Lohr & Silvaes, 2006).

Um dos problemas mais graves que estas instituições enfrentam é a alta taxa de desistência dos indivíduos que procuram e/ou iniciam tratamento psicológico. Este fato pode ser decorrente da longa fila de espera para atendimento e da localização destes estabelecimentos. Geralmente, as clínicas-escola estão situadas em centros universitários, de

difícil acesso para algumas pessoas, particularmente as de menor poder aquisitivo, que precisam muitas vezes de duas ou mais conduções para se transportar até estes locais (Peres et al., 2003; Silvaes, 2000).

Além destas dificuldades, o contexto histórico e cultural em que estas instituições “nasceram” foi se modificando e sendo transformado por diversos fatores que produziram novas demandas sociais. Mudanças socioculturais, mudanças no campo da psicologia, mudanças sociopolíticas no país são vetores considerados responsáveis pelas alterações das demandas e características da clientela que solicita os serviços da psicologia. Assim, o modelo clínico de atendimento psicológico, individual mostrou-se insuficiente e insatisfatório perante as necessidades da população brasileira, indicando a urgência de novas práticas profissionais dentro da ciência psicologia (Lohr & Silvaes, 2006).

Deste modo, as clínicas-escola precisaram reestruturar seu funcionamento a fim de atingir de forma mais adequada e cuidadosa seus objetivos e acompanhar as mudanças e evoluções do estado da arte atual da psicologia e do cenário político e social do Brasil. Estas instituições tiveram que oferecer mais opções de atendimento psicológico. Só a psicoterapia individual não abarcava mais as demandas sociais e não atendia as tendências do mercado de trabalho, que requeria mais habilidades do psicólogo para atuar em diversos locais, não só a clínica (Campezatto & Nunes, 2007; Lohr & Silvaes, 2006).

O funcionamento destes espaços de ensino e atendimento psicológico foi se modificando ao longo dos anos e, além da psicoterapia, outras modalidades de atendimento foram sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas, tais como, psicoterapia em grupo, grupos psicoeducativos, grupos de apoio, orientações focadas na queixa do cliente, etc. Os serviços prestados nesses espaços começaram a se organizar e se especializar formulando protocolos de avaliação e tratamento de acordo com os problemas, queixas dos clientes, como por exemplo, problemas de aprendizagem, orientação vocacional, ansiedade, depressão, habilidades sociais (Campezatto & Nunes, 2007; Carvalho & Telles, 2001; Ferreira & Marturano, 2002; Lohr & Silvaes, 2006).

É importante destacar que o nome clínicas-escola originalmente dado a estas instituições passou a parecer inadequado e pouco abrangente, sendo notada a necessidade de adaptá-lo a esta nova configuração de seu funcionamento. Assim, o nome sugerido pela ABEP (Associação Brasileira de Ensino em Psicologia) foi serviços-escola de psicologia uma denominação mais ampla e coerente (ABEP, 2009).

Este imperativo de reestruturar o funcionamento dos serviços-escola de psicologia ficou mais evidente e obrigatório com a Lei 9394/96, conhecida como a Lei de Diretrizes e

Bases da Educação Nacional (LDB), que suprimiu o currículo mínimo. As diferentes profissões, dentre elas a psicologia, tiveram que repensar a formação até então proporcionada. Vários encontros entre os dirigentes e formadores dos cursos de psicologia foram realizados a fim de refletir e definir o novo currículo de formação dos psicólogos. Em 12 de abril de 2004, o Ministério da Educação homologou as Diretrizes curriculares para os cursos de psicologia, as quais passam a constituir o parâmetro para as instituições de ensino quanto ao que deve estar presente na formação dos profissionais da psicologia (Conselho Nacional de Educação, 2004, Mito, 2006).

Com base nesta Resolução, os cursos ganharam em flexibilidade, tendo condições de adequar e adaptar suas propostas curriculares às necessidades regionais. Estas propostas devem compreender seis eixos estruturantes, a saber: fundamentos epistemológicos e históricos; fenômenos e processos psicológicos básicos; fundamentos metodológicos; procedimentos para a investigação científica e a prática profissional; interface com campos afins do conhecimento; práticas profissionais. Segundo Lohr e Silvares (2006): “Tais eixos tem por objetivo nortear as habilidades e competências necessárias aos futuros profissionais, independente do contexto em que o futuro profissional venha a atuar. Como orientações gerais, podem constituir um ponto de partida” (p. 16).

De acordo com o artigo 25 desta Resolução, o projeto do curso de psicologia deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com as funções de atender “às exigências para a formação do psicólogo, congruente com as competências que o curso objetiva desenvolver no aluno e a demandas de serviço psicológico da comunidade na qual está inserido” (Conselho Nacional de Educação, 2004, p. 208). Observa-se que não há uma delimitação oficial do nome dado para estas instituições.

Para a ABEP (2009), o serviço-escola de psicologia é o espaço em que os estágios, obrigatórios ou não e necessários à conclusão do curso, são coordenados, articulados e desenvolvidos com a devida supervisão aos estudantes de psicologia.

Silvares (2009) destaca que o termo serviço-escola é mais abrangente do que clínica-escola, mas estes não são excludentes. A autora argumenta que clínica-escola é na verdade um tipo de serviço-escola, dentre os vários locais possíveis de estágio para os alunos de graduação da psicologia. Deste modo, não há um consenso definitivo na literatura brasileira sobre a terminologia adequada para estas instituições.

Porém, independente do nome utilizado, os estágios dos estudantes de psicologia precisaram se organizar de modo diferente do seu funcionamento inicial (atendimento psicoterápico individual a população menos favorecida) para atender de forma satisfatória as

novas demandas sociais, resultado da alteração de contingências em diferentes contextos: psicologia, mudanças políticas, culturais e sociais no Brasil (Silvares, 1998).

É evidente que estas mudanças no funcionamento destas instituições tem sido progressivas, graduais e mais ou menos intensas e completas em cada serviço-escola, de modo peculiar e singular, de acordo com as possibilidades e condições de cada curso de psicologia. Porém, estes espaços devem se modificar e se adaptar a estas novas e prementes mudanças a fim de atingir seus objetivos.

Reconhece-se então que os serviços-escola têm objetivo multifacetado e complexo, que inclui atender a população da maneira mais eficaz possível e, simultaneamente, capacitar o aluno de forma ética, técnica e conceitual (Campezatto & Nunes, 2007; Gatti & Jonas, 2007; Löhr & Silvares, 2006; Romaro & Capitão, 2003). No caso da psicologia, os objetivos dos serviços-escola são: ensino em psicologia, atendimento psicológico à comunidade e pesquisa em psicologia (Perfeito & Melo, 2004; Silvares, 1998). Assim, o papel dos serviços-escola “deixa de ser apenas de reprodutor de práticas, adotando função de produção e adaptação do conhecimento e sua tradução em ações mais ajustadas às reais necessidades regionais” (Lohr & Silvares, 2006, p.17).

Mas, como adequar os atendimentos psicológicos oferecidos nos serviços-escola às necessidades regionais? Um caminho que vem sendo percorrido por muitas destas instituições para atingir esta finalidade tem sido a realização dos estudos de caracterização do funcionamento destes espaços. Tais estudos tem se mostrado valiosos para o aprimoramento das práticas profissionais existentes, a partir da avaliação dos níveis de resolutividade das estratégias ofertadas e da identificação das reais demandas da população que procura atendimento, condição que contribui para a criação de novas modalidades de tratamento (Peres et al., 2004; Perfeito & Melo, 2004).

Além disso, estes estudos fomentam e colaboram para a reflexão acerca da complexidade da função dos serviços-escola de psicologia, enfocando e analisando os protagonistas, a saber, o cliente, o aluno e o supervisor, e suas interações dentro da instituição (Mito, 2006).

É válido ressaltar ainda que a possibilidade de conhecer quem procura ajuda psicológica, de verificar se a ajuda oferecida atende a demanda de forma satisfatória, favorece o desenvolvimento e aprimoramento de oportunidades de pesquisa aos alunos. Estes podem, além de praticar, avaliar a eficácia e eficiência das modalidades de atendimento que mais se ajustem às características de sua clientela. Além disso, há também a necessidade de habilitar

os estagiários para a teoria e prática de diferentes formas de atendimento, a fim de ampliar o repertório profissional destes indivíduos. De acordo com Perfeito e Melo (2004):

uma articulação perfeita entre a pesquisa e a extensão deveria fundar-se em pesquisas epidemiológicas que mapeassem a clientela e os atendimentos oferecidos pelos serviços de Psicologia aplicada nas universidades. Somente por meio desses dados, poder-se-ia delinear as ações e possibilitar correções de rumo na extensão e no ensino, norteando até mesmo a construção dos currículos. (p. 34)

2.1.1- Caracterização da população atendida

Diante do exposto, pode-se dizer que o conhecimento das características da população que procura atendimento em serviços-escola configura-se em um ponto de partida para o conhecimento e avaliação da efetividade dos serviços prestados. Serve ainda como um norteador para aprimorar e adequar às modalidades de atendimento ofertadas a sua clientela de demanda. Segundo Silvaes (1998):

o levantamento das características de uma dada população de demanda, a quem os serviços de atendimento de uma dada instituição se destinam, é o primeiro passo no sentido de tornar esse mesmo atendimento mais eficiente e, em decorrência, ser considerado satisfatório pela própria população clientela, bem como pela instituição responsável pelo atendimento. Isto porque, acredita-se que, a partir do conhecimento de quem precisa e do que necessita, é que se pode determinar o quando, onde e, principalmente, o como atender os que procuram por ajuda. (p.11)

Como resultado, outras pesquisas dedicaram-se à análise do quando, onde e como atender adequadamente esta população, elaborando e produzindo novas propostas de atuação da psicologia para atender melhor às necessidades da demanda (Mito, 2006; Rocha & Silvaes, 2006; Silvaes, 1998).

No que tange a esta temática, a preocupação com o cliente é um assunto comumente abordado na literatura, com uma grande quantidade de estudos voltados à caracterização do perfil sócio-demográfico e clínico da clientela que procura atendimento nestes serviços-escola. No Quadro 1, são apresentados exemplos de estudos de caracterização de serviços-escola de psicologia, realizados por pesquisadores brasileiros, acerca da população atendida em diversas instituições do Brasil.

Pode-se observar (Quadro 1) que algumas características sócio-demográficas e clínicas das amostras estudadas são similares entre as pesquisas de caracterização descritas. No que tange à localização, onze estudos foram realizados em instituições situadas na região Sudeste (nove em serviços-escola do estado de São Paulo; um no Espírito Santo e outro em Minas Gerais) e apenas dois em outras regiões: um no Nordeste e outro no Sul.

A maior amostra, dentre todas dos estudos revistos, foi composta de 3.372 pessoas e a menor de 45. A população atendida em seis estudos foi composta de crianças e/ou adolescentes, sendo três estudos apenas de adultos e quatro da população em geral (crianças, adolescentes e adultos). Quanto ao sexo mais freqüente entre os que procuram ajuda nestas instituições, o masculino é mais prevalente entre a clientela infantil e o feminino entre a clientela dos adolescentes e adultos. A faixa etária mais freqüente ($n = 7$) foi a de crianças com idade entre 6 a 10 anos.

Quanto ao perfil clínico encontrado por estas pesquisas (Quadro 1), as queixas mais freqüentes entre as crianças e adolescentes foram dificuldades no desempenho escolar e problemas de comportamento. Já entre os adultos foram dificuldades de relacionamento interpessoal. No que se refere à fonte de encaminhamento e dados de desistência do atendimento, a maioria dos estudos não relata estas informações. Entre os que relatam, há um alto índice de desistência e a fonte de encaminhamento mais freqüente entre crianças é a escola e entre os adultos, a procura espontânea.

É importante destacar que todas as pesquisas relatadas no Quadro 1 destacam os benefícios deste tipo de levantamento, a saber: a) conhecimento das pessoas que procuram por esta instituição e do que elas mais necessitam ao solicitar ajuda profissional; b) o aprimoramento e melhora da efetividade das modalidades terapêuticas ofertadas; c) em consequência, os serviços prestados podem ser considerados mais satisfatórios pela clientela atendida, bem como pela instituição responsável. Nestas publicações, os autores sugerem mudanças na rotina de atendimento e funcionamento destes serviços-escola a fim de implementar melhorias significativas. Uma das mudanças mais sugeridas é a importância do registro sistematizado dos indivíduos que são atendidos, com a inclusão de dados da continuidade e conclusão dos tratamentos oferecidos às pessoas que buscam ajuda.

Outra alteração sugerida é a necessidade de apresentar várias modalidades de atendimento, não se restringindo apenas a psicoterapia individual. Sugere-se que essa proposta terapêutica é insuficiente para atender a demanda destas instituições, pois o número de pessoas na fila de espera, em muitos serviços-escola, é grande e o tempo de espera para ser atendido é longo. Além disso, as demandas de atendimento psicológico da população

Quadro 1. Exemplos de pesquisas de caracterização da população atendida realizadas em serviços-escola de psicologia integrantes de centros universitários (clínicas-escola) no Brasil.

| Autores/ Ano | Local | Período- coleta de dados | Amostra | Clientela Atendida | Sexo predominante | Idade mais frequente | Queixas principais | Fonte de encaminhamento | Dados de desistência |
|---|-----------------------|---|----------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|---------------------------------|
| Ancona-Lopez (1983) | São Paulo | 1977 | 2.826 | Crianças Adolescentes Adultos | Masculino | 6 a 10 | -Comportamento (cpto.) social, -Comportamento afetivo | Escola | 54,9% |
| Silvares (1991) | São Paulo | 1983 a 1989 | 766 | Crianças Adolescentes | Masculino | 6 a 10 | - Fracasso escolar - Cpto. explícito | Escola | 20,4% |
| Yehia (1994) | São Paulo | 1987 a 1991 | 533 | Crianças Adolescentes | Masculino | 5 a 9 | -Superdotados cognitivamente | Escola | 34% na triagem |
| Graminha & Martins (1994) | Ribeirão Preto | Não consta | 130 | Crianças | Masculino | 7 a 10 | -Problema de aprendizagem -Agressividade | Não consta | Não consta |
| Barbosa & Silvares (1994) | Fortaleza | 1988 a 1990 | 2.186 | Crianças | Masculino | 6 a 10 | -Cpto. explícito -Dificuldades (dif.) escolares | Escola | Não consta |
| Carvalho & Telles (2001) | São Paulo | 1996 a 1998 | 100 | Adolescentes Adultos | Feminino | 23 a 40 | -Dif. de relacionamento -Depressão | Não consta | Não consta |
| Cavalini, Telles, Aribi, Wanderley & Cardoso (2002) | São Paulo | 1999 a 2001 | 45 | Crianças | Não consta | 3 a 5 | -Dif. com regras e limites -Agressividade | Não consta | Não consta |
| Romaro & Capitão (2003) | São Paulo | 1995 a 2000 | 590 | Crianças Adolescentes Adultos | Feminino | 0 a 14 | -Crianças: dif. escolares -Adolescentes: relacionamento interpessoal | Não consta | 32% |
| Louzada (2003) | Vitória (ES) | 1996 | 90 | Crianças Adolescentes Adultos | Feminino | 20 a 29 | - Nervosismo -Dif. de relacionamento familiar | Procura espontânea | Não consta |
| Peres, Santos & Colho (2004) | Assis (SP) | 2000 a 2001 | 137 | Adultos | Feminino | 19 a 22 | -Dif. de relacionamento interpessoal | Não consta | Não consta |
| Melo & Perfeito, 2006 | Uberlândia (MG) | 2000 a 2002 | 139 | Crianças | Masculino | 6 a 10 | -Queixas escolares; - Dif. de relacionamento | Procura espontânea (pais) | Não consta |
| Campezatto & Nunes (2007) | Porto Alegre e região | 2004 | 3.372 | Crianças Adolescentes Adultos | Feminino | 6 a 10 | -Dif. no cpto. afetivo -Dif. em processos cognitivos | Instituições escolares | 38% |
| Gatti & Jonas (2007) | São Paulo | 2005 | 108 | Adultos | Feminino | 40 a 49 | Não consta | Não consta | 46% |

brasileira são diversas e exigem do psicólogo um repertório amplo de intervenções, condição que a psicoterapia individual não satisfaz mais.

Os dados advindos destes estudos podem favorecer a realização de mudanças no funcionamento destes locais de atendimento, tanto nas modalidades de atendimento oferecidas, quanto no desempenho dos profissionais atuantes, sinalizando orientações para o aperfeiçoamento inclusive do processo de supervisão disponibilizados por alguns destes serviços.

Segundo um conhecimento prévio e sistematizado dos motivos de procura apresentados pela população que busca atendimento psicológico pode prover: subsídios ao planejamento e organização do serviço para atender às necessidades da clientela; dados aos profissionais em formação sobre os problemas da comunidade; reflexões a respeito de sua práxis; instalação de uma rotina de registro contínuo dos atendimentos realizados; resultados sobre a efetividade das intervenções feitas; criação de novas modalidades terapêuticas; dentre outras possibilidades de aperfeiçoamento da assistência oferecida. Além disso, o processo de supervisão pode ser enriquecido com discussões sobre como atender de forma mais eficaz a demanda, com ampliação dos estágios oferecidos, com favorecimento e incentivo de realização de pesquisas e até indicar a necessidade de melhorar e/ou ampliar o contingente de psicólogos do serviço (Romaro e Capitão, 2003).

2.1.2- Supervisão

Como centros de formação, os serviços-escola também se constituem em espaços de ensino e pesquisa e devem cumprir o papel de propiciar oportunidades aos alunos de desenvolver habilidades tanto para a prática como para a produção de conhecimento científico (Silvares & Pereira, 2005). Neste contexto, a supervisão é um processo em que um profissional mais experiente, em termos de formação e vivências, salvaguarda a qualidade do atendimento e a segurança da pessoa que está sendo atendida, auxiliando e propiciando ao estagiário a práxis e pesquisa desta etapa de formação e capacitação do psicólogo (Falender et al., 2004; Jorge, 2006; Silvares & Pereira, 2006; Witter, 2006).

Supervisão é uma atividade complexa, que ocorre em diversos contextos, apresenta várias definições, funções e modelos, sendo em seu cerne uma troca interpessoal, que pode ser

definida como a provisão de monitoria, orientação e feedback nas questões do desenvolvimento educacional, profissional e pessoal no contexto de intervenção psicológica (Kilminster & Folly, 2000).

A supervisão no contexto da psicologia é usualmente definida pelo significado de três aspectos: 1) o cliente – que é o indivíduo, casal, família, grupo ou instituição - que busca auxílio dos serviços de psicologia, em geral, experimentando algum tipo de sofrimento, ou problema; 2) o aluno, supervisionando, estagiário – que é o estudante em formação ou o profissional em treinamento - que irá prover tratamento para o cliente; 3) o supervisor – profissional mais experiente - que irá supervisionar o trabalho do aluno ou profissional em treinamento (Watkins, 1994).

A supervisão é uma situação de ensino-aprendizagem essencial para a formação dos psicólogos. Nestas circunstâncias, os estudantes de psicologia vivenciam a prática relativa à teoria e recebem orientações e feedbacks acerca de seu desempenho, a fim de ampliar e aprimorar seu conhecimento e treinar habilidades e competências capitais para a prática profissional. Estas orientações são providas pelos supervisores, profissionais mais experientes e habilidosos que tem condições de propiciar e estimular estas situações de aprendizagem (Scott, Ingram, Vitanza & Smith, 2000; Watkins, 1995; Witter, 2006).

2.1.3- Supervisor

A tarefa do supervisor inclui o ensino, supervisão dos atendimentos clínicos, acompanhamento e avaliação da conduta e atuação do supervisionando. Deste modo, destaque-se a importância de analisar e refletir sobre as trajetórias necessárias para o desenvolvimento de tantas atividades e exigências implicadas ao papel de supervisor (Campos, 1999; Gross, 2006; Jorge, 2006; Mito, 2006; Watkins, 1995).

Deste modo, é importante caracterizar também o processo da supervisão e os perfis dos supervisores que atuam em serviços-escola de psicologia, a fim de conhecer, acompanhar e avaliar a formação dos alunos e profissionais da psicologia no Brasil (Löhr & Silveiras, 2006; Mito, 2006).

Nas pesquisas sobre o funcionamento dos serviços-escola, o supervisor parece ter sido aquele que menor atenção recebeu, tanto da academia quanto da instituição na qual está inserido. Na avaliação da qualidade do ensino superior estabelecida pelo Ministério da Educação, foi de quem mais se exigiu: especialização, produção científica, titulação, dedicação. Poucos estudos abordam este tema na literatura brasileira, sendo que alguns deles enfocam a função do supervisor e discutem os limites de sua atuação como professor e sobre seu papel: ensinar, orientar, avaliar, observar, encaminhar (Aguirre et al., 2000; Campos, 1995, 1999; Silveiras & Pereira, 2006). Porém, tem-se pouco conhecimento sobre quem são os supervisores atuantes nos serviços-escola de psicologia no Brasil. Há poucos dados, por exemplo, sobre sua formação, carga horária, tempo de experiência, habilidades terapêuticas (Mito, 2006).

Campos (1995) realizou uma pesquisa junto a sete faculdades de psicologia nas cidades de Campinas e São Paulo/SP, tendo como objetivo avaliar os supervisores de estágio supervisionado em psicologia clínica. De 100 supervisores, apenas 18 responderam e devolveram os questionários, sendo 12 da abordagem psicodinâmica e 6 da cognitivo-comportamental. Os resultados sugerem um profissional totalmente despreparado, com modelo de supervisão baseado em teorias psicoterápicas e em sua experiência pessoal, sem a execução de um planejamento sistemático de supervisão e de um treinamento ou atualização na área.

Não é demais lembrar o que foi afirmado no início deste trabalho. Uma pesquisa de grande porte (da qual este trabalho faz parte) está sendo conduzida por um grupo de pesquisadores brasileiros da ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia) para realizar um levantamento acerca do funcionamento dos serviços-escola de psicologia, sendo a caracterização dos supervisores que atuam nestas instituições um de seus principais objetivos. A partir da publicação destes dados será possível traçar considerações sobre o panorama atual dos supervisores em psicologia no Brasil.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América junto a 256 diretores de programas de formação de psicólogos em áreas especializadas da psicologia, credenciados pela APA (Associação Americana de Psicologia), teve como objetivo investigar as práticas atuais na formação de supervisores. Metade dos programas declarou proporcionar alguma atividade para a formação de supervisores (disciplina eletiva e/ou prática em supervisão exigida ou eletiva). Sessenta e seis programas não ofereciam atualmente qualquer curso ou prática para a formação de supervisores, porém reconheciam a importância deste treinamento para este tipo de exercício profissional (Scott et al., 2000).

Pouco se conhece da realidade nacional sobre o oferecimento de cursos de formação de supervisores. Geralmente, a formação ocorre pela transferência de habilidades aprendidas na graduação e/ou pós-graduação através do processo de ser supervisionado (Campos, 1999; Mito, 2006;).

A forma como as situações de ensino-aprendizagem são estruturadas e conduzidas pelos supervisores é diversificada e envolve diferentes estratégias. Em algumas instituições a supervisão é individual, em outras em grupo. Os métodos de avaliação do desempenho dos alunos não são uniformes. São utilizadas provas e/ou relatórios dos atendimentos realizados, feedbacks providos pelos supervisores formais (por escrito) ou informais, auto-avaliação. Leituras teóricas podem ou não ser estimuladas e/ou obrigatórias, relato e planejamento dos atendimentos realizados podem ou não ser exigidos. Enfim, a supervisão em psicologia no Brasil parece não ser um processo sistematizado e padronizado, parece estar relacionado à abordagem teórica dos supervisores e não ao desenvolvimento e aprimoramento de habilidades e competências importantes para a formação dos psicólogos (Campos, 1994, 1999).

De acordo com as novas Diretrizes Curriculares exigidas pelo Ministério da Educação, os cursos de psicologia devem propiciar uma formação comum, mas focada e condizente com as necessidades regionais da população em que as instituições de ensino estão inseridas. Sendo o estágio supervisionado uma etapa essencial para a formação dos psicólogos, seria importante que os supervisores também fossem, de algum modo, semelhantes em seus métodos de ensino, avaliação e condução do processo de supervisão, a fim de padronizar a supervisão para atingir objetivos comuns e significativos para a formação dos psicólogos, independente da abordagem teórica. E o oferecimento e exigência de cursos e/ou treinamento de supervisores talvez seja uma opção de proporcionar um ensino de psicologia mais qualificado e favorável ao desenvolvimento de pesquisas, com o intuito de sensibilizar e aproximar as práticas psicológicas das demandas sociais atuais.

Alguns estudos, tais como de Greben (1991); Watkins (1994); Kilminster e Jolly (2000) e Whitman (2001), recomendam algumas habilidades e padrões de interação dos supervisores que podem favorecer uma supervisão efetiva, tanto para o supervisionando, quanto para assegurar efeitos positivos no tratamento dos pacientes. Segundo Whitman (2001), com base em sua experiência profissional e em avaliações realizadas por supervisionandos, um bom supervisor deve reservar um tempo exclusivo para a supervisão, apresentar feedback frequentemente, considerar os erros cometidos pelos supervisionandos como experiências bem-vindas de aprendizagem e discutir questões que gerem preocupações

para seus discípulos. Kilminster e Jolly (2000) ressaltam que os supervisores precisam ser competentes na prática e na teoria da área da psicologia que supervisionam, ter habilidades educativas e interpessoais, resolver os possíveis problemas de forma conjunta, oferecendo nestas circunstâncias feedback, confiança e modelos de atuação.

Já comportamentos do supervisor que favorecem uma supervisão inefetiva são rigidez, pouca empatia, falta de suporte, falta de acompanhamento das preocupações dos supervisionandos, mostrar-se indireto e intolerante e enfatizar a avaliação e aspectos negativos dos alunos (Kilminster & Jolly, 2000; Whitman, 2001). Pode-se observar que os comportamentos dos supervisores que favorecem ou não um processo de supervisão efetivo estão relacionados, quase todos, a habilidades de interação social e características pessoais dos supervisores, condição que sinaliza que a relação estabelecida entre supervisores e supervisionandos é fundamental para a qualidade do processo de supervisão (Beckert, 2002).

Deste modo, pode-se concluir que é importante propiciar, cuidar e monitorar a atuação do supervisor para garantir que não apenas as habilidades acadêmicas sejam contempladas (experiência teórica e prática), mas também as habilidades educativas e sociais (facilitadoras de uma interação social adequada), para que a qualidade da relação entre supervisor e supervisionando favoreça a aprendizagem nesta importante etapa de formação dos psicólogos.

2.1.4- Estagiário de Psicologia

A preocupação com a formação do profissional da psicologia é antiga e está registrada em diversos artigos, livros e encontros científicos, tanto na literatura nacional como na internacional (Witter, 2006).

É importante acrescentar que com as constantes e crescentes mudanças ocorridas no contexto da sociedade brasileira, novas demandas foram se consolidando e exigindo a adaptação e reformulação da atuação do psicólogo (Löhr & Silvaes, 2006; Mito, 2006).

Em 1987, quando a regulamentação da profissão de psicólogo completava 25 anos, Pessotti considerou que a consolidação da profissão se revelava por toda parte, sob várias formas, tais como a aceitação da opinião pública pela função do psicólogo como diferente da atuação médica, sacerdotal ou pedagógica, a criação e solidificação dos Conselhos Federal e Regionais, a variabilidade da literatura nacional de alto nível sobre diferentes áreas da

psicologia. E destacou um movimento crescente dentro da categoria de reflexão acerca da formação acadêmica em diferentes perspectivas: técnica, teórica e humanística. Nas palavras dele: “A rigor, só agora a nossa psicologia se volta decididamente para as condições sócio-econômicas da população” (Pessotti, 1988, p. 31).

A formação do psicólogo continuou sendo um tema extremamente relevante e atual, objeto de diversas discussões e estudos que culminou com uma avaliação e um reajustamento da grade curricular dos cursos de graduação de psicologia do Brasil, a partir da homologação das Diretrizes curriculares para os cursos de psicologia pelo Ministério da Educação (Conselho Nacional de Educação, 2004; Löhr & Silveiras, 2006).

As referidas Diretrizes apresentam como metas para os cursos de psicologia a formação de psicólogos voltados para a atuação profissional, para a pesquisa e ensino de Psicologia e deve garantir uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos: a) construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia; b) compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico; c) reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano; d) compreensão crítica dos fenômenos sociais, culturais, econômicos e políticos; e) atuação em diferentes contextos considerando as necessidades sociais, tendo em vista a promoção da qualidade de vida; f) respeito à ética em todas as esferas da profissão; g) aprimoramento e capacitação contínuos.

Ainda com base nas Diretrizes curriculares para os cursos de psicologia, a formação em Psicologia deve ter como objetivos gerais dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento; educação permanente. Os estágios supervisionados deverão completar, ao todo, pelo menos 15% da carga horária total do curso, sendo que estes visam assegurar o contato do formando com situações, contextos e instituições, consentindo que conhecimentos, habilidades e atitudes se consolidem em práticas profissionais. Além disso, o projeto do curso deve prever a instalação de um Serviço de Psicologia com objetivos de atender às exigências para a formação dos psicólogos, coerente com as competências que o curso almeja desenvolver no estudante e com as demandas de atendimento psicológico do local em que está instalado (Conselho Nacional de Educação, 2004).

Estas mudanças apresentam como proposta a ampliação da formação dos graduandos, oferecendo subsídios que lhe possibilitem atuar na saúde pública, ou construir novas formas de intervenção mais voltadas à prevenção e com modalidades de tratamento que ultrapassem o

atendimento individual. A Psicologia Clínica é uma possibilidade de inserção profissional ainda muito valorizada, porém não é a única ou a melhor, mas uma abertura para o conhecimento de outros contextos de aplicação do conhecimento psicológico, que favoreçam a produção de conhecimentos científicos e um atendimento mais adequado e condizente com as reais necessidades da população solicitante.

Neste contexto, os serviços-escola de psicologia têm papel primordial de formar e treinar alunos e profissionais e estruturar condições, nas quais os estagiários têm oportunidades de interagir, avaliar e intervir junto a clientes (indivíduos, casal, grupo, instituições) que procuram ajuda especializada para suas dificuldades. Sendo que, atualmente, as demandas de atendimento psicológico da população brasileira são diversas, variadas e singulares, exigindo do psicólogo um repertório amplo de intervenções, que precisam ser treinadas e aprimoradas nestes espaços de formação.

2.2 – Psicologia da Saúde

2.2.1- Psicologia da Saúde: definição e áreas de atuação

Uma das áreas de atuação do psicólogo em que se observa a realização de diversas modalidades de atendimento psicológico e que pode exemplificar propostas de ampliação da formação do profissional da psicologia é a Psicologia da Saúde.

Esta é definida como: o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia aplicadas à promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, identificação da etiologia e diagnósticos relativos à saúde, doença e disfunções relacionadas, ao aprimoramento do sistema de saúde e promoção de políticas públicas de saúde (Matarazzo, 1980). Em outras palavras, é um campo da psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para melhoria, tratamento e prevenção de doenças (Hepworth, 2006; Straub, 2005; Vinck & Meganck, 2006).

A Psicologia da Saúde se consolidou como especialidade da psicologia no século XX, em meados da década de 70. As principais variáveis sócio-históricas que colaboraram para sua afirmação dentro da ciência psicológica foram:

A)- aumento da expectativa média de vida da população geral: com as pessoas vivendo por mais tempo, há maior consciência pública das questões relacionadas à saúde, a fim de proporcionar maior vitalidade física, psicológica e social para os indivíduos, e a psicologia, neste contexto, tem um papel claro no tratamento da saúde (Straub, 2005).

B)- Surgimento dos transtornos relacionados ao estilo de vida: nos séculos XVII, XVIII e XIX, as causas de mortalidade estavam relacionadas, principalmente, as doenças que eram ocasionadas por falta de saneamento básico, alimentos contaminados e por infecções adquiridas no contato com pessoas doentes. Porém, durante o século XIX melhorias em higiene pessoal, nutrição, saneamento básico e saúde pública levaram a um declínio no número de mortes por doenças infecciosas, A partir do século XX, sobretudo nos países desenvolvidos, as principais causas de mortes são doenças, tais como câncer e problemas cardiovasculares, que se configuram como enfermidades relativas ao estilo de vida das pessoas, que podem ser prevenidas e manejadas com prática de hábitos de vida saudáveis. Deste modo, a Psicologia da Saúde é uma ciência que pode auxiliar diretamente na implementação deste estilo de vida saudável na população, através das técnicas de mudança de comportamento (Belar, 2000; Matos, 2004; Straub, 2005).

C)- Mudança no conceito de saúde/ nova definição da Organização Mundial de Saúde: é um estado completo de bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doenças. Este conceito é mais inclusivo, pois engloba os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e ecológicos, indo além dos biológicos para verificar se uma pessoa tem saúde (Matos, 2004; Witter, 2008).

D)- Aumentos dos custos de atendimento em saúde: a ênfase da Psicologia da Saúde em modificar comportamentos de riscos nos indivíduos, antes que eles causem doenças, tem o potencial de reduzir custo com a saúde de forma significativa (Belar, 2000; Straub, 2005).

Diante destas perspectivas, atualmente, a Psicologia da Saúde é uma área que apresenta múltiplas possibilidades de crescimento e consolidação dentro dos sistemas de saúde e na promoção da saúde em diversos locais da comunidade, tais como escolas, centros comunitários, igrejas, etc. Seu objetivo maior concentra-se no desenvolvimento psicossocial dos indivíduos, com a capacitação da população para, no confronto com os comportamentos de risco, prevenir o desenvolvimento de doenças, adaptarem-se as possíveis enfermidades e suas seqüelas e atingir um restabelecimento do equilíbrio, saudável e cada vez mais complexo, com melhora na qualidade de vida, competência social e participação ativa na comunidade (Matos, 2004).

Em termos práticos, o exercício da Psicologia da Saúde inclui ensino, pesquisa, gestão e extensão de serviços à comunidade, relacionados à identificação de fatores ambientais ou comportamentais que aumentam ou reduzem a vulnerabilidade para doenças; modificação destes fatores; impacto de procedimentos médicos invasivos sobre o paciente, elaboração e avaliação de programas que reduzem ansiedade do paciente e cuidador frente a procedimentos médicos; impacto, auxílio no manejo e adesão ao tratamento em doenças crônicas sobre paciente e cuidador; intervenções em crise; programas de prevenção dentro do sistema cuidados à saúde e na comunidade; intervenções psicológicas para problemas de saúde mental concomitantes a uma condição médica (comportamentos negativos resultantes de uma longa hospitalização, sofrimento e luto, reintegração a vida social); formação de profissionais da saúde; atendimento psicológico e programas de prevenção para futuros profissionais da saúde (Gorayeb, 2001; Marks et al., 1998, Miyazaki & Amaral, 1998; Miyazaki & Silveiras, 2001; Straub, 2005).

Para atender a este leque de atividades, várias modalidades terapêuticas são realizadas pelos psicólogos da saúde e são adaptadas e condizentes ao contexto em que são aplicadas. A fim de ilustrar tais modalidades “adaptadas”, sete estudos publicados acerca da atuação dos psicólogos da saúde foram consultados para apresentar exemplos e definições destas intervenções (descritas no Quadro 2).

Quadro 2. Exemplos e definições (com respectivas referências) de modalidades terapêuticas realizadas pelos psicólogos da saúde nos contextos em que atuam.

| Modalidades terapêuticas | Definição |
|---|--|
| Grupo psicoeducacional (Miyazaki, Domingos, Valério & Rosa, 2002; Souza & Silvares, 2006) | Grupos de pacientes com queixas em comum, realizados periodicamente, que visam favorecer o processo de adesão ao tratamento, aproximando ao máximo os comportamentos dos pacientes com as orientações médicas, incluindo a modelação de comportamentos necessários ao manejo da doença e dando informações sobre fatores de risco, desenvolvimento e manutenção da doença. |
| Grupo de sala de espera (Santos & Miyazaki, 1999; Barbosa, Luiz, Domingos & Fernandes, 2008) | São intervenções de caráter informativo, com enfoque psicoeducativo, visando potencializar um espaço de interação já existente na instituição com vistas à promoção de saúde; reuniões em grupo de pacientes, que muitas vezes estão acompanhados por seus familiares, à espera da consulta médica. |
| Orientação específica (Micheletto, Fett-Conte & Amaral, 2006) | Orientações realizadas pelo psicólogo aos pacientes a fim de fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre condições específicas relativas a uma situação de vida adversa. Podem diminuir sofrimento e os esforços inúteis, propiciar melhor uso dos recursos terapêuticos e, conseqüentemente, reduzir os custos com a saúde. |
| Suporte psicológico ou Psicoterapia de apoio (Atkison, Atkison, Smith, Bem, Nolen-Holksense, & Smith, 2002) | São intervenções psicológicas, com o objetivo de ensinar e elaborar estratégias de enfrentamento adequadas para melhorar o manejo de um problema ou condição desfavorável na vida do paciente; terapia pragmática voltada para a queixa do paciente |
| Intervenções em crise (Miyazaki, Domingos, Valério & Rosa, 2002) | Orientações e apoio emocional imediatos dados pelo psicólogo aos pacientes e familiares que estão enfrentando situações altamente estressantes. |
| Grupo psicoterapêutico (Neves & Amaral, 2006) | Grupo coordenado pelo psicólogo, de curta duração e com uma agenda clara de passos a serem dados; voltado para pacientes que apresentam problemas similares, que tem como objetivo modificar os comportamentos problema e atingir bem-estar psicológico. |

No que se refere à produção científica, são, inúmeras as pesquisas realizadas no campo da Psicologia da Saúde, as quais são publicadas em diferentes meios científicos (jornais, revistas, livros, congressos). Dentre as especialidades da psicologia, é uma das que mais apresenta publicações. Porém, estas ainda apresentam dados com pouca fundamentação empírica acerca da eficácia e efetividade das intervenções empregadas, além de atribuir uma ênfase maior na remediação dos problemas e não na prevenção destes (Murray, 2000; Murray & Poland, 2006; Witter, 2008).

Os contextos de atuação dos serviços de Psicologia da Saúde são hospitais, ambulatorios gerais e de especialidades médicas (tais como cardiologia, neurologia, clínica médica, psiquiatria, endocrinologia, nefrologia, ginecologia e obstetrícia, transplantes, dentre outros), unidades básicas de saúde e locais de interesse comum da comunidade (escolas, áreas de lazer, instituições religiosas, etc).

Vários serviços de Psicologia da Saúde são integrados a hospitais-escolas, instituições que tem como características o ensino, a prática e a formação de profissionais da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia), inclusive de psicologia. Estes centros de atendimento de psicologia da saúde também se configuram em serviços-escola de psicologia, pois tem como objetivos, o ensino, pesquisa e extensão de serviços a comunidade, oferecendo, portanto, subsídios para intervenções na área da saúde e formação de psicólogos para assistir esta demanda (Gorayeb, 2001; Hepworth, 2006; Miyazaki et al., 2002; Miyazaki & Silves, 2001).

Porém, diferente das clínicas-escola (ligadas a cursos de graduação em psicologia) que estão preocupadas em caracterizar a clientela e a adequação de sua assistência a população, os serviços de psicologia da saúde parecem não estar acompanhando este movimento de modo similar.

Na literatura nacional e internacional, há poucas pesquisas que descrevem a caracterização da atuação de serviços de psicologia da saúde. Observa-se uma carência de dados acerca da demanda, clientela, forma de funcionamento e sobre a formação de psicólogos nesta especialidade.

2.2.2 – Caracterização da população atendida em Serviços de Psicologia da Saúde

Em julho de 2010, foi realizada uma consulta bibliográfica as bases de dados Psycinfo, Bireme e Dedalus (Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo) com a combinação das seguintes palavras: caracterização+hospital (240 resultados); dados sócio-demográficos+hospital (26 resultados); perfil sócio-demográfico+hospital (20 resultados); psicologia da saúde+hospital+caracterização (9 resultados); psicologia da saúde+ perfil sócio-demográfico+hospital (16 resultados) (a busca foi realizada em inglês). Após revisão dos estudos obtidos a partir desta consulta, resultaram doze estudos que mais se assemelharam a presente pesquisa, sendo que apenas seis apresentam dados de atuação da psicologia.

Há relatos de estudos de caracterização (296 resultados), porém estes descrevem populações assistidas por especialidades médicas específicas e/ou apresentando problemas de saúde específicos, tais como ambulatórios de psiquiatria (Tucci, Kevi-Correa & Dalben, 2001), serviços de saúde mental (hospital, clínicas) (Stiles, Barkham, Twigg, Mellor-Clark & Cooper, 2006), Unidades de Terapia Intensiva (Molina, Marcon, Uchimura & Lopes, 2008), grupo de pessoas com hipertensão arterial (Bennett & Shea, 1988), com hepatite C (Lunetta & Luís, 2008), dentre outras doenças crônicas.

Na literatura internacional, foram encontrados 31 (trinta e um) relatos de pesquisas que descrevem a caracterização de populações assistidas em serviços de saúde mental, cujos tratamentos são voltados para transtornos psicológicos leves, moderados e graves, sem associação com problemas de saúde devido a causas médicas (queixas não psicológicas). Como ilustração destes estudos, alguns locais de atendimento em saúde mental que apresentam dados clínicos e sócio-demográficos sobre sua clientela estão situados nos Estados Unidos da América (EUA) (Hough et al., 2002), no Chile (Vicente, Kohn, Saldivia, Rioseco & Torres, 2005), na Itália e Espanha (Salvador-Carulla et al., 2005; Lora, Bezzi & Erlicher, 2007), e em Singapura (Nyunt, Chiam, Kua & Ng, 2009).

Foram encontrados estudos que descrevem a caracterização da população atendida em locais de atenção à saúde sem especificar especialidades médicas e problemas de saúde: seis se referem à clientela assistida por serviços de psicologia e os outros seis não mencionam e/ou descrevem a atuação de psicólogos nestas instituições. Estas pesquisas estão apresentadas no Quadro 3.

Pode-se observar que dentre os seis relatos de estudos acerca da clientela atendida em serviços de psicologia filiados a locais do sistema de saúde, cinco retratam a população infantil e/ou adolescente e apenas um a clientela adulta. A localização dos serviços está concentrada na região sudeste. As amostras obtidas são pequenas e apresentam similaridades entre a clientela infantil e adolescente: predominância do sexo masculino, idade mais frequente entre 6 a 10 anos e a queixa de dificuldades escolares está entre as mais frequentes. Cinco estudos foram realizados a partir do ano de 2000 (Quadro 3).

Quanto às pesquisas de caracterização da população atendida em locais componentes do sistema de cuidados à saúde, sem a descrição ou menção da atuação da psicologia (Quadro3), dos seis encontrados, quatro retratam características da clientela adulta e os outros dois, todas as idades. As amostras adultas descritas também apresentam similaridades: sexo feminino como mais frequente, a faixa etária de 30 a 40 anos como mais recorrente, o estado

Quadro 3. Exemplos de estudos com perfil sócio-demográfico e clínico da população assistida em alguns locais do contexto de cuidados à saúde. Os seis primeiros estudos apresentam dados acerca da clientela assistida por serviços de psicologia filiados a hospitais-escola.

| Autores/ Ano | Local | Serviço de Psicologia | Período | Amostra | Clientela atendida | Sexo# | Idade (em anos)# | Estado civil# | Escolaridade (em anos)# | Queixas* |
|---|--|-----------------------|----------------------|---------|------------------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|-------------------------|--|
| Dios & Silveiras, 1993 | Hospital-escola de São Paulo/SP | Sim | 1991 | 52 | Crianças | Masculino | Acima de 6 | Solteiro | 1 a 4 | P: mau desempenho escolar; comportamento agressivo |
| Bernardes-da-Rosa, Garcia, Domingos & Silveiras, 2000 | Hospital-escola no interior do estado de São Paulo | Sim | 1996 a 1997 | 25 | Crianças | Masculino | Média: 9,12 | Solteiro | 1 a 3 | P: Distúrbios específicos de desenvolvimento e habilidades escolares |
| Schoen-Ferreira, Silva, Farias & Silveiras, 2002 | Departamento de Pediatria do hospital-escola da Universidade Federal de São Paulo/SP | Sim | 1997 a 2000 | 61 | Adolescente | Masculino | 13 a 15 | Solteiro | 4 a 8 | P: dificuldades (dif.) escolares |
| Santos & Alonso, 2004 | Hospital Cristiano Machado, Sabará/MG | Sim | 05/1998 a 05/2004 | 220 | Crianças | Masculino | 7 a 9 | Solteiro | 1 a 2 | P: dif. afetivo-sociais; problemas funcionais |
| Basaglia, 2005 | Unidade Básica de Saúde, Santana de Parnaíba/SP | Sim | 2002 a 2003 | 819 | Crianças Adolescente Adultos | Masculino Feminino | 6 a 10 19 a 25 | Não consta | Não consta | P: agressividade e dif. escolares P: transtornos de ansiedade |
| Rocha & Ferreira, 2006 | Hospital Universitário, Belém/PA | Sim | 01/2002 a 06/2003 | 62 | Crianças Adolescente | Masculino | 7 a 10 | Solteiro | 1 a 4 | P: dif. em habilidades sociais; dif. escolares |
| Feliciano & Moraes, 1999 | UBS de São Carlos/SP | Não | 08/95 a 08/96 | 1013 | Acima de 12 anos | Feminino (87,1%) | Menores de 40 | Casado | Não consta | M: doenças do aparelho geniturinário |
| Furtado, Araújo Jr. & Cavalcanti, 2004 | Emergência do Hospital da Restauração, Recife (PE) | Não | 1993 1997 2001 | 16.383 | Crianças Adolescente Adultos | Masculino | 30 a 49 | Não consta | Não consta | M: traumas |
| Jacobs & Matos, 2005 | Hospital São Rafael, Salvador/BA | Não | 06/2000 a 05/2001 | 57.662 | Todas as idades | Feminino (53%) | 0 a 14 | Não consta | Não consta | M: febre; diarreia; gastroenterite |
| Cigognini & Furlanetto, 2006 | Hospital Santa Isabel, Blumenau/SC | Não | 01 a 06/2002 | 125 | Acima de 18 anos | Feminino (67%) | Média: 52,4 | Casado | 1 a 4 (42%) | M: não consta P: depressão (26%) |
| Silva, Silva, Heinisch & Heinisch, 2007 | Emergência do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC | Não | 2004 (12 meses) | 1138 | Acima de 14 anos | Feminino | Média: 37,8 | Não consta | Não consta | M: cefaléia; dor abdominal; dispnéia |
| Gomes, 2008 | Interconsulta em Saúde Mental do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP | Não | 01/2000 a 12/2005 | 633 | Adultos | Feminino | Média: 39,2 | Solteiro Casado | 1 a 7 | P: transtornos do humor (afetivos) |

Maior frequência

*Médicas (M) / Psicológicas (P)

civil mais comum é estar casado e, quando consta, a escolaridade de ensino fundamental incompleto é a mais prevalente. A localização destas instituições é mais diversificada: 2 no estado de São Paulo (região sudeste), duas na região nordeste e duas no estado de Santa Catarina (região sul). As amostras obtidas são numerosas, sugerindo um grande fluxo de atendimentos prestados.

Estes estudos também foram realizados com objetivos de conhecer a demanda para atuar de modo mais adequado e coerente às necessidades de seus usuários. Os que relatam a atuação da psicologia comparam os dados obtidos com a clientela assistida pelos serviços-escola de psicologia integrantes de centros universitários, destacando as similaridades entre as características sócio-demográficas e clínicas, principalmente, no que se refere à população infantil (Bernardes-da-Rosa et al., 2000; Rocha & Ferreira, 2006; Santos & Alonso, 2004).

Na literatura pesquisada, também foram localizadas descrições do funcionamento institucional (modalidades de atendimento psicológico realizadas, tipos de população e interação com a equipe de saúde) de serviços de psicologia filiados a hospitais-escola, mas sem dados acerca das características sócio-demográficas e clínicas de sua clientela. Salinas e Gorayeb (2002) descrevem o atendimento psicológico realizado em um Ambulatório de Psicologia Médica de um hospital geral o alcance e as limitações deste tipo de assistência. Barros (2002) apresenta a intervenção psicológica desenvolvida no contexto de um hospital geral enfocando os aspectos teóricos e práticos acerca dos processos de saúde e doença.

É interessante mencionar o relato de experiência de uma equipe de residentes em psicologia que atuam no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia. Além das autoras descreverem a formação de psicólogos na área da saúde, também apresentam as intervenções psicológicas que são realizadas em cada setor do instituto (Wottrich, Souza, Seelig, Viguera & Ruschel, 2007). Outro relato de atuação similar a este é descrito por Scremin, Ávila e Branco (2009), cujo local de atuação é o Hospital de Pronto Socorro de Canoas; as autoras dão destaque para as possibilidades de atuação da psicologia diante de emergências médicas.

Outra questão importante que é propiciada pela caracterização de um local de prestação de serviços à comunidade são as informações obtidas sobre como estes serviços-escola promovem a formação de estudantes e profissionais. Sendo a psicologia da Saúde uma área crescente de atuação dos psicólogos, como a formação de profissionais nesta especialidade da psicologia está sendo desenvolvida?

2.2.3.- Formação profissional em Psicologia da Saúde

Para o psicólogo atuar na área da saúde é fundamental uma formação teórica e prática neste contexto, a fim de ter subsídios para exercer de forma adequada à práxis nesta especialidade da psicologia. A formação profissional nesta área vem sendo desenvolvida através de estágios durante a graduação e atividades de pós-graduação *Lacto* (cursos de especialização, aprimoramento profissional, residência em psicologia) e *Stricto Sensu* (mestrado, doutorado), sendo que, grande parte dos serviços de psicologia integrantes de instituições do sistema de saúde são os responsáveis e executores desta formação.

O conhecimento teórico necessário para a formação de um psicólogo da saúde, além da base teórica adquirida durante a graduação, inclui saberes básicos específicos de outras ciências, a saber, anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, genética, as bases biológicas das doenças. E é preciso não entender somente sobre as doenças, mas também ter informações sobre seus tratamentos, cursos de evolução e seus correlatos comportamentais (cognitivos, emocionais e atitudinais) (Belar & Deardorff, 2009). A complementação destes conhecimentos específicos deve ser adquirida concomitantemente ao treinamento prático.

A vivência prática da formação em psicologia da Saúde deve ser acompanhada por um supervisor e/ou um profissional com mais qualificação e experiência que facilite e favoreça este processo de ensino-aprendizagem, apresentando modelos apropriados de postura e intervenção e fornecendo orientações cruciais para a atuação nesta especialidade da psicologia (Belar, 2008; Guimarães, 2002).

É importante frisar que o processo de supervisão na psicologia da saúde apresenta algumas singularidades quando comparado aos processos de supervisão de outras áreas da psicologia. Por exemplo, é muito comum e recomendado que o supervisor vá para o local de atendimento junto com o aprendiz, a fim de apresentá-lo a equipe de profissionais da saúde e permitir que o aluno vivencie um dia de trabalho junto com o supervisor, vendo-o executar as funções de um psicólogo neste contexto, tais como, as intervenções realizadas, a forma de se comunicar com a equipe e com familiares do paciente. Após esta experimentação inicial, o aluno vai sendo encorajado aos poucos a participar dos atendimentos com contribuições que considera pertinentes e gradativamente assumir os atendimentos sozinho, de modo autônomo, assim que se sentir preparado e seguro, ou quando o supervisor considerar que ele está pronto para executar tais ações (Belar, 2008; Guimarães, 2002; Rudnicki & Carlotto, 2007).

Além da possibilidade de o aluno acompanhar o supervisor atuando, é fundamental um espaço de discussão sobre as questões que surgem desta interação, para que ambos analisem e firmem acordos sobre posturas adequadas, intervenções psicológicas apropriadas, objetivos e metas a serem atingidas, formas de avaliação do desempenho do aprendiz e da supervisão, de modo a satisfazer e contemplar as necessidades de todos os envolvidos neste processo: aluno, supervisor e cliente (Belar & Deardorff, 2009).

Outra singularidade do processo de supervisão em psicologia da saúde é o treinamento de habilidades para se comunicar e trabalhar em equipes multi/interdisciplinares. É essencial facilitar o processo de comunicação com estes outros profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais) apresentando uma linguagem clara e sucinta, com menos termos psicológicos e respeitando o sigilo do paciente (questões éticas). Além de administrar de modo ético e profissional as diferenças entre culturas e subculturas disciplinares e suas implicações para as relações interpessoais e o cuidado com os pacientes (Belar, 2008; Rudnicki & Carlotto, 2007).

Também é importante treinar o aluno a registrar os atendimentos e as intervenções realizados, não apenas para controle do desempenho do aluno, mas para que a equipe de saúde acompanhe os procedimentos executados pela psicologia. Estes registros devem ser apresentados de maneira clara, sucinta e legível, com termos que facilitem o entendimento de todos (Belar & Deardorff, 2009).

No contexto de cuidados com a saúde, o psicólogo vivencia algumas situações que podem gerar sentimentos negativos, pois é uma área em que alguns pacientes estão gravemente enfermos e apresentam uma alta probabilidade de morrerem durante o tratamento. Nestas contingências, o psicólogo precisa oferecer suporte a família do paciente e a equipe prestadora de cuidados, além de ter que administrar seus próprios sentimentos ao lidar com experiências tão aversivas. Estas questões também precisam ser discutidas em supervisão, a fim de ensinar estratégias de enfrentamento mais adequadas ao aprendiz no manejo de tais acontecimentos (Belar, 2008; Rudnicki & Carlotto, 2007).

Em função do exposto pode-se concluir que para a formação de um psicólogo da saúde algumas questões teóricas e práticas precisam ser adaptadas e implementadas de acordo com o contexto de atuação desta especialidade da psicologia e os serviços de psicologia que atuam no sistema de saúde, responsáveis por esta formação, precisam contemplar estas especificidades a fim de formarem profissionais qualificados para exercer tal papel.

Retomando, então, a formação profissional em psicologia da saúde vem sendo desenvolvida através de atividades que muitas vezes (o ideal é que seja) se iniciam em estágios supervisionados durante a graduação e que devem se estender em cursos de pós-graduação, tais como especializações e aprendizagem em serviço.

Dentre as opções de formação que se configuram em aprendizagem em serviço, uma que está em crescimento, consolidação e ascendência é o Aprimoramento Profissional.

2.2.4- Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia (PAP)

Segundo Picciafuoco (2009), a aprendizagem em serviço é um elemento do processo educativo e uma modalidade de ensino presente nos cursos destinados a formação de profissionais da área de saúde. No estado de São Paulo, um exemplo de aprendizagem em serviço é o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), que tem a função de capacitar e aprimorar profissionais para a área da saúde. Neste programa, aprimorandos e supervisores estabelecem uma relação de ensino-aprendizagem, na qual a formação é centrada no treinamento em serviço e acompanhada obrigatoriamente pela supervisão de um profissional qualificado.

O PAP é um curso de pós-graduação *Lato Sensu* que foi instituído pelo Governo do Estado de São Paulo através do Decreto estadual n. 13.919, de 11 de setembro de 1979. O Programa é financiado pela Secretaria de Estado da Saúde do estado de São Paulo (SES) e, por este decreto, sua administração foi assumida pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap) (Fundap, 2008; Picciafuoco, 2009; Sancha, 2008).

O aprimoramento profissional tem por objetivo qualificar graduados para funções especializadas, complementando, ampliando e aprofundando o nível de conhecimento teórico e prático de um domínio específico do saber, atendendo às demandas sociais e profissionais de formação continuada, bem como às realidades concretas de mercado de trabalho (FUNDAP, 2008). Em outras palavras de acordo com Picciafuoco (2009):

O PAP caracteriza-se por ser um programa governamental de bolsas que objetiva capacitar o participante para uma atuação qualificada em uma área específica da saúde e que enfatiza a necessidade desse participante desenvolver uma visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de orientar suas ações para a melhoria das condições de saúde da população usuária desse sistema (p.32).

Atualmente, o PAP tem a participação de 54 instituições de naturezas diversas, que são subsidiadas por diferentes entidades: federais, estaduais, municipais, filantrópicas, privadas. Estas instituições são hospitais, faculdades, institutos de pesquisa, Unidades Básicas de Saúde, cuja localização abrange várias cidades do estado de São Paulo (Sancha, 2008). Os programas tem duração mínima de doze meses e máxima de vinte e quatro, com carga horária de 40 horas semanais e o valor das bolsas concedidas pela Fundap é de R\$790,00 (Picciafuoco, 2009).

Os PAPs oferecidos por estas instituições englobam 29 áreas profissionais, dentre elas, a psicologia. Dos 459 programas credenciados em 2006, 41 são voltados para a formação continuada de psicólogos na área da saúde (Picciafuoco, 2009). Entre as cidades paulistas que oferecem o PAP em psicologia estão São Paulo, Campinas, Botucatu, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

2.2.5- Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP

Sendo que na cidade de São José do Rio Preto encontra-se um Serviço de Psicologia, o qual é referência nacional em termos de pioneirismo e avanço no desenvolvimento e fortalecimento da área de Psicologia da Saúde. Este serviço está filiado a um grande e importante hospital de ensino, o Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).

O Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP (SPHB) teve início em 1981 e possui vinte e oito anos de existência. Seu crescimento, em função do aumento da demanda, levou à ampliação das áreas e à necessidade de contratação constante de profissionais. Atualmente, o Serviço compõe-se aproximadamente de trinta psicólogos contratados que desenvolvem suas atividades em diversas especialidades médicas e supervisionam dezessete aprimorandos, totalizando em torno de cinquenta psicólogos atuantes (Miyazaki et al., 2002).

Este Serviço se caracteriza como um serviço-escola de psicologia, pois tem como objetivos o ensino e pesquisa em Psicologia da Saúde, gestão de recursos e extensão de serviços à comunidade, atividades que ocorrem de forma integrada e complementar.

O Serviço de Psicologia atua nos três níveis de atenção à saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), a saber: 1) atenção primária, que se concentra nas Unidades Básicas de

Saúde, com psicólogos atuando no Centro de Saúde-Escola Estoril; 2) atenção secundária, com psicólogos atuando nos ambulatórios de diversas especialidades médicas (pediatra, dermatologia, gastroenterologia, psiquiatria, oncologia, neurologia, cardiologia, nefrologia, etc), sendo que o próprio Serviço possui um ambulatório, no qual são oferecidas várias modalidades de intervenção psicológica, tais como, psicoterapia individual, grupos psicoterapêuticos, avaliação psicológica, avaliação neuropsicológica; 3) atenção terciária, no qual os psicólogos atendem a pacientes hospitalizados em diversas enfermarias de diferentes especialidades médicas, na Emergência e nas Unidades de Terapia Intensiva, tanto adulto, quanto pediátrica e pacientes em protocolo de pré e pós-transplante. Em todas estas áreas, os psicólogos atuam junto a equipes multi/interdisciplinares, com participação ativa no tratamento de saúde dos pacientes.

As atividades de ensino desenvolvidas pelos profissionais que integram o Serviço de Psicologia englobam aulas e orientações de pesquisas para os cursos de Graduação (disciplinas ministradas para os cursos de enfermagem e medicina da FAMERP, estágios de observação e cursos de extensão) e Pós-graduação *Lacto e Stricto Sensu* (cursos de especialização, mestrado e doutorado em Ciências da Saúde) (Miyazaki et al., 2002).

Entre as atividades de ensino desenvolvidas pelo Serviço de Psicologia está o Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde. Este foi implantado em 1990 e, atualmente, oito alunos são formados por ano. Desde 2005, após avaliação e credenciamento da ABEP (Associação Brasileira de Ensino de Psicologia), o programa passou a conceder o título de especialista em Psicologia da Saúde (Miyazaki et al., 2002; Miyazaki, Domingos, Valério, Ravagnani & Grecca, 2006).

Durante este aprimoramento, os alunos têm a possibilidade de associar prática e iniciação científica na área, atuando em diversas especialidades médicas dentro de hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde (Miyazaki et al., 2002).

O Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP, assim como grande parte dos outros serviços-escola de psicologia integrados a instituições do sistema de saúde, não vem acompanhando a tendência atual dos outros serviços-escola pertencentes a faculdades de psicologia de caracterizar sua demanda e processo de formação na tentativa de reestruturar melhor seu funcionamento.

Deste modo, destaca-se a importância deste tipo de pesquisa, tendo em vista que a Psicologia da Saúde é um campo recente de atuação do psicólogo no Brasil, sendo importante também, caracterizar melhor a demanda, descrever e avaliar as intervenções psicológicas que estão sendo realizadas. A partir desta caracterização também é possível, conhecer o perfil dos

supervisores e o processo de supervisão ofertados por centros de formação desta especialidade.

É importante pesquisar e validar estas práticas para consolidar a Psicologia da Saúde como uma opção de pós-graduação e de estágio para futuros profissionais e para a formação continuada dos psicólogos. Sendo assim, os objetivos do presente trabalho são:

3 Objetivos:

3.1. Objetivo Geral:

Caracterizar a população atendida pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP e caracterizar o perfil do supervisor e o processo de supervisão disponibilizado por este serviço.

3.2. Objetivos específicos:

3.2.1. Caracterizar a população atendida em três aspectos básicos: dados sócio-demográficos, queixas, encaminhamentos e modalidades de atendimento psicológico em que são atendidas.

3.2.2. Caracterizar a supervisão oferecida aos alunos-estagiários focalizando o perfil do supervisor (experiência clínica, formação profissional, disponibilidade para exercer a atividade, abordagem teórica, atualização profissional) e o processo de supervisão (horas de supervisão semanais, atividades práticas e/ou teóricas realizadas, recursos pedagógicos, acessibilidade do supervisor, resolução de conflitos na interação supervisor - supervisionando e supervisionado-cliente), tanto do ponto de vista do aluno como do supervisor.

4 Método

4.1. Local de coleta de dados:

Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina da cidade de São José do Rio Preto (SPHB) no interior do estado de São Paulo/Brasil.

4.2. Participantes

Participaram deste estudo 21 supervisores e 21 psicólogos (aprimorandos) que estavam cursando o Aprimoramento em Psicologia da Saúde do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP (SPHB), no período entre setembro de 2008 e março de 2009.

4.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a realização do presente trabalho foram:

4.3.1. **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** (Anexo A): autorização por escrito, fornecida pelo participante e pela instituição para análise dos prontuários e aplicação dos inventários, executada pelos aplicadores bem como para divulgação dos dados, mantendo em sigilo a identidade dos participantes.

4.3.2. **Ficha de registro dos pacientes atendidos** (Apêndice A): ficha elaborada pelo pesquisador para registro de dados relevantes dos pacientes atendidos pelos psicólogos do Serviço de Psicologia.

4.3.3. **Inventário 1/ Levantamento em Serviços-Escola** (Anexo B): preenchido pelo coordenador do serviço-escola de Psicologia da Saúde. Foi criado pelo grupo de pesquisadores do Projeto Temático “Serviços-escola de Psicologia do Brasil”. Neste consta itens sobre o corpo de funcionários que compõem o serviço, as modalidades de atendimento psicológico oferecidas e a rotina de funcionamento da instituição.

4.3.4. **Inventário de levantamento de atividades de supervisão / Inventário 2** (Anexo C): preenchido pelos supervisores do serviço-escola de psicologia da saúde participantes desta pesquisa (criado pelo grupo de pesquisadores do Projeto Temático “Serviços-escola de

Psicologia do Brasil”). Solicita-se dados demográficos (sexo, idade) e é composto de 30 questões, sendo 25 questões com respostas baseadas em uma escala likert de cinco pontos e 5 questões discursivas acerca do processo de supervisão de acordo com a ótica dos supervisores.

4.3.5. Inventário de levantamento de atividades de supervisão/ Inventário 3 (Anexo D): preenchido pelos aprimorandos do serviço-escola de psicologia da saúde participante desta pesquisa (criado por Nigan, Cameron & Leverette, 1997). Solicita-se dados demográficos (sexo, idade) e é composto de 30 questões, sendo 25 questões com respostas baseadas em uma escala likert de cinco pontos e 5 questões discursivas acerca do processo de supervisão de acordo com a visão dos supervisionandos.

4.3. Procedimento:

O projeto foi submetido à avaliação e aprovação de dois comitês de Ética: Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo/SP e o da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP.

Após aprovação do projeto por ambos os Comitês de Ética, foi feito contato com as chefes responsáveis pelo SPHB para dar início a realização da pesquisa.

Foi sugerido pela instituição que o projeto fosse apresentado pela pesquisadora na reunião geral do Serviço de Psicologia (na qual participam todos os psicólogos e que ocorre semanalmente) com o intuito de esclarecer objetivos, procedimentos e implicações éticas da pesquisa. Esta apresentação ocorreu em agosto de 2008. O projeto foi aceito por toda a equipe de psicólogos e combinaram-se algumas questões norteadoras do desenvolvimento da pesquisa para adequá-lo à rotina de atividades do Serviço. Foi solicitado a pesquisadora que cada fase de coleta de dados proposta pelo projeto fosse feita individualmente, ou seja, iniciasse outra fase só a partir do término de outra.

4.4.1 Caracterização do Processo de Supervisão disponibilizado pelo Serviço-escola de Psicologia da Saúde:

A primeira etapa da coleta de dados foi a aplicação dos Inventários de levantamento de atividades de supervisão, tanto aos supervisores quanto aos aprimorandos, que se iniciou no

mês de setembro de 2008 e foi encerrada em março de 2009. Todos foram convidados a responder os inventários; sendo que apenas um supervisor não participou, pois estava em licença de trabalho a fim de desenvolver seu doutorado.

4.4.2 *A caracterização da população atendida pelo Serviço de Psicologia foi realizada de duas formas:*

1- Análise retrospectiva documental: Uma parcela da população que procura este serviço é atendida no Ambulatório de Psicologia, em que algumas modalidades de atendimento psicológico são realizadas exclusivamente neste espaço, tais como, psicoterapia individual e a entrevista de triagem. Estes indivíduos são entrevistados pelos psicólogos (triagem) e o encaminhamento é dado de acordo com a especificidade de cada caso. Para caracterizar esta clientela, foi realizada uma análise retrospectiva documental (características sócio-demográficas, queixas, modalidade de atendimento psicológico realizada, encaminhamento dado ao caso) das fichas de triagem e dos prontuários destes pacientes encaminhados e atendidos neste ambulatório no ano de 2007.

2- Dados fornecidos pelos profissionais: Foi solicitado aos psicólogos que compõem o corpo clínico deste serviço que registrassem os dados relevantes (ficha de identificação elaborada pelo pesquisador) de todos os pacientes que foram atendidos por eles (independente da modalidade terapêutica e do local de atendimento) durante o período de um mês de atividades institucionais (33 dias: 23 de março a 24 de abril de 2009), a fim de obter uma amostra do perfil (características sócio-demográficas e clínicas) da clientela que usufrui os serviços prestados desenvolvidos pela instituição.

4.4.2.1- *Categorização dos Motivos de Encaminhamento para a Psicologia (Queixas):*

Dentre os dados relevantes coletados e registrados para categorizar a população atendida pelo SPHB está o motivo de procura por ajuda psicológica. Para organizar os motivos de encaminhamento (queixas relatadas pelos pacientes) com características similares em categorias, conjuntos, utilizaram-se duas escalas de Problemas de comportamento do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach:

A) Para crianças e adolescentes (0 a 18 anos), foram adotadas as escalas do instrumento “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos” (“Child Behavior Checklist” – CBCL – Achenbach & Rescorla, 2001) (a relação de queixas

está descrita no Anexo E). Estas escalas de problemas de comportamento: Ansiedade/depressão; Isolamento social; Queixas somáticas; Problemas sociais, Problemas de pensamento; Problemas de atenção; Comportamento de quebrar-regras; Comportamento agressivo e Outros problemas.

B) Para os adultos (acima de 18 anos), utilizaram-se as Escalas de Problemas de Comportamento do instrumento “Inventário de auto-avaliação para adultos de 18 a 59 anos” (“Adult Self-report” – ASR – Achenbach & Rescorla, 2001) (as categorias de queixas dos adultos estão apresentadas no Anexo F) e as categorias ficaram definidas da seguinte forma: Ansiedade/depressão; Problemas de pensamento; Queixas somáticas; Isolamento social; Problemas de atenção; Comportamento agressivo; Comportamento de quebrar-regras; e Comportamento intrusivo; Outros problemas.

Com o intuito de verificar a concordância e adequação da categorização realizada para classificar os motivos de procura por ajuda psicológica, solicitou-se que dois psicólogos (juízes) fizessem o mesmo procedimento de categorização executado pela pesquisadora. Aos dois psicólogos participantes foram dadas instruções sobre como realizar a categorização (Anexo H). Para calcular uma amostra estatisticamente representativa da população de crianças e adolescentes e da adulta, o tamanho da amostra foi definido para estimar proporções com poder fixado em 0,8. Estas amostras representativas foram apresentadas aos psicólogos com as seguintes informações: número de identificação do paciente, idade do paciente e motivo de procura por ajuda psicológica. Juntamente, foram fornecidas as escalas de problemas de comportamento empregadas para a categorização.

A partir destes dados, os psicólogos, de acordo com suas percepções, relacionaram cada motivo com uma escala de problemas de comportamento. Em seguida, as categorizações realizadas pelos dois psicólogos foram comparadas (individualmente) com a categorização feita pela pesquisadora e calculou-se o grau de concordância entre elas, através dos seguintes testes estatísticos: Teste do coeficiente Kappa e Teste do coeficiente Fleiss (a análise estatística completa do grau de concordância entre as escalas de problemas de comportamento do CBCL e do ASR estão apresentadas no Anexo I).

A.1) Na Tabela 1 estão os resultados do grau de concordância entre os juízes e a pesquisadora para as escalas de problemas de comportamento do CBCL:

Tabela 1 – Grau de concordância obtido a partir de testes estatísticos entre a comparação das categorizações das escalas de problemas de comportamento do CBCL realizadas pela pesquisadora e por dois juízes.

| Pesquisadora x Juiz 1 x Juiz 2 | Coefficiente de Fleiss* | Classificação ** | valor-p *** |
|--------------------------------|-------------------------|------------------|-------------|
| Ansiedade / depressão | 0,984 | Quase perfeito | <0,001 |
| Comportamento agressivo | 0,925 | Quase perfeito | <0,001 |
| Comportamento de quebra-regras | 0,438 | Moderado | <0,001 |
| Isolamento | 0,327 | Fraca | <0,001 |
| Outros problemas | 0,725 | Substancial | <0,001 |
| Problemas de pensamento | -0,023 | Pobre | 0,659 |
| Queixas somáticas | 0,788 | Substancial | <0,001 |
| Problemas de atenção | 0,736 | Substancial | <0,001 |
| Problemas sociais | 0,469 | Moderado | <0,001 |
| Geral | 0,757 | Substancial | <0,001 |

* Teste estatístico Coeficiente de Fleiss / ** Classificação arbitrária proposta por Kappa -1977/ *** Valor de $p \leq 0,05$

Observa-se que as escalas de problemas de comportamento Isolamento e Problemas de Pensamento obtiveram um grau de concordância baixo ou não recomendado, porém, para fins do presente trabalho, adotou-se como preponderante o grau de concordância geral entre as escalas que foi de 74,5% (Intervalo de confiança de 95% (64,92%;82,62%)) e classificado como substancial, desconsiderando-se deste modo as escalas que alcançaram baixa concordância. Sugere-se que em trabalhos posteriores em que estas escalas de problemas de comportamento sejam empregadas, estas discordâncias sejam avaliadas com mais atenção.

B.1) Os resultados alcançados a partir da análise de concordância entre a categorização da pesquisadora em comparação com a dos dois juízes no que tange as escalas de problemas de comportamento do ASR estão na Tabela 2.

Tabela 2 – Grau de concordância obtido a partir de testes estatísticos entre a comparação das categorizações das escalas de problemas de comportamento do ASR realizadas pela pesquisadora e por dois juízes.

| Pesquisadora x Juiz 1 x Juiz 2 | Coefficiente de Fleiss* | Classificação ** | valor-p *** |
|--------------------------------|-------------------------|------------------|-------------|
| Ansiedade / depressão | 0,949 | Quase perfeito | <0,001 |
| Comportamento agressivo | 0,491 | Moderado | <0,001 |
| Comportamento de quebra-regras | 0,939 | Quase perfeito | <0,001 |
| Isolamento | 0,835 | Quase perfeito | <0,001 |
| Outros problemas | 0,908 | Quase perfeito | <0,001 |
| Problemas de pensamento | 0,422 | Moderado | <0,001 |
| Queixas somáticas | 0,979 | Quase perfeito | <0,001 |
| Problemas de atenção | 0,449 | Moderado | <0,001 |
| Geral | 0,878 | Quase perfeito | <0,001 |

* Teste estatístico Coeficiente de Fleiss / ** Classificação arbitrária proposta por Kappa -1977

*** Valor de $p \leq 0,05$

O grau de concordância geral entre as categorizações de queixas da pesquisadora e dos dois juízes nas escalas de problemas de comportamento do ASR foi de 86,9% (Intervalo de confiança de 95% (80,93%;91,83%)), sendo classificado como "Quase perfeito". Apenas as escalas de problemas de comportamento: Comportamento agressivo, Problemas de pensamento e Problemas de atenção foram classificadas com concordância moderada. Desta maneira, assim como ocorreu com as escalas de problemas de comportamento do CBCL, para fins do presente trabalho, adotou-se como preponderante o grau de concordância geral entre as escalas. Ressalta-se que em trabalhos posteriores em que estas escalas de problemas de comportamento sejam utilizadas, recomenda-se que estas desarmonias nas categorizações das queixas sejam melhor analisadas e solucionadas.

4.4.2.2 – *Atividade profissional/Ocupação:*

Dentre os dados relevantes coletados acerca da população atendida no SPHB, encontra-se a profissão, ou seja, a atividade profissional e/ou ocupação que estas pessoas estavam exercendo ao serem assistidas por este serviço. Para facilitar o registro deste dado, as atividades profissionais foram organizadas, agrupadas de acordo com as faixas de renda adotadas pela Receita Federal do Brasil (Lista das profissões está apresentada no Anexo G).

4. 5. Análise dos Dados

Os dados de caracterização da população atendida e os referentes à caracterização do perfil do supervisor e do processo de supervisão foram tabulados em registros numéricos e constituído um banco de dados, cujas análises estatísticas foram realizadas com o auxílio de um estatístico contratado pela pesquisadora.

A elaboração do Inventário de levantamento de atividades de supervisão foi pautada no artigo publicado, em 1997, por Nigam, Cameron e Leverette, no qual há a apresentação deste inventário para ser respondido por estagiários que recebem o processo de supervisão como forma de treinamento.

A apresentação e análise das respostas dadas às questões do Inventário pelos participantes foram desenvolvidas com base em uma divisão e/ou tópicos propostos por

Nigam et al. (1997). Estas questões tem como possibilidades de resposta uma escala do tipo likert de cinco pontos, a saber: Nunca; Raramente; 50% das vezes; Frequentemente; Sempre. Para analisar as possibilidades de resposta às questões através de testes estatísticos, a cada possibilidade de resposta foi atribuído um valor (escore). Assim, para a resposta “Nunca” o valor atribuído foi 1; “Raramente” foi 2; “50% das vezes” foi 3; “Frequentemente” atribui-se 4; e para “Sempre” o valor de 5, de acordo com o modelo proposto pelo artigo.

5 Aspectos Éticos

Os dados da pesquisa acerca da caracterização da população atendida pelo Serviço de Psicologia foram coletados e analisados de forma coletiva, preservando a confidencialidade da identidade de cada indivíduo. Não foi necessário o envolvimento direto com estes participantes, pois os dados analisados são institucionais e foram acessados após autorização da instituição responsável.

No que tange à caracterização do perfil do supervisor e do processo de supervisão do SPHB, foram aplicados inventários de auto-relato, referentes às atividades de supervisão. Este tipo de inventário traz implicações mínimas, tendo em vista que os dados foram analisados de forma coletiva, mantendo o anonimato e a confidencialidade de cada indivíduo.

6. Resultados e Discussão

6.1. Caracterização da população atendida no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007

6.1.1. Características sócio-demográficas e clínicas das crianças e adolescentes

A partir da revisão retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007, alguns dados relevantes foram registrados, tais como sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, quem encaminhou, queixas relatadas pelos pacientes, modalidade terapêutica realizada e encaminhamento dado ao caso. Obteve-se 843 registros de pacientes atendidos neste ano. Para facilitar a apresentação dos resultados, os dados foram divididos em duas faixas etárias: 1) Menor ou igual a 18 anos; 2) Acima de 18 anos. Na Figura 1 estão descritos os dados das variáveis sócio-demográficas das crianças e adolescentes desta amostra.

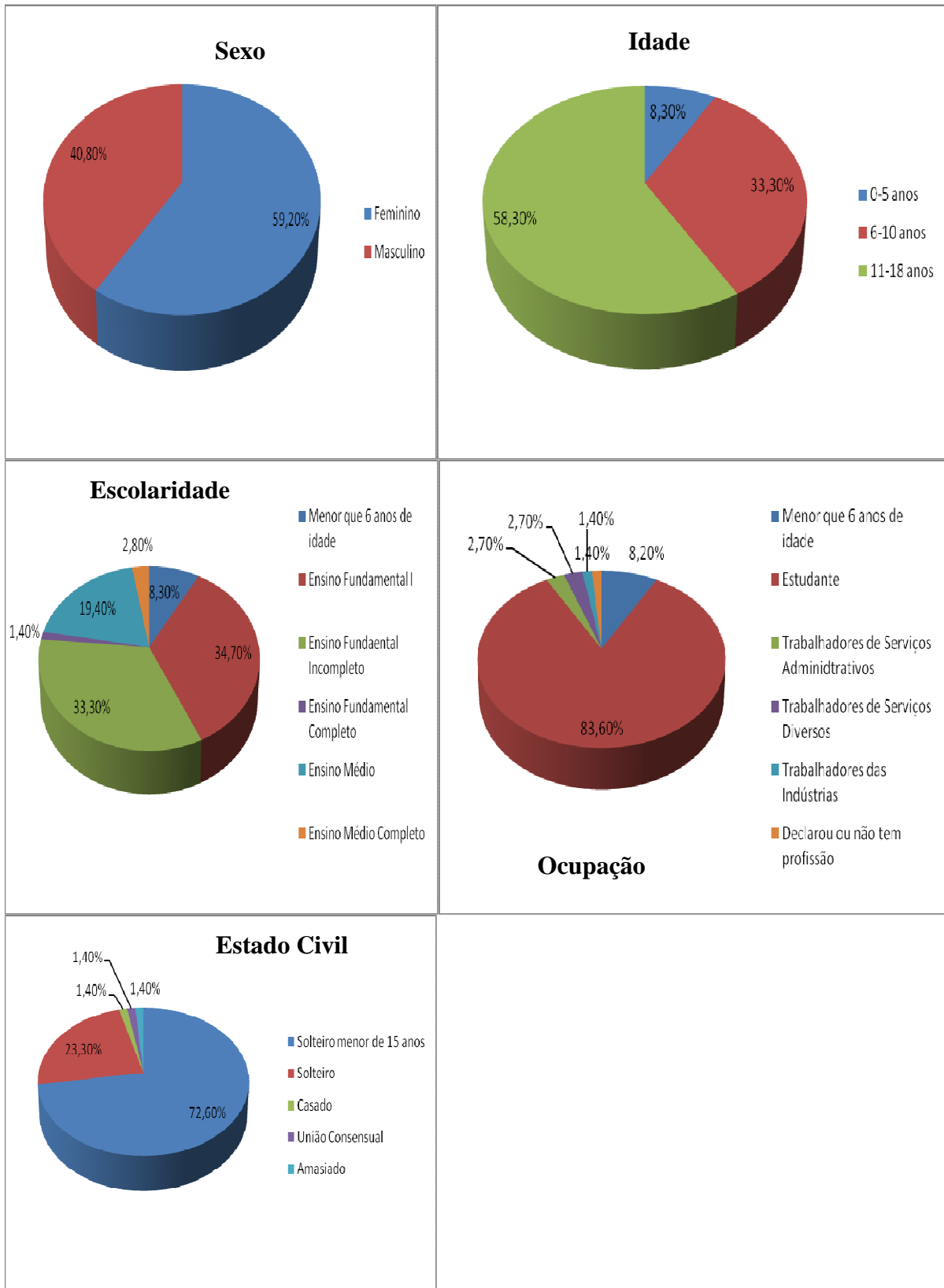


Figura 1. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e ocupação) da amostra de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.

Observou-se predominância do sexo feminino, a média de idade foi de 11 anos, sendo

30 crianças de 0 a 11 anos e 42 adolescentes de 11 a 18 anos. Quanto à escolaridade, 49 crianças e adolescentes estavam cursando o ensino fundamental e 14 o ensino médio, sendo que 5 adolescentes exerciam atividade profissional remunerada; quanto ao estado civil, 3 adolescentes tem parceiro estável.

No levantamento bibliográfico realizado para o presente trabalho foram encontrados seis estudos de caracterização da clientela assistida por serviços de psicologia filiados ao sistema de saúde e todos descrevem dados sócio-demográficos da população infantil. Aparentemente, estes dados divergem do perfil de crianças e adolescentes obtido nesta amostra, pois nestes estudos, o sexo mais frequente foi o masculino, a faixa etária mais comum foi a de 6 a 10 anos e a queixa mais recorrente foi a de dificuldades escolares (Basaglia, 2005; Bernardes-da-Rosa et al., 2000; Dios & Silvares, 1993; Santos & Alonso, 2004).

Porém, estas últimas observações devem ser consideradas com ressalvas, uma vez que não há homogeneidade de amostragem entre as pesquisas. As amostras são diferentes quanto às variáveis faixa etária, nível de escolaridade, localização da instituição. Por exemplo, no estudo de Dios e Silvares (1993), a faixa etária das crianças analisadas não é especificada; já no de Bernardes-da-Rosa et al. (2000) a faixa etária se restringe a crianças de 7 a 12 anos; enquanto no de Santos e Alonso (2004) é de 2 a 12 anos. O único estudo no qual aparentemente os critérios de seleção da amostra é semelhante ao presente trabalho é o de Rocha e Ferreira (2006), no qual a faixa etária considerada é de 1 a 17 anos. Neste o sexo mais prevalente foi o masculino e a faixa etária mais recorrente a de 7 a 10 anos, características diferentes das obtidas dentre as crianças e adolescentes atendidas pelo Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007, a saber, sexo feminino mais frequente e faixa etária de 11 a 18 anos. Esta divergência, contudo, também deve ser considerada com ressalvas, devido à disparidade regional entre os serviços comparados: o SPHB localiza-se na região sudeste (interior do estado de São Paulo) e o serviço de psicologia da pesquisa de Rocha e Ferreira (2006) na cidade de Belém (Pará), na região norte.

As variáveis clínicas das crianças e adolescentes atendidas no Ambulatório do SPHB no ano de 2007 estão descritas na Tabela 3.

Tabela 3 – Fontes de encaminhamento, modalidade de atendimento psicológico e encaminhamento dado ao caso da amostra de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.

| Características clínicas | | Crianças e adolescentes | |
|---------------------------------------|---|-------------------------|------|
| | | N | % |
| Fonte de Encaminhamento | Otorrinolaringologia | 31 | 43,7 |
| | Pediatria | 9 | 12,7 |
| | Psicologia | 5 | 7% |
| | Outros | 25 | 35,7 |
| | Total | 70 | 100 |
| | Dados ausentes | 2 | 2 |
| Modalidade de Atendimento Psicológico | Avaliação psicológica e orientação específica a queixa medica | 45,6 | 31 |
| | Psicoterapia individual | 25 | 17 |
| | Avaliação psicológica e psiquiátrica | 8,9 | 6 |
| | Suporte psicológico | 7,4 | 7 |
| | Avaliação psicológica | 5,9 | 4 |
| | Orientação de pais | 4,4 | 3 |
| | Avaliação neuropsicológica | 2,9 | 2 |
| | Total | 100 | 68 |
| | Dados ausentes | 4 | 4 |
| Encaminhamento dado ao caso | Liberado pela psicologia para procedimento médico | 45,6 | 31 |
| | Procedimento realizado, não consta dados da continuidade | 25 | 17 |
| | Encaminhado para outra modalidade terapêutica | 7,4 | 5 |
| | Desistência | 7,4 | 5 |
| | Alta | 5,9 | 4 |
| | Outros | 8,7 | 6 |
| | Total | 100 | 68 |
| | Dados ausentes | 4 | 4 |

Das fontes de encaminhamento encontradas, grande parte se refere a especialidades médicas, sendo a otorrinolaringologia a que mais encaminhou pacientes para o Ambulatório, seguida da Pediatria (Tabela 3).

No caso do Ambulatório de Psicologia, serviço-escola integrado a um hospital-escola de alta complexidade, é esperado que a principal fonte de encaminhamento para atendimento psicológico seja a equipe médica. Sendo que a especialidade médica que mais encaminhou pacientes foi a otorrinolaringologia (43,7%). Segundo informações contidas nos prontuários destes clientes, esta especialidade médica encaminha mais crianças e adolescentes para a

psicologia, pois precisa do parecer destes profissionais para realizar intervenções cirúrgicas corretivas, principalmente, para orelhas “de abano”. Nestas situações, a psicologia avalia se é a criança/adolescente ou seu cuidador que está motivado a realizar este procedimento.

A Modalidade de atendimento psicológico mais implementada pelos psicólogos do Serviço de Psicologia junto aos pacientes atendidos no ambulatório no ano de 2007 (Tabela 3) foi “Avaliação psicológica e orientação específica a queixa médica”. Neste tipo de intervenção os pacientes e cuidadores são avaliados psicologicamente, com o intuito de acompanhar o seu estado emocional e identificar possíveis problemas de comportamento. Geralmente, nestas situações, os pacientes estão apresentando algum problema de saúde, tais como, diabetes, obesidade, disfunção alimentar, cardiopatias congênicas, etc. Após a avaliação, a família é orientada pelos psicólogos sobre como ajudar a criança e/ou adolescente a enfrentar e se adaptar de modo adequado ao seu problema de saúde. Esta é uma das principais intervenções psicológicas realizadas pelos psicólogos da saúde e que aumentam a probabilidade de a família e o paciente aderirem de forma mais adequada ao tratamento médico (Gusman & Amaral, 2006; Pedromônico, 2006; Roberts, Mitchell & McNeal, 2003; Straub, 2005). A segunda mais realizada foi a Psicoterapia Individual, seguida de Avaliação Psicológica.

Quanto ao Encaminhamento dado pelo Ambulatório de Psicologia ao seguimento do atendimento realizado (Tabela 3), o mais frequente foi o parecer positivo da psicologia à realização do procedimento médico (cirurgia) que a criança e/ou adolescente necessitava fazer. O segundo mais frequente foi a constatação de que este dado (encaminhamento dado ao caso) não estava registrado em 25 dos 72 prontuários de crianças e adolescentes analisados.

É interessante destacar que os dados clínicos da amostra de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório do SPHB no ano de 2007 estão diretamente relacionados, pois quem mais solicitou a avaliação da psicologia para realizar procedimentos médicos foi a otorrinolaringologia, sendo que a intervenção mais executada pelos psicólogos foi a avaliação psicológica e o encaminhamento mais frequente foi o parecer positivo da psicologia para que estes pacientes realizassem estes procedimentos. Esta relação entre as variáveis parece sinalizar que o SPHB está atendendo de modo adequado a sua demanda.

O motivo de procura por ajuda psicológica mais frequente nesta amostra foi “Ansiedade/depressão”; seguida de “Problemas sociais” (Tabela 4).

Tabela 4- Motivos de consulta com a psicologia das crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007.

| Motivos de consulta com a psicologia | Crianças e adolescentes | |
|--------------------------------------|-------------------------|-----|
| | % | N |
| Ansiedade / depressão | 30,1 | 31 |
| Problemas sociais | 27,2 | 28 |
| Comportamento agressivo | 12,6 | 13 |
| Isolamento social | 8,7 | 9 |
| Problemas de pensamento | 7,8 | 8 |
| Outros problemas | 6,8 | 7 |
| Queixas somáticas | 2,9 | 3 |
| Problemas de atenção | 1,9 | 2 |
| Comportamento de quebra-regras | 1,9 | 2 |
| Total | 100 | 103 |

As queixas mais freqüentes apresentadas pelas crianças e adolescentes desta amostra podem ser interpretadas como produtos das contingências atuais que operam em seus ambientes, pois, geralmente estas estão apresentando algum problema de saúde e são encaminhadas para atendimento psicológico para receberem orientações sobre como manejar melhor estas condições. Segundo dados publicados, crianças e adolescentes que apresentam ou já apresentaram problemas de saúde tem probabilidade moderada a alta de apresentarem problemas de comportamento, principalmente, os que apresentam doenças crônicas. Sendo ansiedade e depressão, as mudanças comportamentais mais observadas (Castro & Piccinini, 2002; Miyazaki, Amaral, Salomão Júnior & Grecca, 2006; Santos, 1998).

A segunda queixa mais prevalente parece decorrer das dificuldades dos pais em impor limites e disciplina a seus filhos. Esta dificuldade também é comum em famílias de crianças e/ou adolescentes com problemas de saúde ou que precisam realizar procedimentos médicos invasivos, pois práticas educativas (tais como, extrema preocupação, irresponsividade às reais necessidades da criança, superproteção, monitoria negativa) empregadas pelos cuidadores no enfrentamento de problemas de saúde da criança podem favorecer desenvolvimento e manutenção de problemas de comportamento infantil (Castro & Moreno-Jiménez, 2007; Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas & Oliveira, 2003; Santos, 1998; Silver, Westbrook & Stein, 1998).

6.1.2. Características sócio-demográficas e clínicas dos adultos

Foram localizados 770 prontuários e fichas de triagem de adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007. As características sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil e escolaridade) destes pacientes estão apresentadas na Figura 2.

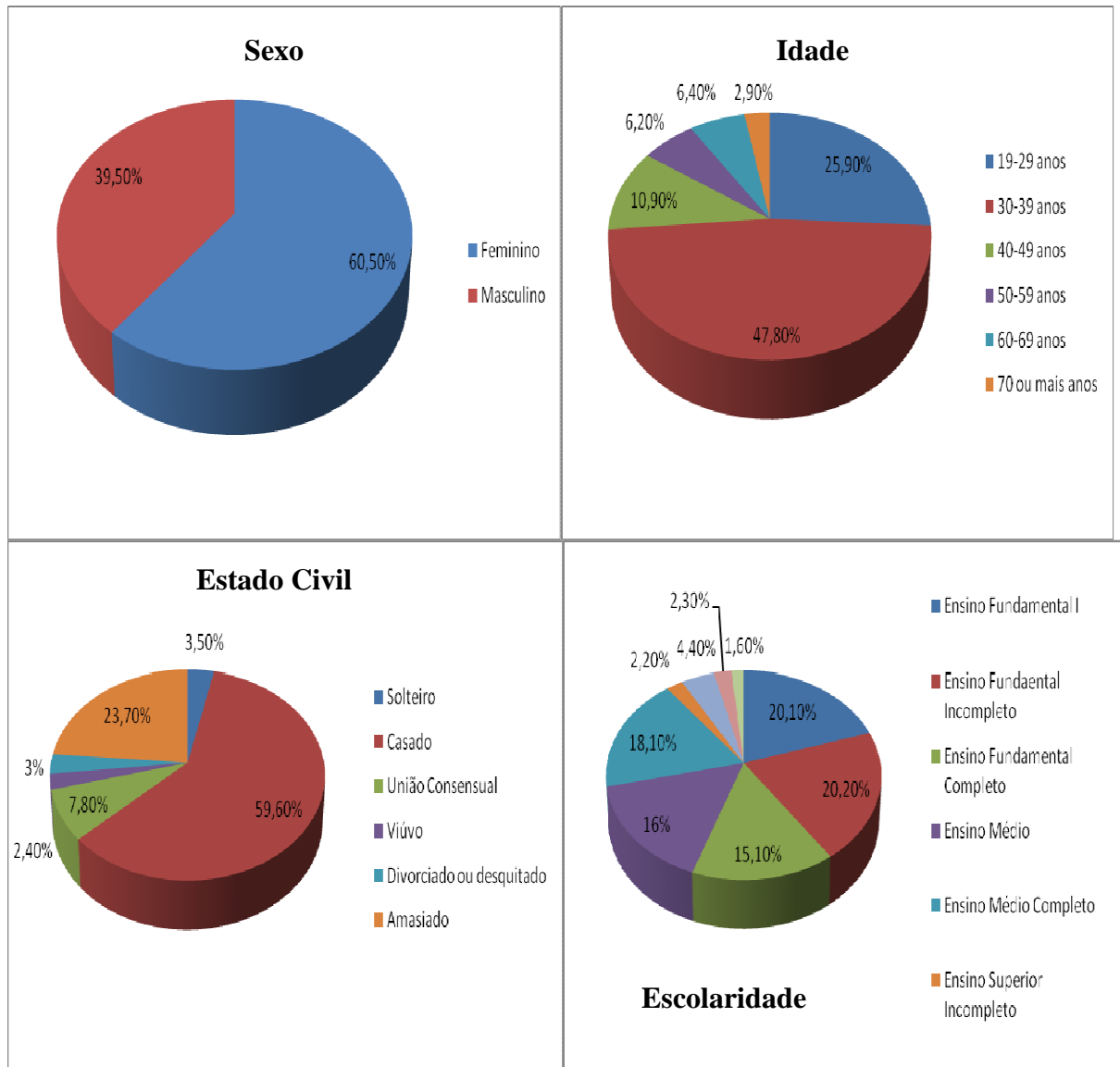


Figura 2. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e profissão) da amostra de adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007.

A média de idade foi de 37,2 anos, sendo a faixa etária de 30 a 39 anos a mais frequente; o sexo mais prevalente foi o feminino; o estado civil mais frequente foi estar casado, sendo que 91,1% da população adulta atendida possuem parceiro estável (incluindo os casados, união consensual e amasiados). Quanto à escolaridade, 40,3% da amostra possuem ensino fundamental incompleto, seguido de 18,1% com ensino médio completo (Figura 2).

No que se refere à prevalência maior do sexo feminino, na amostra de adultos do Ambulatório de Psicologia, esta característica demográfica da clientela também é encontrada em pesquisas similares realizadas em locais de atendimento do sistema de saúde, tais como hospitais (Cigognini & Furlanetto, 2006) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Basaglia, 2005; Feliciano & Moraes, 1999).

Segundo Linhares, Coelho, Guimarães, Campos e Carvalho (2003), parece haver uma relutância dos homens, em diversas faixas etárias, a procurar e comprometer-se em atividades relativas à prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas físicos e emocionais. Isto pode ser uma hipótese que explique o dado de que o sexo feminino é o mais prevalente entre as populações assistidas por estes locais do sistema de saúde.

Quanto às outras características sócio-demográficas mais frequentes, tais como faixa etária de 30 a 39 anos, escolaridade ensino fundamental incompleto e estar casado, estas são similares as encontradas em outros estudos de caracterização da clientela atendida em serviços do sistema de saúde (Feliciano & Moraes, 1999; Gomes, 2008; Silva et al., 2007).

A profissão exercida mais frequente entre os pacientes foi a categoria “Trabalhadores de Serviços Diversos”, seguida de “Trabalhadores das Indústrias”. Também nos prontuários e fichas de triagem dos pacientes adultos havia informações sobre a situação destes junto ao Instituto de Seguridade Social (INSS), sendo possível identificar que 9,2% da amostra é constituída de aposentados e 2,6% de indivíduos afastados pelo INSS. Estas informações acerca da profissão e aposentadoria estão descritas na Tabela 5.

Tabela 5 – Profissões exercidas pelos pacientes adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.

| Profissão | Adultos | |
|--|---------|-----|
| | % | N |
| Trabalhadores de Serviços Diversos | 55,2% | 401 |
| Trabalhadores das Indústrias | 14,2 | 103 |
| Trabalhadores do Setor Primário | 6,9 | 50 |
| Técnicos de Nível Médio | 5,1 | 37 |
| Vendedores e Prestadores de Serviços do Comércio | 5 | 36 |
| Outras profissões | 13,6 | 100 |
| Total | 100 | 727 |
| Dados ausentes | 43 | 43 |
| Aposentadoria | | |
| Sim | 9,2 | 70 |
| Não | 88,2 | 675 |
| Afastado pelo INSS | 2,6 | 20 |
| Total | 100 | 765 |
| Dados ausentes | 5 | 5 |

Trabalhadores de Serviços diversos é uma categoria constituída de profissões, tais como motorista, manicure, faxineiro(a), cabeleireiro(a), cozinheiro, segurança, etc. geralmente, estas profissões apresentam remuneração de 1 a 3 salários mínimos, sendo que em muitas delas o grau de escolaridade mínimo exigido é ensino fundamental. De acordo com os dados obtidos na amostra de adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007, as profissões e grau de escolaridade mais freqüentes são características de brasileiros situados nas classes média baixa e baixa.

Segundo Straub (2005), o status socioeconômico prevê o relato de sintomas e a procura por atendimento de saúde, sendo que pessoas com renda familiar mais baixa apresentam maior probabilidade de usar clínicas externas para o atendimento médico, talvez pela menor possibilidade de ter convênio médico e médicos regulares do que as pessoas que são financeiramente mais privilegiadas.

Supõe-se que o Ambulatório de Psicologia do SPHB, enquanto serviço-escola, ao atender a população de classes econômicas menos privilegiadas está disponibilizando atendimento psicológico a indivíduos que não tem outras possibilidades de acesso a estes serviços, cumprindo, então, um de seus objetivos principais, que é a extensão de seus serviços a comunidade (Lohr & Silveiras, 2006).

As características clínicas (fonte de encaminhamento, modalidade de atendimento psicológico e encaminhamento dado ao caso) da clientela adulta atendida no referido ambulatório no ano de 2007 estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Características clínicas (fonte de encaminhamento, modalidade terapêutica e encaminhamento dado ao caso) dos adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007.

| Variáveis – características clínicas | | Adultos | |
|---------------------------------------|---|---------|-----|
| | | % | N |
| Fonte de Encaminhamento | Urologia | 47,7 | 367 |
| | Ginecologia e obstetrícia | 42,9 | 330 |
| | Neurologia | 6,8 | 52 |
| | Outras | 2,6 | 21 |
| | Total | 100 | 770 |
| | Dados ausentes | 0 | 0 |
| Modalidade de Atendimento Psicológico | Avaliação psicológica | 84,4 | 650 |
| | Avaliação neuropsicológica | 6,8 | 52 |
| | Psicoterapia individual | 4,8 | 37 |
| | Avaliação psicológica e orientação específica a queixa medica | 4 | 31 |
| | Total | 100 | 770 |
| | Dados ausentes | 0 | 0 |
| Encaminhamento dado ao caso | Procedimento realizado, não consta dados da continuidade | 61,4 | 472 |
| | Encaminhado para outra modalidade terapêutica | 29,9 | 230 |
| | Liberado pela psicologia para procedimento médico | 3,4 | 26 |
| | Alta | 2,5 | 19 |
| | Encaminhamento para psicoterapia na UBS | 1,2 | 9 |
| | Desistência e/ou Abandono | 1,7 | 13 |
| | Total | 100 | 769 |
| | Dados ausentes | 1 | 1 |

A Fonte de encaminhamento mais frequente foi a especialidade médica Urologia e a segunda foi Ginecologia e Obstetrícia. A modalidade de atendimento psicológica mais realizada pelos psicólogos do SPHB junto aos pacientes adultos do ambulatório foi a “Avaliação psicológica”; seguida da “Avaliação Neuropsicológica”. O Encaminhamento dado ao caso de cada paciente não foi registrado em 61,4% dos prontuários, consta que a intervenção foi realizada, mas não há dados sobre a continuidade ou não do acompanhamento psicológico do paciente pela instituição. Em 29,9% dos casos, os pacientes foram encaminhados pelos psicólogos para outras modalidades terapêuticas oferecidos pelo Serviço de Psicologia (Tabela 6).

No que tange aos motivos de procura por atendimento psicológico no ano de 2007, o motivo mais frequente foi “Outros problemas”. Esta categoria abarca as queixas que não se enquadram nas outras categorias. Em segundo lugar, estão as “Queixas somáticas” cujos

relatos se referem a problemas de ordem biológica, mas que podem comprometer diretamente o estado emocional do indivíduo (Tabela 7).

Tabela 7 – Motivos de consulta com a psicologia relatados pelos pacientes adultos atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB no ano de 2007.

| Motivos de consulta com a psicologia | Adultos | |
|---|---------|-----|
| | % | N |
| Outros problemas | 45,8 | 373 |
| Queixas somáticas | 40,5 | 329 |
| Ansiedade / depressão | 6,6 | 54 |
| Problemas de pensamento | 5,7 | 46 |
| Queixas somáticas | 1,4 | 11 |
| Comportamento agressivo | 0,9 | 7 |
| Avaliação para procedimento médico - cirurgia | 0,7 | 6 |
| Comportamento de quebra-regras | 0,4 | 3 |
| Isolamento social | 0,1 | 1 |
| Problemas de atenção | 0,1 | 1 |
| Total | 100 | 814 |

Na categoria “Outros problemas”, as queixas aludem a avaliações da psicologia para realizar procedimentos médicos. Dentre estas, a mais prevalente foi a avaliação psicológica para planejamento familiar com 45,1% (n=367) dos adultos procurando o SPHB para poder executar procedimentos médicos que envolvem o controle de natalidade através de métodos contraceptivos, tais como laqueadura e vasectomia. Nestas situações, o casal é atendido e avaliado pela psicologia, que verifica o estado emocional e o comprometimento do casal em realizar estes procedimentos.

O segundo motivo de procura pela psicologia mais recorrente foi “Queixas somáticas”. Ao esmiuçar os itens desta escala de problemas de comportamento, nota-se uma alta prevalência da queixa “Infertilidade” (condições em que os casais apresentam dificuldades em conceber filhos), sendo esta relatada por 25,2% (n=205) das pessoas desta amostra. A segunda queixa somática mais frequente foi disfunção erétil e/ou disfunção sexual com 13,9% (n=113).

Diante das informações apresentadas, observa-se que as características clínicas da população adulta atendida no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007 estão diretamente relacionadas, pois a queixa mais prevalente foi a necessidade de passar por uma avaliação psicológica (modalidade de atendimento mais realizada pelos psicólogos do ambulatório, 84,4%) a fim de realizar procedimentos contraceptivos para o planejamento familiar mais adequado (45,1%), sendo que a principal fonte de encaminhamento foram as especialidades médicas Urologia e Ginecologia e Obstetrícia (47,7% e 42,9%, respectivamente), equipes médicas responsáveis pela realização de tais procedimentos.

Os dados da população adulta atendida no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007 indicam que o perfil da clientela que procura esta instituição é constituído, em sua maioria, de mulheres, na faixa etária dos 30 a 39 anos, com parceiro estável, grau de escolaridade ensino fundamental, trabalhadoras de serviços diversos, que desejam realizar procedimentos contraceptivos, a fim de planejar melhor sua estrutura familiar.

Neste contexto, o psicólogo da saúde atua avaliando psicologicamente estas pacientes para identificar dificuldades psicológicas e orientar acerca da importância do planejamento familiar e das condições decorrentes de realizar um procedimento de contracepção (laqueadura e/ou vasectomia) (Miyazaki et al., 2002; Miyazaki et al., 2006). Assim, a partir desta avaliação, este profissional emite um parecer ao médico solicitante, liberando ou não a paciente para efetivar tal procedimento. Várias consequências positivas são produtos desta intervenção: a paciente é orientada acerca dos riscos e benefícios, a equipe médica está melhor amparada para realizar o processo e custos podem ser reduzidos.

As outras duas queixas mais frequentes, infertilidade e disfunção sexual também são demandas da Urologia e da Ginecologia e Obstetrícia (principais fontes de encaminhamento) e também refletem as possibilidades de intervenção do psicólogo da saúde. Nestas situações os pacientes são avaliados psicologicamente e recebem orientações e esclarecimentos acerca de suas queixas específicas.

Estas duas condições adversas de saúde, infertilidade e disfunção sexual, podem gerar sentimentos negativos (tais como, ansiedade, tristeza, decepção, frustração) nos indivíduos que as sofrem, pois implicam em situações relacionadas a áreas importantes da reprodução sexual, que são a geração de filhos e a satisfação sexual e que estão diretamente relacionadas à harmonia conjugal e constituição familiar. A possível ocorrência destas contingências favorece e indica a importância da atuação do psicólogo neste contexto.

As características clínicas desta amostra adulta divergem das do estudo de Basaglia (2005), que foi o único encontrado na literatura que relata características clínicas de uma clientela adulta atendida em serviço de psicologia filiado ao sistema de saúde. Os motivos de encaminhamento para a psicologia do Ambulatório do SPHB indicam a prevalência de queixas relacionadas ao planejamento familiar (avaliação psicológica para realizar laqueadura e/ou vasectomia), enquanto os dados de Basaglia (2005) indicam a predominância de transtornos ansiosos.

As outras pesquisas que descrevem características da população atendida em locais do sistema de saúde, que não mencionam a atuação da psicologia, relatam a frequência de queixas médicas e não psicológicas (Feliciano & Moraes, 1999; Furtado, Araújo Jr. &

Cavalcanti, 2004; Jacobs & Matos, 2005; Silva et al., 2007). Os estudos de Cigognini e Furlanetto (2006) e Gomes (2008) não apresentam relatos da atuação da psicologia em hospitais, mas descrevem queixas psicológicas. Estas também divergem das queixas relatadas pelos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia do SPHB, pois se referem a transtornos do humor.

É importante destacar que nos prontuários do Ambulatório de Psicologia que foram analisados para a presente pesquisa havia vários dados incompletos acerca de algumas variáveis significativas da clientela, principalmente, no que diz respeito ao encaminhamento dado a cada atendimento. Esta dificuldade na coleta de dados também foi encontrada por Silva et al. (2007).

6.2. Caracterização da população atendida registrada pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais

A segunda fase de caracterização da população atendida no SPHB foi realizada pelos próprios psicólogos, tanto os supervisores, quanto os aprimorandos. Durante um mês de atividades rotineiras do Serviço, os atendimentos realizados foram registrados na “Ficha de registro dos pacientes atendidos” (Apêndice A), instrumento elaborado pela pesquisadora. Esta ficha solicitava as seguintes informações: quem realizou o atendimento (se foi supervisor, aprimorando ou ambos), especialidade médica em o paciente está em tratamento, a fonte de encaminhamento, o número do prontuário do paciente, a modalidade terapêutica em que este foi atendido, a(s) queixa(s) relatadas pelo paciente e o encaminhamento dado ao caso. As modalidades de atendimento psicológico, a pedido dos psicólogos do Serviço, foram definidas de acordo com a literatura nacional e internacional da área, a fim de nortear os psicólogos e padronizar as denominações. As definições utilizadas pelos profissionais estão descritas no Apêndice B.

O Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP possui um sistema informatizado em que estão guardados dados acerca da identificação, consultas, exames e procedimentos médicos realizados pelos pacientes. A partir do número do prontuário médico dos pacientes, é possível entrar no sistema hospitalar e ter acesso a estes dados. A pesquisadora pediu a instituição que lhe concedesse a permissão de acessar este sistema, para digitar os números

dos prontuários dos pacientes registrados pelos psicólogos, a fim de obter as informações sobre as características sócio-demográficas destes pacientes.

No período de um mês, foram registrados 1550 atendimentos realizados pelos psicólogos do Serviço de Psicologia. As características sócio-demográficas e clínicas desta amostra serão apresentadas a seguir.

Para enriquecer a análise dos dados, a amostra foi dividida em duas faixas etárias: 1) Crianças e adolescentes: menor ou igual a 18 anos e 2) Adultos: maior que 18 anos.

6.2.1. Crianças e adolescentes

Foram registrados 320 atendimentos realizados com crianças e adolescentes. Os dados sócio-demográficos desta população estão apresentados na Figura 3.

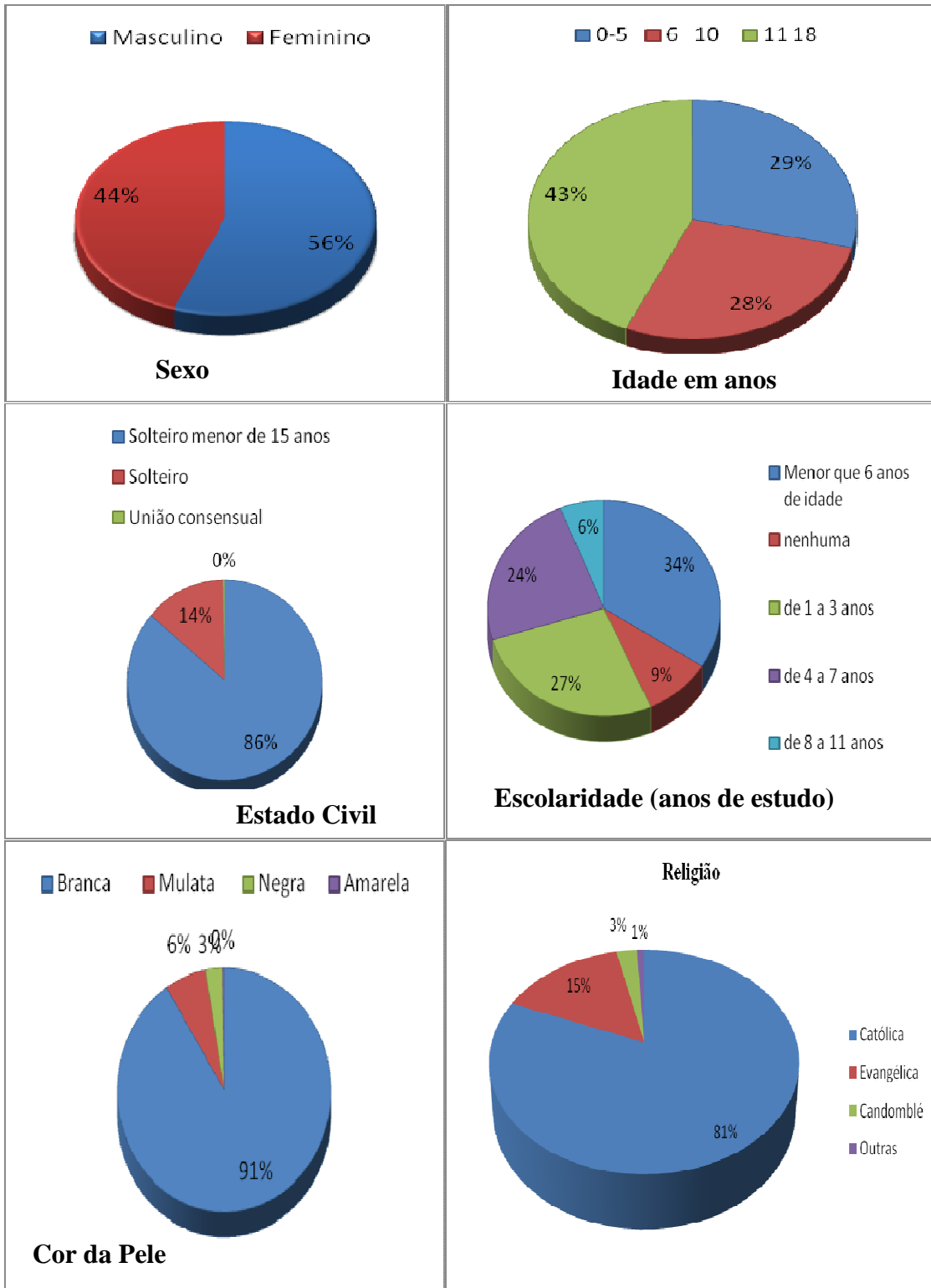


Figura 3. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e religião) das crianças e adolescentes registrados e atendidos pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais.

A média de idade foi de 8,9 anos, sendo 57% da amostra constituída de crianças com idade de 1 a 10 anos e 43% de adolescentes. O sexo mais freqüente foi o masculino. Apenas 1

adolescente dentre 320 indivíduos declarou ter união estável com parceiro. Metade da amostra (50%) estava cursando o ensino fundamental (1 a 7 anos de estudo) e 6% o ensino médio (7 a 11 anos de estudo). Quanto à cor da pele, em 91% dos prontuários constava como opção declarada a cor branca, seguida da cor mulata. A religião mais freqüente entre as crianças e adolescentes foi a Católica, em segundo a Evangélica.

No que se refere à ocupação, consta que 56,1% da amostra são estudantes, ou seja, não exercem atividade remunerada, sendo que apenas 2 pessoas (0,6%) relataram trabalhar (Tabela 8).

Tabela 8 – Ocupações das crianças e adolescentes atendidos e registrados pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais.

| Profissão | Crianças e adolescentes | |
|--|-------------------------|-----|
| | % | N |
| Menor que 6 anos de idade | 33,3 | 104 |
| Estudante | 56,1 | 175 |
| Desempregado/ não estuda (idade 6 a 14 anos) | 9,9 | 31 |
| Trabalhadores de Serviços Diversos | 0,6 | 2 |
| Total | 100 | 312 |
| Dados ausentes | 6 | 6 |

O perfil sócio-demográfico das crianças e adolescentes registrados pelos psicólogos do SPHB apresenta semelhanças com o perfil descrito em estudos de caracterização da população infanto-juvenil atendida por serviços de psicologia pertencentes a locais do sistema de saúde. Tais semelhanças se referem a: sexo masculino como mais freqüente, faixa etária de 6 a 10 anos, estudantes cursando o ensino fundamental incompleto (Basaglia, 2005; Bernardes-da-Rosa et al., 2000; Dios & Silvaes, 1993; Rocha & Ferreira, 2006; Santos & Alonso, 2004).

Porém, deve-se considerar estas semelhanças com ressalvas, uma vez que os critérios de seleção da amostra não são os mesmos em todos os estudos citados acima. Essas divergências nos critérios de seleção estão relacionadas a faixas etárias distintas em cada pesquisa, nível de escolaridade e categorização das queixas. Apesar disso, nestes mesmos estudos, os dados obtidos são comparados as descrições das características sócio-demográficas da clientela infantil e adolescente atendida em serviços-escola (clínicas-escola) filiados a centros universitários (Ancona-Lopez, 1983; Barbosa & Silvaes, 1994; Graminha & Martins, 1994; Melo & Perfeito, 2004; Silvaes, 1991; Yehia, 1994). Sendo que as informações obtidas também indicam a prevalência do sexo masculino e a faixa etária de 6 a 10 anos como mais freqüente entre a população infanto-juvenil.

Esta similaridade de perfis de crianças e adolescentes obtidos em diferentes serviços-escola de psicologia, que estão ligados a contextos diferenciados, tais como universidades e hospitais/UBSs, parece indicar que as características sócio-demográficas das comunidades regionais são parecidas no que tange a clientela infantil. E o quanto é relevante para estas comunidades que estes postos de assistência psicológica ofereçam ajuda especializada e coerente com esta realidade, incluindo o desenvolvimento de programas preventivos.

Das 320 crianças e adolescentes, 58,3% foram atendidas por um aprimorando do Serviço de Psicologia e 35,7% por um supervisor (Tabela 9).

Tabela 9 – Atendimentos realizados pelos supervisores, aprimorandos ou por ambos junto as crianças e adolescentes durante um mês de atividades institucionais no SPHB.

| Quem atendeu | Crianças e adolescentes | |
|--------------------------|-------------------------|-----|
| | % | N |
| Psicólogo supervisor | 35,7 | 114 |
| Aprimorando | 58,3 | 186 |
| Supervisor e Aprimorando | 6 | 19 |
| Total | 100 | 319 |
| Dados ausentes | 1 | 1 |

Observa-se que o SPHB é um espaço em que os aprimorandos tem muitas oportunidades de experienciar a atuação profissional, pois eles foram os responsáveis por grande parte dos atendimentos realizados entre as crianças e adolescentes.

Várias modalidades de atendimento psicológico são oferecidas pelo SPHB. Durante o mês em que os atendimentos foram registrados, 37,2% dos pacientes receberam a Orientação específica como forma de tratamento para suas dificuldades, seguida do Grupo de sala de espera e do Suporte psicológico (Tabela 10).

Tabela 10 – Modalidades de atendimento psicológico realizadas com as crianças e adolescentes atendidos pelo Serviço de Psicologia durante um mês de atividades institucionais.

| Modalidade de atendimento psicológico realizado | Crianças e adolescentes | |
|---|-------------------------|-----|
| | % | N |
| Orientação específica | 37,2 | 119 |
| Grupo sala de espera | 23,8 | 76 |
| Suporte psicológico | 16,9 | 54 |
| Grupo psicoeducacional | 7,8 | 25 |
| Avaliação | 6,9 | 22 |
| Outras | 7,6 | 24 |
| Total | 100 | 320 |

No que tange às variáveis clínicas da amostra obtida de crianças e adolescentes, a especialidade médica que mais teve participação da psicologia no tratamento dos pacientes foi

a Endocrinologia com 20,8%, em segundo lugar a DIP (Doenças infecto – parasitárias) e em terceiro, a Pediatria. Estas informações estão apresentadas na Tabela 11.

Tabela 11 – Características clínicas (especialidade médica em que o paciente estava em tratamento, fonte de encaminhamento e encaminhamento dado ao caso) das crianças e adolescentes atendidos pelo Serviço de Psicologia durante o registro de um mês de atividades institucionais.

| Variáveis clínicas | Crianças e adolescentes | | |
|--|--|--|-----|
| | | % | N |
| Especialidade médica | Endocrinologia | 20,8 | 66 |
| | Doenças infecto - parasitárias (DIP) | 13,8 | 44 |
| | Pediatria | 13,2 | 42 |
| | Oncologia | 12,9 | 41 |
| | Psiquiatria | 11 | 35 |
| | Outras | 28,3 | 90 |
| | Total | 100 | 318 |
| | Dados ausentes | 2 | 2 |
| Fonte de encaminhamento | Atendimento de rotina do Serviço de Psicologia | 55,8 | 155 |
| | Médico | 39,6 | 110 |
| | Outras | 2,4 | 7 |
| | Total | 100 | 278 |
| | Dados ausentes | 42 | 42 |
| | Encaminhamento dado ao caso | Possibilidade de retorno com a Psicologia na próxima consulta médica | 55 |
| Atendimento realizado pela Psicologia e disponibilização do serviço para atendimento ao paciente e/ou familiar | | 17,6 | 51 |
| Acompanhamento periódico com a Psicologia durante tratamento | | 14,2 | 41 |
| Psicoterapia | | 8,7 | 25 |
| Outros | | 4,5 | 13 |
| Total | | 100 | 289 |
| Dados ausentes | | 31 | 31 |

A Endocrinologia é uma especialidade médica responsável pelo tratamento de várias doenças crônicas, sendo a diabetes e a obesidade, as mais frequentes entre a população infanto-juvenil (Gusman & Amaral, 2006; Luiz & Gorayeb, 2006). Como estes problemas de saúde são crônicos, o tratamento também é crônico, ou seja, implica um longo período de supervisão e observação do cuidado e a adesão ao tratamento é uma das premissas essenciais

para a obtenção de resultados positivos. Estas condições destacam a importância da intervenção do psicólogo da saúde junto a estes indivíduos, sendo importante que a equipe encaminhe estes pacientes para acompanhamento psicológico (Miyazaki et al., 2002).

A fonte de encaminhamento mais prevalente foi o atendimento de rotina que é disponibilizado pelo SPHB junto a diversos segmentos do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP, ou seja, todos os dias há psicólogos acompanhando as equipes médicas no tratamento dos pacientes e os atendimentos são oferecidos mesmo sem ter uma demanda prévia por parte do paciente. O atendimento multi/interdisciplinar faz parte do tratamento oferecido por este hospital. Assim, ao serem abordados pelos psicólogos sobre como estes poderiam ajudá-los, 55,8% da amostra de crianças e adolescentes aceitaram participar do atendimento e declaram dificuldades psicológicas. Em consonância a este trabalho em equipe, os médicos encaminharam para atendimento psicológico 39,6% da amostra (Tabela 11).

Dentre os encaminhamentos dados aos casos atendidos, o mais frequente foi a possibilidade de o paciente poder ser atendido pela psicologia no mesmo dia do retorno com a equipe médica. Seguido pela disponibilização do Serviço de Psicologia para aqueles pacientes que terminaram o tratamento e/ou não tem retorno previamente agendado com a medicina (Tabela 11).

A Tabela 12 apresenta os motivos de consulta com a psicologia registrados pelos psicólogos entre as crianças e adolescentes atendidos.

Tabela 12 – Motivos de consulta com a psicologia apresentadas pelas crianças e adolescentes atendidos e registrados pelo Serviço de Psicologia durante um mês de atividades institucionais.

| Motivos de consulta com a psicologia | Crianças e adolescentes | |
|--------------------------------------|-------------------------|-----|
| | % | N |
| Outros problemas | 46,7 | 225 |
| Comportamento de quebra-regras | 17,4 | 84 |
| Problemas sociais | 11 | 53 |
| Ansiedade / depressão | 8,1 | 39 |
| Queixas somáticas | 7,5 | 36 |
| Problemas de pensamento | 4,1 | 20 |
| Comportamento agressivo | 2,3 | 11 |
| Problemas de atenção | 1,7 | 8 |
| Isolamento | 0,8 | 4 |
| Total | 100 | 482 |

O motivo de atendimento com a psicologia mais frequente foi a escala de problemas de comportamento “Outros problemas”, cujos itens englobam dificuldades que não se enquadram nas outras escalas. O segundo mais recorrente foi “Comportamento de quebrar regras”, que está relacionada a dificuldades em não seguir instruções e convenções sociais.

Para enriquecer a análise das razões de procura pelo SPHB, na Tabela 13 são apresentadas a freqüência com que cada item que compôs a escala “Outros problemas” foi registrado pelos psicólogos.

Tabela 13 – Outros problemas relatados pelos pacientes (crianças e adolescentes) e registrados pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais que motivaram a procura por ajuda psicológica.

| Motivos de consulta com a psicologia (“Outros problemas”) | Crianças e adolescentes | |
|---|-------------------------|-----|
| | % | N |
| Dificuldades de ajustamento a doença | 18,7 | 90 |
| Dificuldades de entendimento da doença e tratamento médico | 16,6 | 80 |
| Déficit em enfrentamento de eventos estressores | 8,1 | 39 |
| Outros (enurese, abuso sexual, estresse, preparação para procedimentos médicos) | 3,1 | 16 |
| Total | 46,7 | 225 |

O item mais prevalente da categoria “Outros problemas” foi “Dificuldades de ajustamento a doença”, sendo relatado por 18,7% da amostra de crianças e adolescentes como justificativa para a ajuda psicológica; seguido do item “Dificuldades de entendimento da doença e do tratamento médico” com 16,6%.

Observa-se, deste modo, que as queixas mais predominantes entre a amostra de crianças e adolescentes registrados e atendidos pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais (Dificuldades de ajustamento a doença; Comportamento de quebra-regras; Dificuldades de entendimento da doença e tratamento médico) estão relacionadas a dificuldades destes pacientes e seus cuidadores em manejar o problema de saúde. Destaca-se que a maior parte dos problemas físicos, psicológicos e a totalidade das doenças crônicas da infância e adolescência implicam a necessidade de recomendações e prescrições que são mais educacionais, atitudinais e relacionais do que medicamentosas. Portanto, pais e/ou cuidadores, enquanto modelos e responsáveis por estes indivíduos, são elementos decisivos da equipe de saúde e precisam apresentar uma participação ativa, a fim de alcançar resultados satisfatórios no tratamento (Barros & Santos, 1999; Pedromônico, 2006; Roberts, Mitchell & McNeal, 2003).

Nem sempre esta adesão ao tratamento é efetivamente concretizada pelos cuidadores e a criança e/ou adolescente, contingência esta que favorece o aparecimento de dificuldades em manejar o problema de saúde (Castro & Piccinini, 2002; Gusman & Amaral, 2006). Neste contexto, as intervenções do psicólogo da saúde incluem o ensino de estratégias de enfrentamento mais adequadas, aplicação de treinamento de habilidades educativas parentais, o ensino de técnicas para melhorar a comunicação entre família/paciente e equipe, a fim de

desenvolver um programa de modificação do comportamento para mudar hábitos insalubres e ajudar os pacientes e seus familiares a desenvolver habilidades de auto-cuidado relacionadas ao tratamento (Straub, 2005).

O SPHB é um serviço-escola integrante de um hospital-escola de alta complexidade. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), alta complexidade é um “conjunto de procedimentos que, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade)”. Exemplos de procedimentos de alta complexidade executados pelo Hospital de Base de São José do Rio Preto, incluem hemodiálise, transplantes, quimioterapia, hemoterapia, dentre outros.

Deste modo, é esperado que as dificuldades psicológicas apresentadas pela população atendida pelo SPHB, dentre as quais as dificuldades das crianças e adolescentes, estejam relacionadas a este contexto. Nas outras pesquisas de serviços de psicologia integrados a locais do sistema de saúde, os problemas de comportamento apresentados pela referida clientela estão relacionados a dificuldades escolares (mau desempenho escolar) e déficit em habilidades sociais, principalmente, o comportamento agressivo (Basaglia, 2005; Bernardes-da-Rosa et al., 2000; Dios & Silvaes, 1993; Rocha & Ferreira, 2006; Santos & Alonso, 2004; Schoen-Ferreira et al., 2002).

Esta diferença é interessante, já que todos estes serviços estão relacionados ao sistema de cuidados com a saúde e apenas o SPHB apresentou motivos de consulta com a psicologia referentes a dificuldades em lidar com problemas de saúde. Supõe-se que o SPHB parece estar ativamente integrado às equipes de profissionais de cuidados com a saúde, condição que pode facilitar o encaminhamento de pacientes e seus familiares para o atendimento com a psicologia; enquanto os outros serviços de psicologia podem encontrar maiores dificuldades em promover estes encaminhamentos. Conjectura-se também que, devido às disparidades regionais entre os estudos citados, pode haver menos possibilidades de acesso a atendimento psicológico para estas comunidades.

6.2.2. Adultos

A população adulta registrada pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais foi constituída de 1230 indivíduos.

As características sócio-demográficas desta clientela estão descritas na Figura 4.

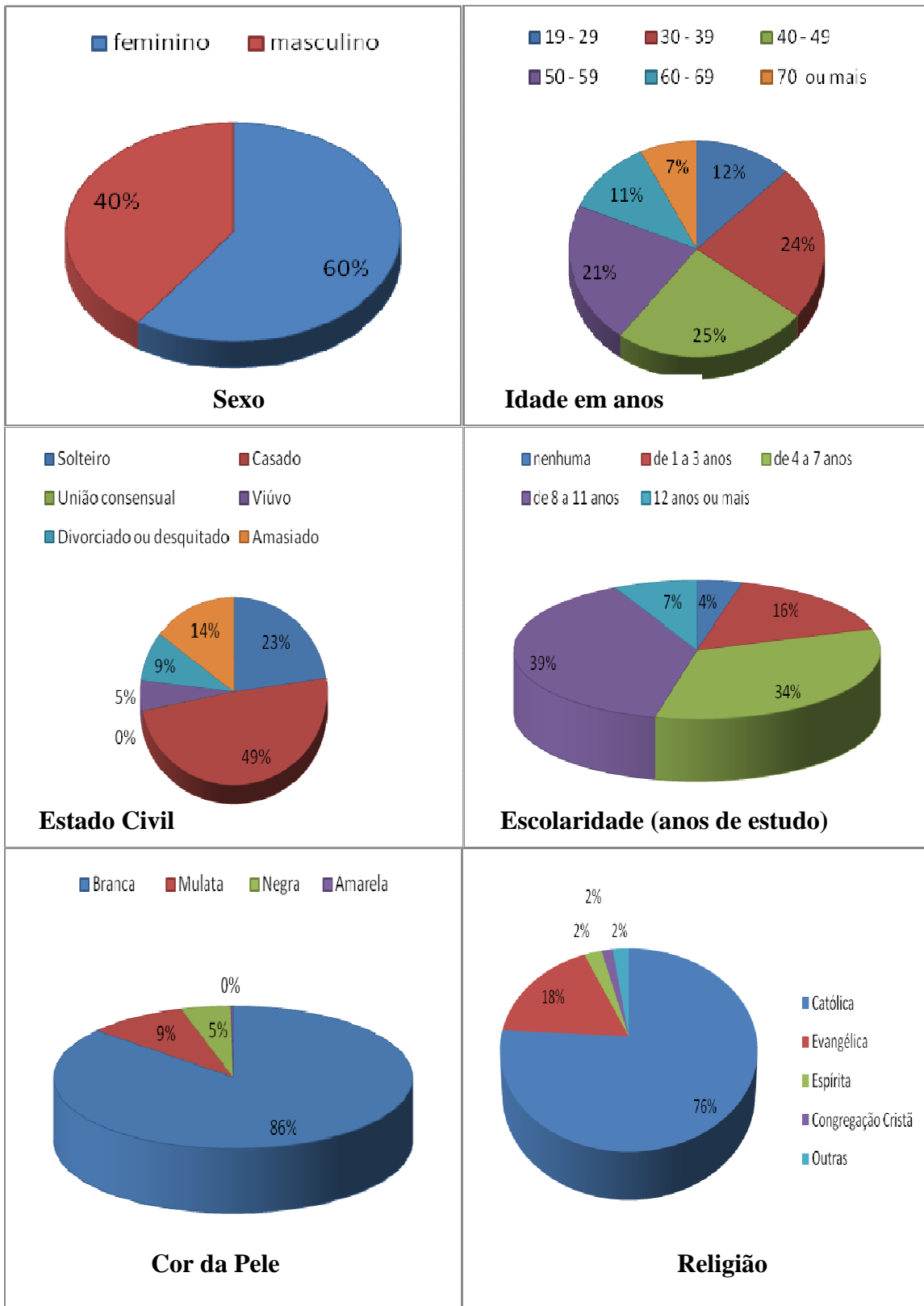


Figura 4. Características sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e religião) dos adultos atendidos e registrados pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais.

A média de idade foi de 46,4 anos, sendo a faixa etária de 40 a 49 anos a que apresenta o maior percentual de pessoas e a de 70 anos ou mais a com menor frequência. O sexo mais prevalente foi o feminino. O estado civil mais freqüente entre os adultos foi estar casado, seguido do estar solteiro. Cerca de 38,9% das pessoas declararam possuir escolaridade em torno de 8 a 11 anos de estudo, o que corresponderia ao ensino fundamental completo e/ou ensino médio e 33,7% relatar ter em torno de 4 a 7 anos de estudo, o que equivale ao ensino fundamental incompleto. Entre os adultos, a cor mais freqüente foi a branca, seguida da cor mulata. No que se refere à religião, 76% dos adultos declararam seguir a religião católica, em segundo lugar, a religião evangélica adotada por 17,6% dos pacientes.

Outro dado sócio-demográfico é a profissão exercida pelos adultos desta amostra. As informações sobre esta variável estão na Tabela 14.

Tabela 14 – Profissões exercidas pelos adultos atendidos e registrados pelos psicólogos do Serviço de Psicologia durante um mês de atividades institucionais.

| Profissão | Adultos | |
|--|---------|------|
| | % | N |
| Trabalhadores de Serviços Diversos | 55,6 | 653 |
| Técnicos de Nível Médio | 7,9 | 93 |
| Trabalhadores do Setor Primário | 7,5 | 88 |
| Trabalhadores das Indústrias | 5,4 | 64 |
| Vendedores e Prestadores de Serviços do Comércio | 5,4 | 63 |
| Trabalhadores de Serviços Administrativos | 4,3 | 51 |
| Outras profissões | 13,9 | 163 |
| Total | 100 | 1175 |
| Dados ausentes | 75 | 75 |

As profissões mais freqüentes foram as da categoria “Trabalhadores de Serviços Diversos” sendo desempenhada por 55,6% da clientela adulta. A segunda mais freqüente foi “Técnicos de Nível médio” com representatividade de 7,9% dos pacientes.

Observa-se que o perfil da população adulta que foi atendida e registrada pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais é composto de indivíduos do sexo feminino, com média de idade de 46,4 anos, casadas, com escolaridade de 8 a 11 anos de estudo, branca, da religião católica e trabalhadora de serviços diversos. Este perfil sócio-demográfico da população adulta do SPHB coincide com os perfis de estudos de caracterização da clientela realizados em locais do sistema de saúde brasileiro. Feliciano e Moraes (1999); Cigognini e Furlanetto (2006); Silva et al. (2007); e Gomes (2008) também obtiveram em suas análises, o sexo feminino como mais freqüente, a faixa etária predominante em torno dos 35 a 55 anos e o estado civil mais recorrente estar casado. Nestes estudos não são descritas informações acerca da atuação da psicologia nessas instituições.

Na pesquisa de Basaglia (2005) realizada em uma UBS do estado de São Paulo, a população adulta atendida pelo serviço de psicologia desta instituição foi formada em sua maioria por mulheres, entre 19 a 25 anos. No SPHB, a faixa etária que mais recebeu atendimento psicológico foi constituída de mulheres mais velhas (acima de 30 anos).

A predominância do sexo feminino dentre as pessoas atendidas pelo sistema de saúde, segundo Straub (2005), é um dado comum, presente em diversas instituições de saúde. Ainda de acordo com o referido autor, iniciando na adolescência e continuando na idade adulta, as mulheres são mais propensas do que os homens a relatar sintomas e utilizar os serviços de saúde. Essa diferença atribui-se, em grande parte, à gravidez e ao nascimento dos filhos, mas também porque elas são mais expostas a doenças, pois são mais predispostas a se envolverem no cuidado de idosos e crianças, indivíduos que apresentam maior incidência de doenças. Além disso, as mulheres são mais sensíveis a seus sintomas corporais internos do que os homens, favorecendo com que relatem mais sintomas.

Seguindo esta linha de raciocínio, de acordo com Linhares et al. (2003), em comparação com o homem, a mulher pode padecer mais de enfermidades físicas e psicológicas, mas parecem comunicar tal sofrimento de forma mais clara ou veemente que este, facilitando o acesso destas aos profissionais da saúde e aos tratamentos pertinentes. Esta hipótese explicativa sobre a predominância do sexo feminino entre a população adulta atendida pelo sistema de saúde pode ser uma das justificativas do fato de que as mulheres tem uma expectativa de vida maior que a dos homens. Em 2008, no Brasil, a esperança de vida ao nascer da população masculina era de 69 anos e a feminina 76 anos (O Estado de São Paulo, 2010).

Quanto a profissão e grau de escolaridade mais freqüentes entre a amostra de adultos, observa-se que grande parte dos pacientes apresentam características da classe média baixa e baixa, pois metade da clientela são trabalhadores diversos com escolaridade de 8 a 11 anos. Straub (2005) sinaliza que indivíduos de classes econômicas menos favorecidas tendem a esperar mais tempo antes de procurar tratamento para os seus sintomas, tornando-se mais propensas a ficarem gravemente doentes e necessitarem, em muitos casos, de hospitalização.

Os aprimorandos realizaram intervenções psicológicas com 67,5% da população adulta e os supervisores com 25,7% (Tabela 15).

Tabela 15 - atendimentos realizados pelos supervisores, aprimorandos ou por ambos à população adulta durante um mês de atividades institucionais no SPHB.

| Quem atendeu | Adultos | |
|--------------------------|---------|------|
| | % | N |
| Aprimorando | 67,5 | 828 |
| Psicólogo Supervisor | 25,7 | 315 |
| Aprimorando e Supervisor | 6,8 | 84 |
| Total | 100 | 1227 |
| Dados ausentes | 23 | 23 |

Nota-se que mais uma vez, assim como entre as crianças e adolescentes, os aprimorandos foram os psicólogos que mais realizaram atendimento junto a população do SPHB, condição que favorece o crescimento e aperfeiçoamento destes profissionais.

As modalidades de atendimento psicológico que os pacientes adultos mais receberam como tratamento foram: Grupo Psicoeducacional, Grupo de sala de espera e Orientação específica. Estes dados estão demonstrados na Tabela 16.

Tabela 16 – Modalidades de atendimentos psicológico realizadas com a clientela adulta atendida pelo SPHB durante um mês de atividades institucionais.

| Modalidade de atendimento psicológico realizado | Adultos | |
|---|---------|------|
| | % | N |
| Grupo psicoeducacional | 25,1 | 308 |
| Grupo sala de espera | 22,3 | 274 |
| Orientação específica | 18,9 | 232 |
| Suporte psicológico | 11,5 | 141 |
| Avaliação | 9 | 111 |
| Psicoterapia | 6,2 | 76 |
| Outra modalidade | 3,3 | 40 |
| Intervenção em crise | 2,2 | 27 |
| Grupo psicoterapêutico | 1,5 | 19 |
| Total | 100 | 1228 |
| Dados ausentes | 22 | 22 |

É relevante destacar que o SPHB, diferentemente dos outros serviços-escola brasileiros, disponibiliza a sua clientela como forma de tratamento para suas dificuldades psicológicas, diversas modalidades de atendimento psicológico, que sugerem a sensibilidade do serviço na tentativa de se adequar às reais necessidades de sua demanda.

Destaca-se também a necessidade de os serviços-escola desenvolverem outras formas de intervenção psicológica, pois a psicoterapia individual como único modo de tratamento não tem condições de atender a todos satisfatoriamente. Com as constantes e crescentes mudanças

ocorridas no contexto da sociedade brasileira, novas demandas foram se consolidando e exigindo a adaptação e reformulação da atuação do psicólogo. Alguns vetores são responsáveis pelo rompimento do modelo clássico de atuação do psicólogo clínico e indicam a necessidade de novas práticas profissionais, mais adaptadas a esta nova realidade (Löhr & Silvaes, 2006; Mito, 2006).

As especialidades médicas que mais tiveram a colaboração da psicologia no tratamento de seus pacientes foram: Cirurgia Bariátrica, seguida da Hepatologia/Gastrologia e Endocrinologia (Tabela 17).

Tabela 17 – Especialidades médicas em que os pacientes adultos estavam em tratamento durante o registro de um mês de atividades institucionais do SPHB.

| Especialidade Medica | Adultos | |
|------------------------------------|---------|------|
| | % | N |
| Cirurgia bariátrica | 14,6 | 178 |
| Hepatologia / gastrologia | 14,4 | 175 |
| Endocrinologia | 11,2 | 136 |
| Psiquiatria | 7,8 | 95 |
| Ginecologia e obstetrícia | 6,3 | 77 |
| Cardiologia | 6,1 | 74 |
| Hematologia | 5,5 | 67 |
| Doença infecto - parasitaria (DIP) | 5,4 | 66 |
| Neurologia | 4,8 | 59 |
| Saúde e segurança do trabalho | 4,1 | 50 |
| Outras | 19,8 | 240 |
| Total | 100 | 1217 |
| Dados ausentes | 33 | 33 |

O SPHB atende a solicitação de 23 especialidades médicas, sendo que a cirurgia bariátrica, a hepatologia/gastrologia e a endocrinologia, as equipes médicas que mais receberam a cooperação da psicologia. Estas áreas da medicina implicam na detecção, controle e tratamento de várias doenças crônicas, com destaque para a obesidade, hepatite e diabetes.

Qualquer tratamento para uma doença crônica necessita de um alto grau de adesão dos pacientes ao tratamento e o psicólogo da saúde tem um papel importante nesta conjuntura, pois auxilia estes indivíduos a enfrentar e manejar de maneira mais adequada as adversidades decorrentes do tratamento e da doença (Miyazaki et al., 2002).

Na Tabela 18 estão descritos outros dados acerca das características clínicas (fonte de encaminhamento e encaminhamento dado ao caso) da amostra da população adulta atendida e registrada pelos psicólogos do Serviço de Psicologia.

Tabela 18 - Características clínicas (fonte de encaminhamento e encaminhamento dado ao caso) dos adultos atendidos pelo SPHB durante o registro de um mês de atividades institucionais.

| Variáveis clínicas | | Crianças e adolescentes | |
|-----------------------------|--|-------------------------|------|
| | | % | N |
| Fonte de encaminhamento | Médico | 55 | 620 |
| | Atendimento de rotina do Serviço de Psicologia | 40,6 | 457 |
| | Procura espontânea | 1,6 | 18 |
| | Profissional de enfermagem | 1,2 | 13 |
| | Outras | 1,6 | 19 |
| | Total | 100 | 1127 |
| | Dados ausentes | 123 | 123 |
| Encaminhamento dado ao caso | Possibilidade de retorno com a Psicologia na próxima consulta médica | 35,4 | 362 |
| | Acompanhamento periódico com a Psicologia durante tratamento | 21,7 | 222 |
| | Paciente acompanhado pela Psicologia durante internação hospitalar | 17,4 | 178 |
| | Psicoterapia | 11,3 | 116 |
| | Outros | 14,2 | 146 |
| | Total | 100 | 1024 |
| | Dados ausentes | 226 | 226 |

Quanto à fonte de encaminhamento, os médicos foram os profissionais que mais solicitaram intervenções da psicologia. A segunda fonte de encaminhamento foi o atendimento de rotina que é disponibilizado pelo Serviço de Psicologia aos pacientes do Hospital de Base que estão em tratamento sob a supervisão de equipes de profissionais da saúde das quais a psicologia é integrante. Já quanto ao encaminhamento dado para cada atendimento realizado, o mais frequente foi a Possibilidade de retorno com a Psicologia na próxima consulta médica, seguido do Acompanhamento periódico com a Psicologia durante a realização do tratamento médico do paciente (Tabela 18).

Os motivos de consulta com a psicologia mais frequentes apresentados pela população adulta do SPHB em um mês de atividades institucionais foram os itens da escala de problemas de comportamento “Outros problemas”, seguida de “Queixas somáticas” e “Ansiedade/depressão” (Tabela 19) (há mais de uma queixa relatada por cada paciente).

Tabela 19 – Motivos de consulta com a psicologia apresentados pelos adultos atendidos e registrados pelo SPHB durante um mês de atividades institucionais.

| Motivos de consulta com a psicologia | Adultos | |
|--------------------------------------|---------|------|
| | % | N |
| Outros problemas | 37 | 547 |
| Queixas somáticas | 21 | 310 |
| Ansiedade / depressão | 20,2 | 299 |
| Isolamento | 9,3 | 137 |
| Comportamento de quebra-regras | 8,7 | 129 |
| Problemas de pensamento | 3,7 | 55 |
| Problemas de atenção | 0,2 | 3 |
| Total | 100 | 1480 |

Para elucidar melhor os motivos que levaram os pacientes a procurar ajuda psicológica oferecida pelo SPHB, os itens da escala de problemas de comportamento “Outros problemas” foram contabilizados individualmente e suas frequências são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20 – Itens da escala de problemas de comportamento “Outros problemas” relatados pelos pacientes (clientela adulta) e registrados pelos psicólogos do SPHB em um mês de atividades institucionais.

| Motivos de consulta com a psicologia “Outros problemas” | Adultos | |
|---|---------|-----|
| | % | N |
| Dificuldades de entendimento da doença e tratamento médico | 15,9 | 236 |
| Dificuldades de ajuste a doença | 8,6 | 127 |
| Preparação para procedimentos médicos cirurgia exame | 4,5 | 67 |
| Estresse | 2,7 | 40 |
| Déficit em tratamento de eventos estressores | 1,7 | 25 |
| Preparação para procedimentos médicos-planejamento familiar | 1,5 | 22 |
| Outros problemas | 2,1 | 30 |
| Total | 37 | 547 |

Dentre os itens da categoria “Outros problemas”, o mais prevalente foi “Dificuldades de entendimento da doença e tratamento médico”; seguido de “Dificuldades de ajuste a doença”. Ambos se referem a dificuldades dos pacientes adultos em manejar as implicações de possuir problemas de saúde. Além das mudanças na rotina, tais como, uso de medicações de forma pontual ou contínua, possíveis internações, realizações de exames e procedimentos médicos, os pacientes também precisam entender e assimilar qual problema de saúde possuem, o tratamento a ser realizado para sanar ou controlar tal enfermidade e as conseqüências disso em sua vida. São tantas contingências operando concomitantemente que o indivíduo pode apresentar dificuldades em apreender tudo isso, necessitando de auxílio para si e sua família.

É neste contexto que a atuação do psicólogo da saúde é de extrema relevância, pois é este profissional que irá facilitar e orientar os pacientes e seus familiares a como manejar estas condições e as possíveis conseqüências em seu dia a dia, a fim de melhorar e/ou manter sua qualidade de vida (Gorayeb, 2001; Matos, 2004; Miyazaki et al., 2002).

O SPHB parece estar em harmonia com estas necessidades de sua clientela, pois as modalidades de tratamento psicológico mais realizadas pelos psicólogos junto a população adulta foram Grupo psicoeducacional e Grupo de Sala de espera (Tabela 16). Ambas as intervenções tem caráter informativo e almejam favorecer a adesão ao tratamento, dar informações e esclarecimentos sobre fatores de risco, desenvolvimento e manutenção da doença e ensinar estratégias mais adequadas de enfrentamento de condições adversas (Barbosa, Luiz, Domingos & Fernandes, 2008; Santos, 2004; Santos & Miyazaki, 1999).

A escala de problemas de comportamento “Queixas somáticas” foi a segunda mais prevalente, cujos itens estão relacionados a estados físicos, tais como, dores, cansaço, náuseas, obesidade, infertilidade. A terceira categoria de queixas mais frequente foi “Ansiedade/depressão” que é composta por comportamentos de choro, tristeza, ansiedade, nervosismo, preocupações (Tabela 19). Ambas as queixas relatadas por grande parte da população adulta assistida pela SPHB são produtos colaterais das contingências operantes em seus ambientes, pois todos apresentam ou apresentaram problemas de saúde. Sendo que alguns destes problemas são crônicos (por exemplo, obesidade, diabetes, câncer) ou agudos (traumas, cirurgias de emergências, sequelas de traumas), condições que podem gerar sentimentos negativos, reações corporais aversivas e diminuição das atividades prazerosas.

Com a presença de adversidades no cotidiano, as pessoas tendem a ficar mais ansiosas, preocupadas, tensas e muitas vezes, com humor deprimido. Estes sentimentos podem dificultar a adesão ao tratamento e o enfrentamento adequado dos problemas (Hepworth, 2006; Straub, 2005).

Neste contexto, o psicólogo da saúde como integrante de uma equipe, pode favorecer o ensino de estratégias mais eficazes de enfrentamento do problema, programar em conjunto com o paciente mudanças de padrões de comportamentos disfuncionais que contribuam para a adesão ao tratamento e oferecer suporte psicológico (Miyazaki et al., 2002, Neves & Amaral, 2006). Ressalta-se que as intervenções não estão limitadas àqueles que já estão sofrendo de um problema de saúde. Pessoas saudáveis ou em risco podem aprender comportamentos saudáveis preventivos (Straub, 2005).

Além disso, os custos crescentes do sistema de saúde tem evidenciado a relevância da educação sobre práticas saudáveis e comportamentos preventivos, como forma de reduzir

vulnerabilidade para doenças e a necessidade de uma intervenção completa para aumentar adesão ao tratamento e diminuir o impacto da doença sobre o funcionamento global do indivíduo (Miyazaki & Silvaes, 2001).

Na literatura pesquisada acerca da caracterização da população atendida em locais do sistema de saúde, dados resultantes dos estudos de Furtado et al. (2004), Jacobs e Matos (2005) e Silva et al. (2007) obtiveram que as queixas mais recorrentes estão relacionadas com problemas de ordem médica, tais como, trauma, febre, cefaléia, dor abdominal. Diferentemente, Cigognini e Furlanetto (2006) e Gomes (2008) obtiveram como queixas mais frequentes em suas análises, os transtornos de humor. Enquanto Basaglia (2005), na descrição das características da clientela atendida por um serviço de psicologia de uma UBS, as queixas mais prevalentes foram os transtornos ansiosos.

Na comparação destes dados com os obtidos pelo SPHB observa-se que as queixas dos estudos de Basaglia (2005); Cigognini & Furlanetto (2006); Gomes (2008) coincidem apenas com o terceiro motivo de consulta com a psicologia mais frequente do SPHB, a saber, a escala de problemas de comportamento “Ansiedade/depressão”. No entanto, a queixa de maior ocorrência neste serviço foi as dificuldades dos pacientes em manejar seu problema de saúde.

Na análise dos resultados da caracterização da clientela atendida pelo SPHB, uma medida que parece favorecer a adesão ao tratamento psicológico é o fato de que (com base nas informações dos encaminhamentos dados para cada caso - Tabela 18) a consulta com a psicologia, geralmente, está atrelada ao tratamento médico, condição que pode aumentar a probabilidade do paciente aderir, pois, às vezes, este precisa do parecer da psicologia para realizar algum procedimento médico; ou mesmo a acessibilidade é mais fácil, porque este pode ser atendido pelo psicólogo após a consulta médica.

Outra observação relevante é a de que quando os psicólogos do SPHB registraram os atendimentos realizados durante um mês de atividades institucionais (1550 registros), o número de registros de atendimentos foi duas vezes maior que o obtido com os prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007 (843 registros). Esta discrepância indica a necessidade do serviço-escola se organizar melhor de modo a registrar seus atendimentos com maior regularidade e fidedignidade ao seu funcionamento.

6.3. Caracterização do Processo de Supervisão disponibilizado pelo SPHB

6.3.1. Inventário 1/ Levantamento em Serviços-Escola

Foi solicitado aos chefes do SPHB que respondessem ao questionário sobre recursos e funcionamento do Serviço.

A composição do quadro de profissionais que atuam neste Serviço é constituída por dois coordenadores (coordenador e vice-coordenador); vinte e três psicólogos supervisores; dezessete aprimorandos e uma secretária. O Serviço está inserido no Hospital-escola (Hospital de Base) da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP. As atividades desenvolvidas pela equipe responsável pelos atendimentos psicológicos ocorrem no serviço-escola, em uma UBS conveniada, em centros comunitários e na enfermaria do Hospital de Base.

As abordagens teóricas utilizadas nos atendimentos psicológicos são: cognitivo-comportamental, comportamental e psicodrama. As modalidades de atendimento psicológico oferecidas para a clientela são: - Psicoterapia individual sem término definido a priori; - Psicoterapia breve individual; - Psicoterapia de Apoio; - Grupos de Encontro; - Intervenção em crise; - Avaliação psicológica (sem testagem); - Psicodiagnóstico (com testagem psicológica); - Aconselhamento; - Grupos de sala de espera; - Avaliação neuropsicológica; - Terapia de casal; e - Terapia de grupo.

Para fazer a indicação terapêutica é realizado um processo de triagem. Este procedimento é realizado por um psicólogo (aprimorando). O cliente é atendido imediatamente, conforme esquema de plantão da equipe de aprimorandos. Nesta ocasião é realizada apenas uma entrevista de triagem para averiguar o motivo da busca por atendimento psicológico, na qual o profissional preenche uma ficha a respeito do cliente. Nos casos mais severos, são utilizados escalas ou testes padronizados para constatar a gravidade da dificuldade psicológica do cliente. Estas escalas são: Escala Beck de Depressão, Escala Beck de Ansiedade e/ou de Ideação Suicida.

Para considerar um tratamento psicológico concluído é realizada uma avaliação do tratamento através da reaplicação das escalas utilizadas na avaliação inicial do cliente.

Não é solicitado aos clientes que preencham um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Destaca-se que enquanto serviço-escola, o SPHB poderia instituir o termo de consentimento livre e esclarecido como documento obrigatório de seu protocolo de

atendimento, a fim de ressaltar aos aprimorandos a importância desta questão ética para a realização de pesquisas. Ao instalar esta rotina, os aprimorandos podem ir se habituando as etapas necessárias para a concretização de estudos científicos, no que tange tanto aos aspectos éticos, quanto a validação das pesquisas para publicações em mídias científicas.

O SPHB não dispõe de recursos informatizados para o registro de seus clientes. Esta condição é recorrente na maioria dos serviços-escola de psicologia brasileiros. Segundo Herzberg (2006), existe um crescente interesse por parte dos profissionais e pesquisadores quanto à utilização dos recursos de informática como auxiliar das atividades de intervenção psicológica junto à população. Porém, este interesse parece se mostrar de maneira informal, sem a observação de atitudes concretas para efetivar esta informatização. É pertinente acrescentar que dados organizados sobre o fluxo de clientes são condição para o conhecimento das necessidades e prioridades da população que busca ajuda em um serviço-escola, além de esta organização facilitar a realização de pesquisas. Deste modo, sugere-se que o SPHB analise esta possibilidade de informatização de seus atendimentos como uma forma de enriquecer, facilitar e agilizar seu funcionamento.

6.3.2. Inventário de levantamento de atividades de supervisão: Supervisores e Aprimorandos

6.3.2.1. Características sócio-demográficas: Aprimorandos e Supervisores

A segunda parte de coleta de dados deste trabalho foi a aplicação de um Inventário de Atividades de Supervisão (uma versão para o aprimorando e outra para o estagiário). Os psicólogos do SPHB foram convidados a responder este questionário. Obteve-se uma excelente participação, pois apenas um psicólogo do serviço não respondeu ao inventário (estava em licença para cursar doutorado). Vinte e um supervisores e vinte e um aprimorandos responderam ao inventário sobre atividades de supervisão.

As características demográficas dos participantes estão descritas na Tabela 21.

Tabela 21 – Características demográficas (idade e sexo) dos psicólogos do SPHB no ano de 2009.

| Características demográficas | Aprimorandos | Supervisores | Valor de p |
|------------------------------|---------------|---------------|------------|
| Idade (anos) | | | |
| Média (Desvio Padrão) | 24,6 (1,26) | 39,5 (7,82) | <0,001* |
| Mínimo; Máximo | 23,0 : 27,0 | 26,0 : 53,0 | |
| Sexo | | | |
| Feminino | 76,2% (16) | 85,7% (18) | 0,697** |
| Masculino | 23,8% (5) | 14,3% (3) | |
| Total | 100% (21) | 100% (21) | |

* $p \leq 0,05$, Teste de Mann-Whitney;

** $p \leq 0,05$, Teste de Independência (Teste Exato de Fisher)

O sexo mais prevalente tanto entre os supervisores, quanto entre os aprimorandos foi o feminino. A média de idade entre os aprimorandos foi de 24,6 anos e entre os supervisores foi de 39,5 anos. Ao realizar o teste estatístico Teste Exato de Fisher constatou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, a saber, a diferença de idade entre aprimorandos e supervisores é significativa, os supervisores, em média, são bem mais velhos que os aprimorandos.

Os dados acerca das características demográficas dos aprimorandos e supervisores do SPHB são similares às estatísticas divulgadas por uma pesquisa realizada pelo IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) encomendada pelo Conselho Federal de Psicologia acerca do perfil do psicólogo brasileiro, na qual consta que 90 % dos profissionais na área de Psicologia são do sexo feminino (de 21, 16 aprimorandos são mulheres e entre os supervisores, 18 são mulheres), com idade entre 26 e 45 anos (a média de idade dos aprimorandos é menor, porém próxima e a dos supervisores se encontra dentro desta faixa etária) (Conselho Federal de Psicologia, 2004).

Picciafuoco (2009) realizou um estudo de caracterização para traçar o perfil dos supervisores que atuam no Programa de Aprimoramento Profissional do Estado de São Paulo. Em 2006, havia 2887 supervisores cadastrados. Deste total, 1797 (62%) eram mulheres e 540 (19%) homens, sendo que 550 (19%) não informaram o sexo. A faixa etária mais predominante foi a de 41 a 50 anos com 889 (30,70%) supervisores, seguida pela faixa etária de 51 a 55 anos, com representatividade de 352 indivíduos (12,23%). Destaca-se que 55,11% dos profissionais concentram-se na faixa etária de 36 a 55 anos. Na comparação destes dados com os dos supervisores do SPHB, observam-se semelhanças quanto a predominância do sexo

feminino e quanto a faixa etária mais prevalente, pois a média de idade dos supervisores do SPHB, que é de 39,5 anos, ficou entre 36 a 55 anos.

Dentre os aprimorandos do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde oferecido pelo SPHB, nove estão cursando o primeiro ano do programa; dez o segundo; e cinco estão no terceiro ano de aprimoramento. É interessante esclarecer que o Programa de Aprimoramento tem duração de dois anos, porém alguns aprimorandos, a partir de seu desempenho e dedicação ao curso são convidados pelo Serviço para participar de mais um ano de atendimento psicológico nesta instituição, sendo que cinco aprimorandos estão nesta condição.

6.3.2.2. Características do Processo de Supervisão disponibilizado pelo SPHB ao Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde

O SPHB realiza e oferece atendimento psicológico em várias especialidades médicas, sendo assim, um psicólogo pode ser responsável pelo atendimento e integrar duas ou mais equipes de saúde. Portanto, neste contexto, um aprimorando pode ter mais de um supervisor. O Inventário de Levantamento de atividades de supervisão investigou também estes aspectos. Por exemplo, as horas de supervisão realizadas entre os aprimorandos apresentaram uma média de 2,6 horas por estagiário e 3,3 horas entre os supervisores. Treze aprimorandos relataram ter de 3 a 4 horas de supervisão por semana e oito de 1 a 2 horas. Os supervisores, sete deles realizam junto com seus aprimorandos de 3 a 4 horas de supervisão por semana e seis supervisores realizam cinco horas ou mais. Quinze aprimorandos são supervisionados por dois supervisores. Quanto aos supervisores, seis são responsáveis pela supervisão de um aprimorando, cinco pela supervisão de dois e outros cinco supervisores pela orientação de três aprimorandos.

O número de horas de supervisão realizadas durante a semana é uma variável significativa para analisar o processo de supervisão de uma instituição. No Serviço de Psicologia, treze aprimorandos declararam receber de 3 a 4 horas semanais de supervisão e oito de uma a duas horas. Em um estudo realizado por Figueiredo, Fernandes, Martins e Ramalho (2007) em uma universidade de graduação em psicologia, 83 estagiários do último ano de psicologia foram participantes e responderam a um questionário sobre estilos de supervisão e qualidade da supervisão. Os resultados indicaram que quanto mais regular a

periodicidade dos encontros com os supervisores, melhor a avaliação da qualidade da supervisão.

Também foi perguntado aos psicólogos se a supervisão era voltada somente para a discussão de casos clínicos, catorze aprimorandos e dezesseis supervisores responderam que não. Outra questão investigou se durante a supervisão ocorriam discussões teóricas acerca de textos, artigos da literatura, onze aprimorandos assinalaram que não e dezessete supervisores responderam que sim. Para constatar se esta divergência de opiniões entre os grupos foi significativa, foi feito o teste estatístico Teste Exato de Fisher que comprovou que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos nesta questão, os supervisores, em sua maioria consideram que há discussões teóricas, enquanto os aprimorandos (11 de 21) avaliam que não há (Tabela 22).

Tabela 22 – Frequências das respostas dadas pelos aprimorandos e supervisores do SPHB quanto a discussão de casos clínicos e textos teóricos durante as supervisões

| Variáveis | Aprimorandos | | Supervisores | | Valor de p |
|-----------------------------|--------------|----|--------------|----|------------|
| | % | N | % | N | |
| Discussão de casos clínicos | | | | 2 | |
| Sim | 33,3 | 7 | 9,5 | 16 | 0,139* |
| Não | 66,7 | 14 | 76,1 | 3 | |
| Não respondeu | 0 | 0 | 14,3 | 21 | |
| Total | 100 | 21 | 100 | | |
| Discussões de textos | | | | | |
| Sim | 47,6 | 10 | 80,9 | 17 | 0,002* |
| Não | 52,4 | 11 | 4,6 | 1 | |
| Não respondeu | 0 | 0 | 14,3 | 3 | |
| Total | 100 | 21 | 100 | 18 | |

* $p \leq 0,05$, Teste de Independência (Teste exato de Fisher).

Esta divergência de opiniões entre supervisores e aprimorandos quanto a ter ou não discussões de textos durante a supervisão foi observada como sendo estatisticamente significativa através da realização do Teste estatístico “Teste Exato de Fisher” e é interessante, pois a maioria dos aprimorandos não concorda com os supervisores neste quesito. Seria importante para a instituição, a partir da devolução destes dados obtidos, esclarecer melhor esta questão e negociar como estas discussões teóricas poderiam ser realizadas de modo a prover melhor formação.

6.3.2.3. Características da formação acadêmica e experiência profissional dos Supervisores do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde

Todos os supervisores do SPHB possuem vínculo institucional, sendo sete vinculados a uma Instituição de Ensino Superior Pública e catorze com Instituição de Saúde.

No que tange à abordagem teórica aplicada à orientação em supervisão e aos atendimentos psicológicos realizados, dezessete supervisores relataram seguir a teoria da abordagem Cognitivo-comportamental, dois a abordagem Psicanalítica, um a abordagem Comportamental e outro o Psicodrama.

As pós-graduações cursadas pelos supervisores do Serviço de Psicologia estão narradas na Tabela 21. A participação em grupo de estudo foi assinalada como sendo uma atividade de aperfeiçoamento que é realizada atualmente por seis supervisores. Cinco supervisores declararam ter cursado algum curso de extensão em sua área de atuação. Doze supervisores são especialistas, ou seja, cursaram um curso de especialização. Dez possuem mestrado e quatro são doutores em psicologia. Apenas dois dentre vinte e um supervisores relataram ter feito pós-doutorado.

Segundo pesquisa do IBOPE sobre o perfil do psicólogo brasileiro, dentre os 2000 psicólogos entrevistados, 58% já fizeram ou estão fazendo algum curso de Pós-graduação, sendo 49%, especialização; 7%, mestrado; e 2%, doutorado (Conselho Federal de Psicologia, 2004). Na comparação destes dados com os dos supervisores do SPHB, há semelhanças, pois 57, 1% (12) dos supervisores são especialistas, ou seja, cursaram um curso de formação continuada após a graduação, assim como a maioria dos psicólogos brasileiros. Os supervisores, comparados com a amostra desta pesquisa do IBOPE, possuem mais mestres e doutores. Esta condição é positiva, pois indica a iniciativa destes profissionais em procurar atualização e enriquecimento do conhecimento psicológico, principalmente, na área de pesquisa, requisitos necessários para o desempenho adequado do papel de supervisor (Falander et al., 2004, Silvaes & Pereira, 2005).

Tabela 23 – Atividades e cursos de pós-graduação realizados pelos Supervisores do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde.

| Formação acadêmica | Supervisores | | |
|--------------------|--------------|------|----|
| | % | N | |
| Grupo estudo | Sim | 28,6 | 6 |
| | Não | 71,4 | 15 |
| | Total | 100 | 21 |
| Curso de Extensão | Sim | 23,8 | 5 |
| | Não | 76,2 | 16 |
| | Total | 100 | 21 |
| Especialização | Sim | 57,1 | 12 |
| | Não | 42,9 | 9 |
| | Total | 100 | 21 |
| Mestrado | Sim | 47,6 | 10 |
| | Não | 52,4 | 11 |
| | Total | 100 | 21 |
| Doutorado | Sim | 19 | 4 |
| | Não | 81 | 17 |
| | Total | 100 | 21 |
| Pós-doutorado | Sim | 9,5 | 2 |
| | Não | 90,5 | 19 |
| | Total | 100 | 21 |

No estudo de caracterização do perfil dos supervisores do PAP desenvolvido por Picciafuoco (2009), dentre os 2887 supervisores cadastrados, 19,57% tinham o título de doutorado, 12,19% título de mestrado e 10,56% títulos de especialistas (cursos de especialização). No que se refere ao grau de titulação parece que os supervisores do SPHB estão mais qualificados, proporcionalmente, quando comparados ao total dos supervisores do PAP, pois 19% (4) dentre os 21 supervisores do SPHB possuem doutorado, 47,6% (10) mestrado e 57,1% (12), cursos de especialização. Estas informações parecem indicar que os supervisores do serviço analisado estão academicamente preparados para exercer a função de supervisor.

A experiência profissional dos supervisores do SPHB também foi investigada pelo Inventário de Levantamento de atividades de Supervisão. Dez supervisores relataram ter experiência em Psicodiagnóstico, sendo a média de tempo de atuação em torno de 15 anos. Já em Psicoterapia, dezessete supervisores declararam ter experiência profissional nesta

modalidade de atendimento psicológico, sendo 12, 7 anos o tempo médio de experiência na área. Na realização de pesquisas, onze supervisores assinalaram que realizam este tipo de atividade dentro da psicologia, sendo aproximadamente 11 anos o tempo médio de atuação. Apenas três supervisores relataram ter experiência na realização de pesquisas interventivas.

No Inventário de levantamento de atividades de supervisão havia ainda a possibilidade de o supervisor dizer qual outra área de atuação em que ele possuía experiência profissional. Sete supervisores colocaram que possuem experiência na área da Psicologia da Saúde (em média 11 anos). Um citou experiência na área de Manejo de Stress, outro em Terapia sexual e outro em Neuropsicologia.

Um dos critérios que definem a função de supervisor é o de que este profissional seja mais experiente na área em que atua, a fim de ter subsídios para guiar um estudante ou profissional iniciante neste campo profissional. Os supervisores do SPHB apresentam uma longa vivência da prática profissional da psicologia nas áreas de Psicodiagnóstico, Psicoterapia e Psicologia da Saúde (no mínimo, em média, 10 anos em cada área), sendo a Psicoterapia a área de atuação mais declarada entre os supervisores. Esta característica é super importante para a condução de um processo de supervisão, pois a experiência prática supõe um maior conhecimento dos problemas enfrentados tanto pela população de demanda, quanto do profissional atuante e das intervenções mais efetivas que podem ser realizadas no contexto de atuação (Kilminster & Folly, 2000; Falender et al., 2004; Jorge, 2006; Watkins, 1994; Witter, 2006).

Dos vinte e um supervisores participantes, apenas 11 tem experiência na área de pesquisa (em média, 10 anos de atuação) e apenas três em pesquisa interventiva. De acordo com Silvaes e Pereira (2005), o supervisor em serviço-escola precisa criar oportunidades de realização de trabalhos clínicos e de pesquisa adequados, para que estes permitam aos estudantes desenvolver habilidades tanto para a prática profissional como para a produção do conhecimento científico. Neste quesito, seria importante ao SPHB criar condições e favorecer o envolvimento de todos os supervisores em produção de pesquisa, para que o processo de supervisão seja mais coerente com os objetivos do serviço-escola e mais igualitário para todos os aprimorandos.

Também foi investigado se os supervisores, atualmente, estavam freqüentando um processo terapêutico. Quinze responderam que não estão em terapia atualmente e seis supervisores responderam que estão em terapia. Porém, todos os supervisores declararam ter feito terapia em algum momento de suas vidas.

A experiência de vivenciar um processo terapêutico para o supervisor, enquanto pessoa e não como profissional, é importante para a aquisição de habilidades sociais que facilitem a interação social e o processo de ensino-aprendizagem na supervisão. Submeter-se a uma terapia pessoal pode auxiliar o supervisor a adquirir, desenvolver e/ou aprimorar comportamentos de empatia, aceitação, compreensão, autenticidade e outras características imprescindíveis a qualquer relação pessoal, tais como postura corporal, tom e velocidade da voz, contato visual, expressão facial e expressão de sentimentos, facilitando o enfrentamento das contingências geradas pelo contexto da supervisão (Ullian, 2002; Greben, 1991). Os supervisores do SPHB parecem ter dado importância ao desenvolvimento destas habilidades sociais, pois todos, ao menos em algum momento de suas vidas, submeteram-se a um processo de terapia pessoal.

Na versão do Inventário de levantamento de atividades de supervisão elaborado para os supervisores, havia uma parte exclusiva para eles responderem sobre a formação profissional. Estas questões tentaram investigar se o curso de graduação em psicologia contribuiu para a formação profissional dos supervisores do SPHB. As respostas dadas pelos participantes parecem indicar, de modo geral, que o curso de graduação em psicologia colaborou para a formação profissional, mas de forma insuficiente em algumas áreas, tais como atuação na abordagem teórica e conceitos básicos e interligações com diversas áreas de estudo da Psicologia. Isto fica mais evidente, quando 16 (total de 21) supervisores assinalaram que os cursos realizados depois da graduação foram essenciais para a atuação na prática clínica.

Estes resultados remetem a discussão atual da necessidade de reformulação dos cursos de graduação em psicologia no país, pois a formação disponível presentemente não está sendo suficiente para favorecer o repertório mínimo de habilidades profissionais exigidas pelo mercado de trabalho. Este movimento de reflexão acerca dos cursos de psicologia culminou com uma avaliação e um reajustamento da grade curricular dos cursos de graduação de psicologia do Brasil, a partir da homologação das Novas Diretrizes curriculares para estes cursos pelo Ministério da Educação (Conselho Nacional de Educação, 2004; Löhr & Silveiras, 2006).

É evidente que a formação continuada deve ser uma constante na trajetória profissional dos psicólogos. Porém há o imperativo dos cursos de graduação em psicologia desenvolverem habilidades necessárias para a formação do psicólogo, qualquer que seja sua área de atuação, objetivando formar profissionais generalistas (Witter, 2006).

Outra discussão relevante sobre a formação profissional dos supervisores é que não há uma preparação formal, instituída para validar o desempenho de tal papel, pelo menos aqui no Brasil não se tem notícia do oferecimento de tal possibilidade de formação (Campos, 1999). Também não existe uma avaliação recorrente e contínua do desempenho dos supervisores (Mito, 2006; Scott et al., 2000).

Para Campos (1999), geralmente, a formação dos supervisores no Brasil ocorre pela transferência de habilidades aprendidas na graduação e/ou pós-graduação através do processo de ser supervisionado, pela experiência profissional na área da psicologia em que atua e nos conhecimentos da abordagem teórica empregada. Esta questão não foi especificamente investigada no presente trabalho, mas ressalta-se a importância de investigações futuras nesta área em estudos similares.

Um dado que pode corroborar estas informações acerca da formação do supervisor no Brasil foi apresentado por Picciafuoco (2009) em seu estudo sobre o perfil dos supervisores atuantes no PAP. Estes supervisores investigados pelo referido autor são profissionais de várias áreas da saúde, tais como, medicina, enfermagem, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, dentre outras. Apesar do grau de titulação dos supervisores ser altamente qualificado (31% possuem mestrado e/ou doutorado), não há registro em suas formações acerca de cursos preparatórios e/ou de atualizações de como exercer a função de supervisor. Grande parte ou quase a totalidade se tornam supervisores após longa experiência de atuação na área (muitos supervisores são ex-aprimorandos).

6.3.2.4. Questões do Inventário de levantamento de atividades de Supervisão: perspectivas dos aprimorandos e dos supervisores

Nigam et al. (1997) realizaram um estudo com este inventário junto a 22 residentes do Departamento de Psiquiatria filiado a University of Ottawa e a Queen's University, com o intuito de focar especialmente a percepção dos residentes acerca da relação estabelecida com o supervisor durante a supervisão. Com objetivos semelhantes, o presente estudo também investigou a interação entre aprimorandos e supervisores do Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Saúde através da aplicação deste inventário.

De acordo com a divisão proposta pelos autores do artigo de 1997, Nigam et al., as questões componentes do inventário podem ser agrupadas em três tópicos, a fim de enriquecer

a análise das respostas dadas pelos participantes. Estes tópicos ou temas são:- Empatia e atenção à experiência afetiva dos residentes (no presente trabalho, considera-se residente como sinônimo de aprimorando); Habilidade para melhorar a aprendizagem e encorajar auto-expressão; e - Compreensão das dificuldades e responsividade às necessidades dos residentes.

Tópico I- Empatia e atenção à experiência afetiva dos residentes:

Este tema é composto de 10 questões (2, 3, 4, 5, 6, 7, 19, 20, 22 e 26) do Inventário de levantamento de atividades de supervisão. As respostas dadas pelos aprimorandos e supervisores a estas questões estão apresentadas na Figura 5.

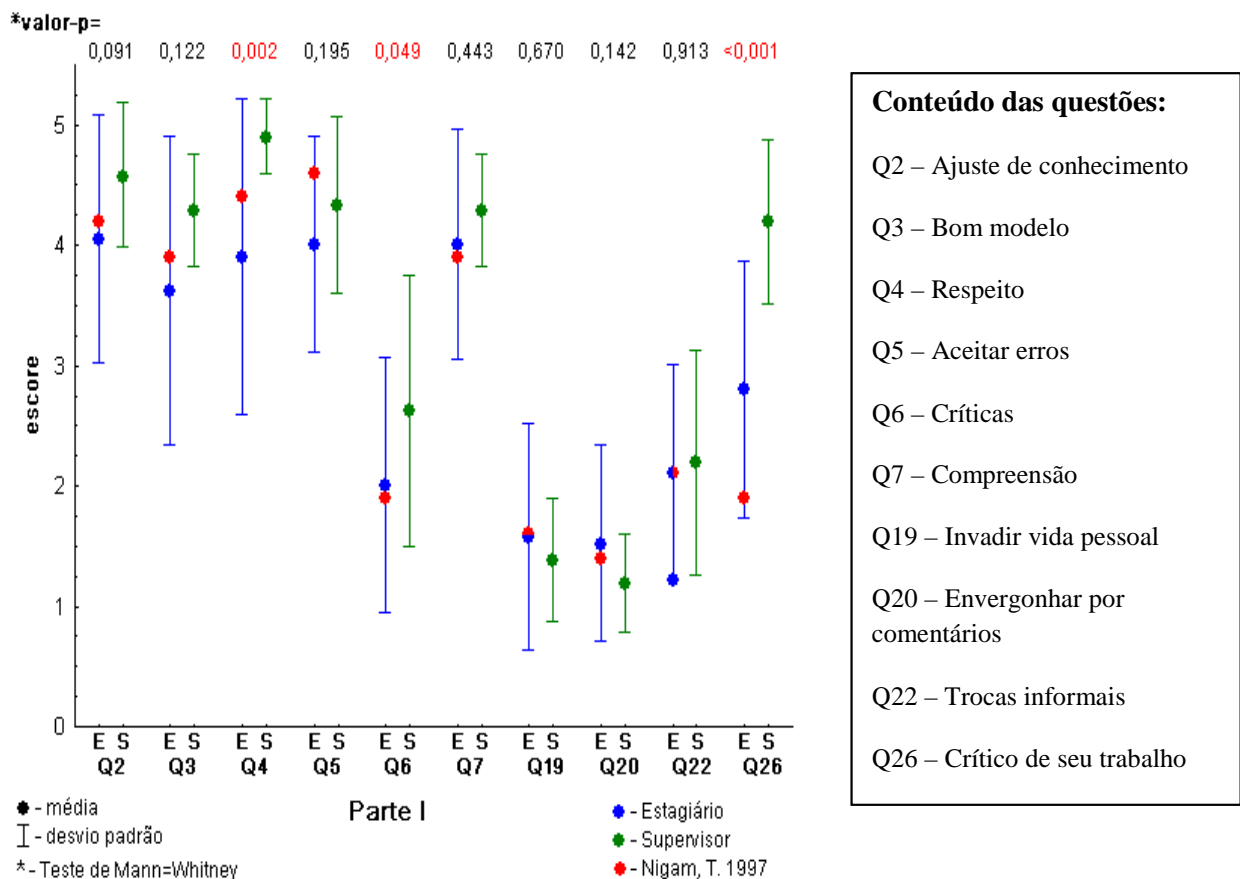


Figura 5. Média e desvio padrão dos escores das respostas dadas às questões do tópico I pelos aprimorandos e supervisores do SPHB; média dos escores das respostas dos residentes obtidas no estudo realizado por Nigam, Cameron e Laverette (1997) e valor de p obtido a partir do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).

Parece haver uma concordância de opiniões entre aprimorandos e supervisores nas questões 2, 3, 5, 7, 19, 20 e 22, pois as respostas estão mais próximas entre os dois grupos. Tanto que foi realizado o Teste de Independência de Mann-Whitney ($p \leq 0,05$) e não foi

observado diferença entre os grupos no que tange a estas questões. Porém, nas questões 4, 6 e 26 há diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto às respostas dadas. A questão 4 se refere ao respeito que permeia as relações humanas, segundo os aprimorandos, eles se sentem respeitados frequentemente pelos supervisores e estes consideram que respeitam seus supervisionandos sempre. A questão 6 é relativa a desaprovação, os aprimorandos raramente se sentem desaprovados por seus supervisores, por outro lado, estes consideram que criticam seus estagiários em 50% das vezes. Já a questão 26 remete a crítica, o quanto os supervisores, na opinião dos aprimorandos, são críticos de seu próprio trabalho. Estes consideram que os supervisores criticam sua própria atuação em 50% das vezes e os supervisores consideraram que se criticam em seu trabalho frequentemente.

Considera-se interessante comparar as médias dos escores das respostas dos aprimorandos do SPHB com as médias dos escores obtidos no estudo de Nigam et al. (1997) que contou com a participação de vinte e dois residentes da Psiquiatria. Infelizmente, não foi possível realizar testes estatísticos para verificar diferenças entre os grupos, pois o artigo só disponibiliza as médias dos escores das respostas, não há a apresentação dos valores do desvio padrão de cada escore médio de resposta, condição que impossibilita a comparação entre as médias dos grupos.

Pode-se observar na Figura 1 a similaridade de respostas entre os dois grupos de estagiários, as médias dos escores das respostas coincidem nos dois grupos. Esta observação, porém, não pode ser generalizada para a questão 26, em que se constata uma diferença de opinião entre os dois grupos.

Tópico II - Habilidade para melhorar a aprendizagem e encorajar auto-expressão:

As dez questões que integram o Tópico II são as seguintes: 1, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 25 e 27. As respostas assinaladas pelos supervisores e aprimorandos a estas questões que compõem o tópico II estão descritas na Figura 6:

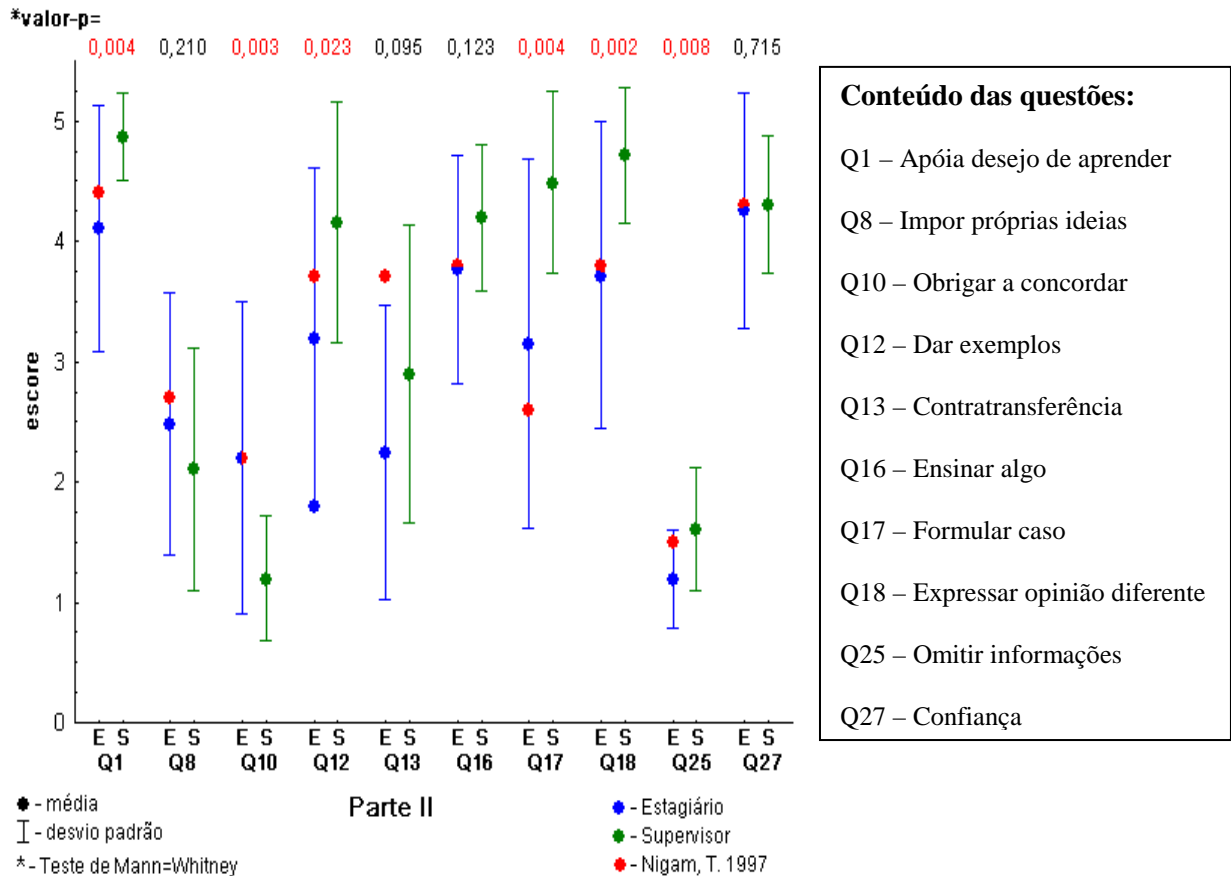


Figura 6 – Média e desvio padrão dos escores das respostas dadas às questões do tópico II pelos aprimorandos e supervisores do Serviço de Psicologia; média dos escores das respostas dos residentes obtidas no estudo realizado por Nigam, Cameron e Laverette (1997) e valor de p obtido a partir do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).

No Tópico II que é acerca da Habilidade para melhorar aprendizagem e encorajar auto-expressão, há maior divergência de opiniões entre aprimorandos e supervisores, principalmente nas questões 1, 10, 12, 17, 18 e 25, posto que a partir da realização do Teste Estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$) foi possível observar que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Condição que não ocorre apenas nas questões 8, 13, 16 e 27. A partir da análise das respostas parece que os supervisores (em média) apresentam uma avaliação mais positiva de seus desempenhos na supervisão comparada a avaliação dos aprimorandos (em média). Por exemplo, na questão 10 que investiga se os aprimorandos se sentem obrigados a concordar com os pensamentos e ideias de seus supervisores por medo de serem desvalorizados, estes responderam (em média) que se sentem assim raramente, porém os supervisores (em média) consideram que isto nunca ocorre. Outra questão na qual se observa esta condição é a 18, que questiona o quanto os aprimorandos se sentem livres para discordar de seus supervisores. Os aprimorandos (em média) assinalaram que se sentem

frequentemente livres, enquanto os supervisores (em média) consideraram que os aprimorandos sempre se sentem livres para expressar opiniões diferentes.

Quando comparadas as médias das respostas dos aprimorandos do SPHB com as médias dos residentes participantes do estudo de Nigam, Cameron e Laverette (1997), observa-se que há concordância das opiniões destes dois grupos (Figura 6). Somente na questão 13, o escore médio das respostas não coincide.

III - Compreensão das dificuldades e responsividade às necessidades dos residentes:

As perguntas referentes a este tópico são sete: 9, 11, 14, 15, 21, 23 e 24. As médias das respostas dadas a estas questões pelos supervisores e aprimorandos do SPHB estão apresentadas na Figura 7.

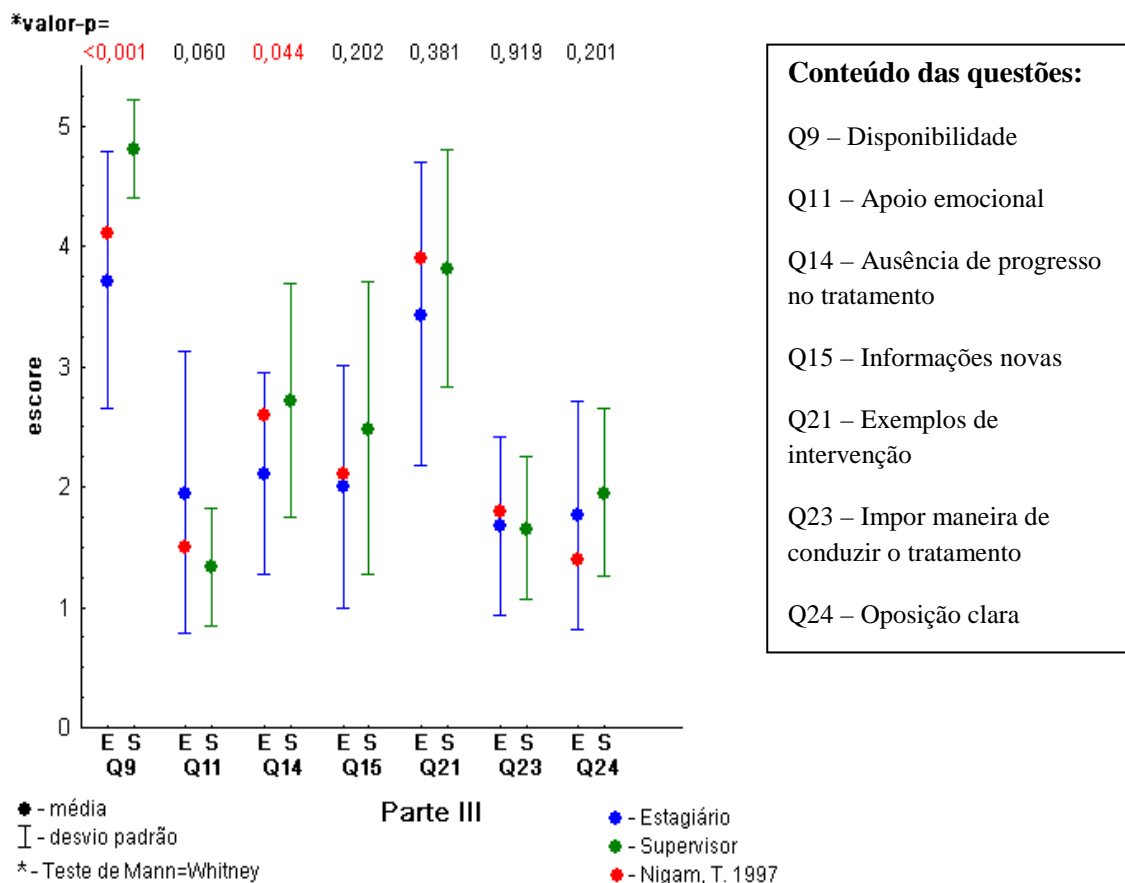


Figura 7 – Média e desvio padrão dos escores das respostas dadas às questões do tópico III pelos aprimorandos e supervisores do Serviço de Psicologia; média dos escores das respostas dos residentes obtidas no estudo realizado por Nigam, Cameron e Laverette (1997) e valor de p obtido a partir do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$).

No que se refere ao Tópico III, os supervisores e aprimorandos parecem concordar em cinco questões, são elas: 11, 15, 21, 23 e 24. Segundo a realização do Teste estatístico Mann-

Whitney ($p \leq 0,05$), nestas questões não há diferença significativa estatisticamente entre os dois grupos. Ou seja, os escores das respostas (em média) estão próximas, não observa-se divergência de opiniões, no que se refere à: disponibilização de apoio emocional por parte dos supervisores (questão 11); a possibilidade de novas informações sobre a condução do tratamento dos pacientes atendidos durante as supervisões (questão 15); em 50% das vezes os supervisores dizem aos aprimorandos o que fariam se estivessem no lugar deles (questão 21); raramente os supervisores impõem suas próprias maneiras de resolver os problemas (questão 23) e raramente os aprimorandos precisaram se opor a opinião de seus supervisores (questão 24).

Porém, nas questões 9 e 14 (Figura 7) a partir da realização do Teste estatístico Mann-Whitney ($p \leq 0,05$), observa-se que há diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. Na questão 9, os aprimorandos (em média) frequentemente consideraram que seus supervisores estão disponíveis para ajudá-los a administrar crises de seus pacientes; já os supervisores (em média) consideraram que sempre estão disponíveis para orientar seus aprimorandos nestas ocasiões. Sendo que na questão 14, os aprimorandos assinalaram (em média) que raramente não observaram progressos no tratamento de seus pacientes dentro de 3 a 4 semanas e os supervisores consideraram (em média) que esta condição ocorreu em 50% das vezes (aproximadamente).

Na comparação entre os escores das médias das respostas dos aprimorandos do SPHB com as médias das respostas dos residentes da Psiquiatria participantes do estudo de Nigam et al. (1997), observou-se que há concordância de opiniões entre os grupos apenas nas questões 15 e 23 (Figura 3). Nas outras questões (9, 11, 14, 21 e 24) há uma divergência pequena, porém existente, de opiniões entre os dois grupos de estagiários.

De forma geral, pôde-se observar na comparação entre as respostas dadas pelos dois grupos de participantes, supervisores e aprimorandos, que os supervisores do Serviço de Psicologia apresentaram uma avaliação mais positiva de sua atuação. A avaliação (em média) dos aprimorandos não foi negativa, foi positiva, porém os supervisores se consideraram mais adequados no desempenho de suas funções.

É importante esclarecer que os supervisores do SPHB ao responder o inventário de atividades de supervisão fizeram uma auto-avaliação de seu desempenho. Segundo Santos (2001), a auto-avaliação é um processo de metacognição, entendido como um processo cognitivo privado através do qual o próprio indivíduo realiza uma apreciação sobre si mesmo ou sobre seu desempenho em determinada atividade, buscando evolução; é um olhar crítico consciente sobre o que se faz, enquanto se faz. Assim, os supervisores ao refletir sobre o

próprio desempenho, também podem ter estimado o quanto gostariam de melhorar em seus comportamentos para atingir o que consideram adequado no exercício da função. Tal conjectura pode justificar o porquê de os supervisores se avaliarem de modo mais positivo que os aprimorandos. Estes avaliaram o desempenho real de seus supervisores e estes últimos o desempenho desejado.

Uma outra hipótese plausível para justificar tal divergência de avaliações é o fato de que os aprimorandos do SPHB são psicólogos formados e já passaram por outros processos de supervisão na condição de estudantes do curso de graduação em psicologia, contingência esta que pode ter favorecido o desenvolvimento de habilidades de avaliação mais críticas e realistas em relação ao desempenho de outros profissionais da área, principalmente, de seus supervisores. Isto pode contribuir para o aprimoramento e aperfeiçoamento do processo de supervisão disponibilizado por esta insituição, pois é interessante a aplicação de avaliações constantes e a abertura de um diálogo entre as duas partes interessadas a fim de construir formas de melhorar este processo de ensino-aprendizagem.

Neste sentido, é importante resgatar os objetivos da avaliação do processo de supervisão, pois é a partir do conhecimento do perfil dos supervisores e do processo de supervisão ofertados por centros de formação em Psicologia da Saúde, que será possível o aperfeiçoamento e validação destas práticas para consolidar a Psicologia da Saúde como uma opção de pós-graduação e de estágio para os futuros profissionais e para a formação continuada dos psicólogos.

De acordo com Whitman (2001), um bom supervisor deve reservar um tempo exclusivo para a supervisão, apresentar feedback frequentemente, considerar os erros cometidos pelos supervisionandos como experiências bem-vindas de aprendizagem e discutir questões que suscitem preocupações em seus discípulos. Kilminster e Jolly (2000) ressaltam que os supervisores devem resolver os possíveis problemas de forma conjunta, oferecendo nestas circunstâncias feedback, confiança e modelos de atuação.

Os três fatores sugeridos para a análise do Inventário de Atividades de Supervisão por Nigam et al. (1997) e utilizados nesta pesquisa dão indícios para avaliar se a supervisão é efetiva ou não, pois questionam os alunos sobre características que são consideradas importantes na literatura para avaliar o desempenho do supervisor, tais como, empatia, disponibilidade, reações diante de erros dos aprendizes, tomadas de decisão quanto ao tratamento do paciente, diálogos que encorajem a auto-expressão dos estagiários.

Com base na avaliação obtida por meio do Inventário de Atividades de Supervisão, pode-se observar que na opinião dos aprimorandos do SPHB, os supervisores responsáveis

pelo processo de supervisão disponibilizado por este serviço conduzem este processo de ensino-aprendizagem de modo efetivo; eles foram avaliados como bons supervisores, pois nos três fatores de análise do Inventário de Atividades de Supervisão, a saber, - empatia e atenção à experiência afetiva dos residentes; - habilidades para melhorar aprendizagem e encorajar auto-expressão; e - compreensão das dificuldades e responsividade às necessidades dos residentes; os supervisores do SPHB foram avaliados positivamente.

O processo de supervisão em Psicologia da Saúde apresenta algumas peculiaridades, como por exemplo, a presença habitual do supervisor junto ao aprendiz no local de atendimento, o treinamento de habilidades para se comunicar e trabalhar em equipes multi/interdisciplinares. Como o Inventário de Atividades de Supervisão foi elaborado para ser aplicado em qualquer processo de supervisão (principalmente, à psicologia clínica), não foi possível investigar no presente estudo estas peculiaridades. Sugere-se que em estudos futuros, cujo objetivo for avaliar o processo de supervisão em Psicologia da Saúde seja aplicado o instrumento desenvolvido por Belar (2008), que foi elaborado especificamente para esse contexto de formação da psicologia.

É interessante comparar os dados da amostra de aprimorandos do PAP em Psicologia da Saúde com uma amostra brasileira de estagiários de psicologia. No estudo de Oliveira-Monteiro e Nunes (2008), 56 estagiários do último ano (9º semestre) do curso de graduação em psicologia de uma instituição de superior da cidade de Santos (SP) também responderam ao Inventário de levantamento de Atividades de Supervisão (instrumento utilizado na presente pesquisa). As autoras analisaram as respostas obtidas focando na avaliação que os estagiários apresentaram sobre a imagem do supervisor (nível afetivo-relacional). A avaliação apresentada pelos estagiários acerca da supervisão foi classificada como avaliação negativa (escores de 1 a 2), avaliação mediana (escores de 3 a 4) e avaliação positiva (escores de 4 a 5).

Os itens do inventário que estão relacionados a imagem do supervisor são as questões 1, 4, 5, 7, 23, 24 e 27. Os estagiários de psicologia participantes do estudo de Oliveira-Monteiro e Nunes (2008) apresentaram predominantemente uma avaliação positiva da imagem de seus supervisores. Quanto aos aprimorandos do Serviço de Psicologia, as médias das respostas e a avaliação atribuída pelos escores a estas questões estão descritas na Tabela 24.

Tabela 24 - Médias das respostas e a avaliação atribuída pelos escores a questões acerca da imagem do supervisor dadas pelos Aprimorandos do SPHB.

| Questões | Média de resposta | Avaliação |
|----------|-------------------|-----------|
| 1 | 4,1 | Positiva |
| 4 | 3,9 | Mediana |
| 5 | 4 | Mediana |
| 7 | 4 | Mediana |
| 23* | 1,7 | Positiva* |
| 24* | 1,8 | Positiva* |
| 27 | 4,3 | Positiva |

* Nestas questões as avaliações atribuídas aos escores são invertidas, assim quanto menor os escores, melhor a avaliação.

Das sete questões sobre a imagem do supervisor, quatro obtiveram avaliação positiva. Deste modo, considera-se que tal como os estagiários de psicologia participantes do estudo de Oliveira-Monteiro e Nunes (2008), os aprimorandos do SPHB também avaliaram a imagem de seus supervisores como positiva.

Nesse sentido, concorda-se com Oliveira-Monteiro e Nunes (2008) de que nessa dimensão avaliada (imagem do supervisor), tanto os estagiários de psicologia participantes do estudo feito pelas autoras, quanto os aprimorandos do SPHB, indicaram possuir uma visão muito positiva de seus supervisores, sugerindo uma espécie de idealização da figura do supervisor. Esta condição pode estar relacionada com o fato de que o supervisor é a figura acadêmica que os auxilia na aproximação da teoria com a prática, na transição do papel de estudante para o futuro profissional, através da facilitação dos processos de assimilação de atributos profissionais cognitivos, afetivos, técnicos e éticos.

Campos (1995) também sinaliza que o relacionamento na supervisão não é igualitário entre o supervisor e o supervisionando, pois o poder, o status e as habilidades diferem a favor do supervisor, o que deve ser considerado criticamente na avaliação de qualquer relação entre supervisor e estagiário. Esta é uma justificativa relevante para se analisar com cuidado qualquer avaliação muito idealizada do desempenho de um supervisor.

Esta idealização da figura do supervisor, segundo Oliveira-Monteiro e Nunes (2008), deveria ser considerado, não só como experiências particulares de alguns supervisionandos, mas como fenômenos constituintes da própria experiência do processo de supervisão, que permeia a interação de alunos e supervisores em qualquer área da psicologia. Este fenômeno também pôde ser observado, como os resultados obtidos sugerem, no processo de supervisão disponibilizado pelo SPHB aos seus aprimorandos.

7. Conclusões

O presente trabalho teve como objetivo caracterizar a população atendida e o processo de supervisão disponibilizado pelo SPHB.

No que tange as características sócio-demográficas e clínicas da população atendida pelo SPHB observou-se que o perfil dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007 foi constituído de: 1- entre as crianças e adolescentes: sexo feminino, com idade de 11 a 18 anos, estudantes com escolaridade ensino fundamental incompleto, encaminhados pela especialidade médica otorrinolaringologia, que receberam como tratamento a modalidade terapêutica avaliação psicológica, tendo como encaminhamento a liberação da psicologia para receber o procedimento médico e apresentando a queixa de ansiedade/depressão; 2- entre os adultos: sexo feminino, com idade entre 30 a 39 anos, casada, com escolaridade de ensino fundamental incompleto, profissão da categoria “trabalhos diversos”, encaminhada pela especialidade médica urologia, para ser avaliada pela psicologia a fim de realizar procedimentos médicos contraceptivos (planejamento familiar).

Quanto ao perfil da clientela que foi atendida e registrada pelos psicólogos do SPHB durante um mês de atividades institucionais tem-se que: 1- entre as crianças e adolescentes: sexo masculino, cor branca, com idade entre 6 a 10 anos, cursando ensino fundamental incompleto, da religião católica, encaminhados pela endocrinologia, que recebeu como tratamento psicológico a orientação específica para a queixa de dificuldades em manejar o problema de saúde; 2- entre os adultos, o perfil foi composto de: mulheres, com idade entre 40 a 49 anos, casadas, com escolaridade de ensino fundamental incompleto, tendo como ocupação trabalhos de serviços diversos, de cor branca, religião católica, encaminhadas por médicos da especialidade cirurgia bariátrica, que receberam como tratamento psicológico a modalidade grupo psicoeducacional, apresentando como queixa dificuldades em manejar as implicações de possuir problemas de saúde e que tiveram a oportunidade de retorno com a psicologia na próxima consulta médica.

Os supervisores e aprimorandos do SPHB, em sua maioria, são mulheres, sendo os supervisores mais velhos que os supervisionandos. Os dados obtidos a partir dos inventários de atividades de supervisão permitiram considerar que a avaliação do processo de supervisão disponibilizado por este serviço é positiva para ambos os grupos participantes (supervisores e aprimorandos), sendo que os supervisores apresentaram uma avaliação mais positiva de suas funções quando comparada a avaliação feita pelos aprimorandos.

É importante destacar também que o presente estudo produziu dados interessantes para esta instituição, que podem sinalizar e favorecer a ocorrência de mudanças em seu funcionamento, dentre eles destaca-se:

1- A necessidade de programar um modo mais sistematizado, organizado e padronizado de registrar os atendimentos realizados pelos psicólogos deste serviço, pois em um mês de registro de seu funcionamento 1550 atendimentos foram computados, sendo que nos arquivos armazenados da instituição em um ano de atendimento (2007), apenas 843 registros foram encontrados. É importante destacar também que muitos dados estão incompletos e/ou ausentes. Sugere-se, se possível a instalação de um sistema informatizado de registro destes dados, a fim de facilitar e favorecer o hábito dos psicólogos registrarem os atendimentos efetivados no cotidiano do funcionamento do SPHB. É importante também propiciar mecanismos de mudança de comportamento entre os psicólogos, objetivando instalar o repertório de registrar rotineiramente as assistências realizadas. Destaca-se que, com a criação deste banco de dados e da sistematização destes registros, há maior probabilidade de aumentar consideravelmente a possibilidade e viabilidade da realização de pesquisas.

2- A importância de construir um espaço de diálogo permanente entre supervisores e aprimorandos, com o intuito de superar algumas divergências de opiniões acerca do processo de supervisão, para que ambos fiquem satisfeitos com esta situação de ensino-aprendizagem. Este espaço pode ser instituído, por exemplo, como pauta constante da reunião do SPHB (realizada semanalmente), a fim de atualizar as dificuldades encontradas e verificar como estas estão sendo solucionadas.

3- Favorecer um envolvimento maior dos supervisores com a realização de pesquisas, pois muitos relataram não ter experiência nesta área. Esta condição inviabiliza, de certa forma, a concretização dos três objetivos principais do serviço-escola: ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade. A realização de pesquisa/estudos científicos é uma maneira de divulgar o trabalho realizado, facilitar a reprodução do que é concretizado no serviço por outros profissionais e consolidar a Psicologia da Saúde como campo de atuação e especialização da profissão de psicólogo.

4- Sugere-se também que o SPHB invista e tente viabilizar mais projetos e programas de cunho preventivo, ampliando seu campo de atuação junto à comunidade, em locais, tais como escolas, creches, igrejas, a fim de divulgar a assistência disponibilizada e, concomitante, promover hábitos de vida mais saudáveis a população. Ressalta-se que o SPHB vem ao longo de seu desenvolvimento implementando estas ações preventivas em sua região de atuação, tais como, o projeto de prevenção de abuso do álcool em escolas, o projeto Acolher, etc. Porém,

enquanto instituição modelo de formação de psicólogos da Saúde no Brasil estas ações preventivas poderiam aumentar em quantidade e visibilidade, a fim de experimentar e instituir intervenções/procedimentos de como promover saúde e prevenir problemas de saúde na comunidade. Algumas sugestões de programas preventivos: disseminar e implementar os grupos de sala de espera e psicoeducacionais realizados no contexto do Hospital de Base e adjacências para toda a rede de assistência à saúde do município de São José do Rio Preto; realizar palestras mensais em escolas, creches e centros de assistência social sobre temas de interesse da população; tentar parcerias com os Programas de Saúde da Família do município para compartilhar informações e intervenções empregadas.

5- Uma parceria interessante que poderia colaborar para a formação continuada dos psicólogos da saúde disponibilizada pelo SPHB é o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde. Este se refere à proposta do Ministério da Saúde (por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), do Ministério da Educação (por intermédio da Secretaria de Educação Superior (SESu)) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de incentivar, favorecer e estruturar uma transformação no processo de formação, construção de conhecimento e prestação de serviços à população na área da saúde, com foco na promoção da saúde. O Pró-Saúde visa formar e preparar profissionais para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a atenção básica, desde o início da formação destes estudantes, inserindo-os no cenário real do contexto da saúde pública brasileira e habilitando-os a operar dentro destes espaços com base na universalidade de direitos, humanização do atendimento e coerência com as reais necessidades da comunidade. Este programa é a tentativa de reforçar a articulação entre as instituições formadoras e o serviço, corrigindo o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Além disso, o Pró-Saúde prioriza os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde e se propõe a formar novos perfis profissionais e favorecer o comprometimento das instituições de ensino com o cumprimento de diretrizes curriculares que contemplem as demandas dos perfis epidemiológico e demográfico de cada região do país (Ministério da Saúde & Ministério da Educação, 2007).

Deste modo, a integração do SPHB com o Pró-Saúde poderia validar e consolidar o PAP como exemplo de formação de profissionais para atuar de modo adequado e coerente ao Sistema Único de Saúde, que é a maior e mais significativa ilustração do contexto da saúde brasileira. Além de integrar e atualizar a equipe de profissionais formadores do SPHB com as tendências e conhecimentos recentes sobre a saúde pública nacional.

6- O SPHB apresenta-se como um centro de atendimento psicológico de grande porte, que atende uma demanda significativa de clientes e que busca constantemente aperfeiçoar as modalidades terapêuticas, a fim de assistir de modo mais satisfatório sua demanda. Sendo assim, várias modalidades terapêuticas são oferecidas e há um trabalho conjunto e multidisciplinar com as equipes de saúde, condição que favorece e enriquece o tratamento disponibilizado aos pacientes que apresentam ou apresentaram problemas de saúde.

7- Além disso, como centro formador de psicólogos na área da saúde favorece o ensino e a prática desta especialidade da psicologia de modo singular e de qualidade dentro do contexto das unidades de formação continuada no Brasil.

8. Considerações finais

De posse do conhecimento sobre tal caracterização da população atendida e do processo de supervisão do SPHB, explicitada nessa dissertação, este serviço pode aprimorar suas modalidades de atendimento, adequá-las melhor à demanda, se inteirar de seu modo próprio de funcionamento e divulgar para a comunidade científica o trabalho, ensino e pesquisa que desenvolve, atraindo mais estudantes, interessados e financiadores e registrando suas contribuições para o campo da Psicologia da Saúde.

Os dados descritos permitem dizer que o SPHB é um centro de atendimento psicológico de grande porte e importância que oferece assistência e formação especializada em Psicologia da Saúde de modo singular e com qualidade no Brasil. Integrado a um hospital-escola de alta complexidade e abrangência nacional tem acesso e oportunidade de estudar, propor alternativas de tratamento e intervir junto a inúmeros, diversificados e complexos problemas relacionados à área de cuidados com a saúde. A necessidade e importância da atuação de um psicólogo da saúde ficam evidentes neste contexto, pois o psicólogo é o profissional qualificado para lidar e orientar os pacientes a manejar os problemas de ordem psicológica que são decorrentes da condição de possuir problemas de saúde.

O SPHB, como centro formador da especialidade Psicologia da Saúde, colabora na formação continuada dos psicólogos e demonstra a viabilidade de uma atuação da psicologia que extrapola o modelo clássico da psicoterapia, apresentando um leque de modalidades de atendimento psicológico possíveis e adequadas às reais necessidades da clientela.

Considerando-se que pesquisas como esta são relevantes para elucidar aspectos referentes ao aperfeiçoamento do atendimento psicológico oferecido e a adequação destes às reais necessidades de sua clientela, ressalta-se que a realização de novas investigações, de natureza similar, podem corroborar, complementar e ampliar os dados obtidos neste estudo. Pesquisas com objetivos similares ao presente trabalho, são bem vindas por favorecerem o desenvolvimento de uma cultura de formação interinstitucional partilhada e fundamentadora de um projeto de formação sólido, coerente e ajustado às reais necessidades regionais e às dos diferentes agentes implicados tal como preconizado pelas diretrizes curriculares.

9. Referências²

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Aguirre, A.M.B.; Herzeberg, E.; Pinto, E.; Becker, E.; Carmo, H.M.S. & Santiago, M.D.E. (2000). A formação da atitude clínica no estagiário de psicologia, *Psicologia USP*, 11(1),
- Ancona-Lopez, M. (1983). Características da clientela de clínicas-escola de psicologia em São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 35(1), 78-92.
- Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (2009). *Boletim especial*.
- Atkison, R.L.; Atkison, R.C.; Smith, E.E.; Bem, D.J.; Nolen-Holksense, C. & Smith. C.D. (2002). *Introdução à Psicologia de Hilgard*. Porto Alegre: Artmed, 13ª ed.
- Barbosa, J.I.C. & Silveiras, E.F.M. (1994). Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 50-56.
- Barbosa, J.G.; Luiz, A.M.A.G.; Domingos, N.A.M. & Fernandes, L.F.B. (2008). Grupo de sala de espera em ambulatório de ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (2), 56-71.
- Barros, T.M. (2002). Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral. *Aletheia*, 15, Canoas, 77-83.
- Barros, L. & Santos, M.C. (1999). Significações parentais e adesão em psicologia pediátrica. *Análise Psicológica*, 3(XVII), 471-481.
- Basaglia, A.E. (2005). Perfil dos usuários do Serviço de Psicologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). In: *Resumos de Comunicações Científicas, I Congresso Latino-americano da Psicologia*, São Paulo: União Latino-americana de Entidades de Psicologia.
- Beckert, M. (2002). Relação supervisor-supervisionando e a formação do terapeuta: contribuições da psicoterapia analítico funcional (FAP). In: Guilhardi, H. J.. (Org.). *Sobre*

² De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento. Santo André: ESETec Editores Associados.

- Belar, C.D. (2000). Psychological interventions and health: critical connections. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 11-17.
- Belar, C.D. (2008). Supervisory issues in clinical health psychology. In: Belar, C.D.; Falander, C.A. & Shafranske, E.P. (Ed.). *Casebook for clinical supervision: a competency-based approach* (pp. 197-209). Washington, D.C., U.S.: American Psychological Association.
- Belar, C.D. & Deardorff, W.W. (2009). Becoming a clinical health psychologist. In: Belar, C.D. & Deardorff, W.W. *Clinical health psychology in medical settings: a practitioner's guidebook* (pp. 17-45). Washington, D.C., U.S.: American Psychological Association, xiii, 316 pp.
- Bennett, N.M. & Shea, S. (1988). Hypertensive Emergency: case criteria, sociodemographic profile, and previous care of 100 cases. *American Journal of Public Health*, 78 (6), 636-640.
- Bernandes-da-Rosa, L.T.; Garcia, R.M.; Domingos, N.A.M. & Silveiras, E.F.M. (2000). Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. *Revista Estudos de Psicologia*, 17 (3), Campinas, 5-14.
- Campezatto, P.V.M & Nunes, M.L.T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Campos, L.F.L. (1995). Investigando a formação e atuação do supervisor de estágio em Psicologia Clínica. *Estudos de Psicologia*, 12(3), 7-29.
- Campos, L.F.L. (1999). Avaliação do estilo, personalidade e foco na atuação do supervisor de estágios clínicos. *Estudos de Psicologia*, 16(1), 45-61.
- Carvalho, M.J.C. & Telles, S.R.A.(2001). Considerações sobre queixas de pacientes em triagem de clínica-escola. *Psikhê*, 6 (1), 9-18.

- Castro, E.K. & Piccinini, C.A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15(3), 625-635.
- Castro, E.K. & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crônicos: aspectos teóricos. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 81-86.
- Cavalini, S.F.S.; Telles, S.R.A.; Aribi, N.V.; Wanderley, K.S. & Cardoso, R. (2002). A procura de atendimento psicológico para crianças de 3 a 5 anos em clínica escola. *Psikhê – Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário da FMU*, 7 (2), 27-32.
- Cigognini, M.A. & Furlanetto, L.M. (2006). Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 97-103.
- Conselho Federal de Psicologia (2004). Pesquisa do IBOPE retrata psicólogos brasileiros. *Jornal do Conselho Federal de Psicologia*, 79, 3.
- Conselho Nacional de Educação (2004). Notícia: Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 205-208.
- Dios, V.C. & Silveiras, E.F.M. (1993). Conhecer para que se possa atuar – caracterização da clientela infantil de um hospital-escola de São Paulo. In: *Reunião Anual de Psicologia*, 23, Resumo de Comunicações científicas, Ribeirão Preto, Sociedade Brasileira de Psicologia, p. 170.
- Domingos, N.A.M. & Witter, G.P. (2006). Preparo para cirurgia: teste de programas para redução de ansiedade de crianças e mães. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 27-45). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Domingos, N.A.M. & Lipp, M.E.N. (2006). Stress em pacientes candidatos a transplante de fígado. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 297-313). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Falander, C.A., Comish, J.A., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N.J., Levanthal, G., Shafranske, E., Sgmon, S.T., Stoltenberg, C. & Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: a consensus statement. *Journal Clinical Psychology*, 60(7), 771-785.

- Feliciano, A.B. & Moraes, S.A. (1999). Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma Unidade Básica de Saúde em São Carlos – SP. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 7 (3),41-47.
- Ferreira, M.C.T. & Marturano, E.M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: reflexão e crítica*, 15 (1), 35-44.
- Figueiredo, A. C; Fernandes, S. C.; Martins, C. C. & Ramalho, V. L. (2007). Supervisão: estilos, satisfação e sintomas depressivos em estagiários de psicologia. *Psico-USF*, 12 (2), 239-248.
- Fundação do Desenvolvimento Administrativo. (2008). *Manual de Orientação: Programa de Aprimoramento Profissional, PAP*. São Paulo: FUNDAP.
- Furtado, B.M.A.S.M.; Araújo Jr., J.L.C. & Cavalcanti, P. (2004). O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7 (3), 279-289.
- Gatti, A.L. & Jonas, A.L. (2007). Caracterização do atendimento psicoterápico a adultos em clínica-escola no ano de 2005. *Integração*, XIII(48), 89-93.
- Gorayeb, R. (2001). A Prática da Psicologia Hospitalar. In Marinho, M.L. & Caballo, V.E. (org.). *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 263-278). Londrina: UEL.
- Graminha, S.S.V. & Martins, M.A.O. (1994). Procura de atendimento psicológico para crianças: características da problemática relatada pelos pais. *Psico*, 25(2), 53-79.
- Greben, S.E. (1991). Interpersonal aspects of the supervision of individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, XLV (3), 306-316.
- Gomes, M.G.J.P.B. (2008). *Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por um Serviço de interconsulta de Terapia Ocupacional de um Hospital Geral Universitário*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP.
- Gross, S.M. (2006). The student perspective of Psychology Practica Training. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(3), 264-266.

- Guimarães, S.S. (2002). O estudante na enfermagem estágio: pesquisa ou assistência? In: Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P., & Scoz, M. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: Vol. 9. Contribuições para a construção da teoria do comportamento*. Santo André: Esetec, Cap. 36 (pp. 367-372).
- Gusman, D.Y.P. & Amaral, V.L.A.R. (2006). Adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus Tipo I sob a perspectiva da análise do comportamento: pesquisa e prática. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 163-187). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Hepworth, J. (2006). The emergence of critical health psychology: can it contribute to promoting public health? *Journal of Health Psychology*, 11(3), 331-341.
- Herzberg, E. (2006). PsicoUsp – Programa de Gerenciamento de clínica-escola: aplicações para supervisores e para a pesquisa. In: In: Silveiras, E.F.M. (org.) *Atendimento psicológico em Clínicas – escola*, (pp. 43-58). Campinas: Editora Alínea.
- Hough, R.I.; Hazen, A.I.; Soriano, F.I.; Wood, P.; McCabe, K. & Yeh, M. (2002). Mental health services for latin adolescents with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 53 (12), 1556-1562.
- Jacobs, P.C. & Matos, E.P. (2005). Estudo exploratório dos atendimentos em unidade de emergência de Salvador – Bahia. *Revista Associada de Medicina Brasileira*, 51 (6), 348-353.
- Jorge, L. (2006). Aspectos da Contemporaneidade na Relação Supervisor/Estagiário/Cliente. In: Ramos, C., Silva, G.G. & Souza, S. (orgs.). *Práticas Psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escola* (pp.146-154). São Paulo: Vetor.
- Kilminster, S.M. & Folly, B.C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*, 34, 827-840.
- Linhares, C.R.C., Coelho, V.L.D., Guimarães, R.M., Campos, A.P.M. & Carvalho, N.T. (2003). Perfil da clientela de um Ambulatório de Geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 319-326.
- Löhr, S.S. & Silveiras, E.F.M. (2006). Clínica – Escola: Integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: Silveiras, E.F.M. (org.) *Atendimento psicológico em Clínicas – escola*, (pp. 11-22). Campinas: Editora Alínea.

- Lora, A., Bezzi, R. & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in Mental Health Services in Lombardy (Italy). *Community Mental Health Journal*, 43(4), 341-359.
- Louzada, R.C.R. (2003). Caracterização da clientela atendida no Núcleo de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 451-457.
- Luiz, A.M.A.G. & Gorayeb, R. (2006). Aspectos emocionais, comportamentais e sociais da obesidade infantil. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 111-138). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Lunetta, A.C.F. & Luís, M.A.V. (2008). Álcool, drogas e comportamento entre pacientes ambulatoriais com hepatite C em Hospital Universitário. *Revista de Enfermagem*, 16 (4), 538-44.
- Marks, D.F., Brücher-Albers, C., Donker, F.J.S., Jepsen, Z., Rodriguez-Marin, J., Sidot, J. & Backman, B.W. (1998). Health Psychology 2000: The Development of Professional Psychology: European Federation of Professional Psychologists' Associations (EFPPA) Task Force on Health Psychology Final Report. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 149-160.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 449-462.
- Melo, S.A. & Perfeito, H.C.C.S. (2006). Características da população atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 23(3), 239-249.
- Micheletto, M.R.D., Fett-Conte, A.C. & Amaral, V.L.A.R. (2006). Psicologia da Saúde e aconselhamento genético em síndrome de Down: adesão à estimulação precoce. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 83-109). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Ministério da Saúde & Ministério da Educação (2007). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde (2010). Recuperado em 24 de julho de 2010 de http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835.
- Mito, T.I.H. (2006). Centro de Formação em Psicologia Clínica: multiplicidade de tarefas, tendências e perspectivas. In: Ramos, C., Silva, G.G. & Souza, S. (orgs.). *Práticas Psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escola* (pp.157-164). São Paulo: Vetor.
- Miyazaki, M.C.O.S. & Amaral, V.L.A.R. (1998). Instituições de saúde. In: Rangé, B.P. *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp. 235-243). Campinas: Editorial Psy.
- Miyazaki, M.C.O.S. & Silvaes, E.F.M. (2001). Psicologia da Saúde em hospital escola: extensão de serviços à comunidade acadêmica. In Marinho, M.L. & Caballo, V.E. (org.). *Psicologia clínica e da saúde* (pp. 335-353). Londrina: UEL.
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., Valerio, N.I., Santos, A.R. R. & Rosa, L.T.B. (2002). Psicologia da Saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13 (1), pp.29-53.
- Miyazaki, M.C.O.S., Amaral, V.L.A.R., Grecca, K.R.R. & Salomão Jr., J.B. (2006). Asma e depressão em crianças e adolescentes. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 47-56). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., Valério, N.I., Ravagnani, L.M.B. & Grecca, K.R.R. (2006). 25 anos do Serviço de Psicologia do Hospital de Base. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 13-26). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Molina, R.C.M., Marcon, S.S., Uchimura, T.T. & Lopes, E.P.(2008). Caracterização das internações em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital-escola da região sul do Brasil. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7 (1), 112-120.
- Murray, M. (2000). Reconstructing Health Psychology: An Introduction. *Journal of Health Psychology*, 5(3), pp.267-271.
- Murray, M. & Poland, B. (2006). Health Psychology and Social Action. *Journal of Health Psychology*, 11(3), pp.379-384.

- Neves, E.M.L. & Amaral, V.L.A.R. (2006). Estratégias de enfrentamento em portadores de hemofilia. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 189-216). São José do Rio Preto: THS/Arantes.
- Nigan, T., Cameron, P.M. & Leverette, J.S. (1997). Impasses in the Supervisory Process: a resident's perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 51, 252-272.
- Nyunt, M.S.Z.; Chiam, P.C.; Kua, E.H. & Ng, T.P. (2009). Determinants of mental health service use in the national mental health survey of elderly in Singapore. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(2), 1-9.
- O Estado de São Paulo (jornal) (2010). Recuperado em 25 de julho de 2010 de <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,ibge-expectativa-de-vida-no-brasil-chega-aos-728-anos,474856,0.htm>.
- Oliveira-Monteiro, N.R. & Nunes, M.L.T. (2008). Supervisor de psicologia clínica: um professor idealizado? *Psico-USF*, 13 (2), 287-296.
- Pedromônico, M.R.M. (2006). O Atendimento psicológico a crianças de risco e a formação em Psicologia Pediátrica. In: Silves, E.F.M. (org.). *Atendimento psicológico em Clínicas-escola*, Campinas: Editora Alínea, Cap. 7, pp. 109-125.
- Peres, R.S., Santos, M.A. & Coelho, H.M.B. (2004). Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 47-54.
- Perfeito, H.C.C.S. & Melo, S.A. (2004). Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Revista Estudos de Psicologia*, 21(1), 33-42.
- Pessotti, I. (1988). Notas para uma história da Psicologia brasileira. In: *Quem é o psicólogo brasileiro*. Conselho Federal de Psicologia (Org.). São Paulo: Edicon.
- Picciafuoco, P.R.F. (2009). O supervisor do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP): quem é esse formador? Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Piccinini, C.A.; Castro, E.K.; Alvarenga, P.; Vargas, S. & Oliveira, V.Z. (2003). A doença crônica na infância e as práticas educativas maternas. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 75-83.

- Roberts, M.C., Mitchell, M.C. & McNeal, R. (2003). The Evolving Field of Pediatric Psychology: Critical Issues and Future Challenges. In: Roberts, M.C. (Ed.) *Handbook of Pediatric Psychology*, New York: Guilford Press, Cap. 1, pp. 03-18.
- Rocha, M.M. & Silvaes, E.F.M. (2006). Algumas novas formas de alternativas de atendimento psicológico. In: Silvaes, E.F.M. (org.) *Atendimento psicológico em Clínicas – escola*, (pp. 91-108). Campinas: Editora Alínea.
- Rocha, A.C. & Ferreira, E.A. (2006). Pacientes atendidos pelo serviço de psicologia de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 32-48.
- Romaro, R.A. & Capitão, C.G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Rudnicki, T. & Carlotto, M.S. (2007). Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10 (1), 97-110.
- Salinas, P. & Gorayeb, R. (2002). Caracterização funcional de uma clínica-escola de psicologia médica. *Aletheia*, 16, Canoas, 83-95.
- Salvador-Carulla, L.; Tibaldi, G.; Johnson, S.; Scala, E.; Romero, C. & Munizza, C. (2005). Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain: An investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatric Epidemiol*, 40, 149-159.
- Sancha, C.C.M. (2008). A trajetória dos egressos do Programa de Aprimoramento Profissional: quem e onde estão os enfermeiros, fisioterapeutas e psicólogos dos anos de 1997 e 2002. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Santos, S.V. (1998). A família da criança com doença crônica: abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*, 1(XVI), 65-75.
- Santos, A.R.R. & Miyazaki, M.C.O. (1999). Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia comportamental-cognitiva*, 1(1), 41-48.
- Santos, A. R. R. (2004). Grupos de sala de espera em instituições de saúde. *Revista Médica Virtual*. Recuperado em 06 de novembro de 2009 de <http://www.medpress.med.br>.

- Santos, L. (2001). Auto-avaliação regulada: como, porque, o quê e como? *Despacho normativo, Diário da República*, 30, Lisboa, Portugal. Recuperado em 25 de julho de 2010 de <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/msantos/textos/DEBfinal.pdf>
- Santos, W.P. & Alonso, M.Z. (2004). Caracterização da demanda infantil de um serviço de psicologia. *Revista Ministério da Saúde Pública*, 3(5), 35-42.
- Schoen-Ferreira, T.H., Silva, D.A., Farias, M.A. & Silvaes, E.F.M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 73-82.
- Scortegagna, P. & Levandowski, D.C. (2004). Análise dos Encaminhamentos de criança com queixa escolar da rede municipal de ensino de Caxias do Sul. *Interações*, IX(18), 127-152.
- Scott, K.J.; Ingram, K.M.; Vitanza, S.A. & Smith, N.G. (2000). Training in Supervision: a survey of current practices. *The Counseling Psychologist*, 28 (3), 403-422.
- Scremin, S.M., Ávila, R.C. & Branco, C.J. (2009). Alcance e limites do Serviço de Psicologia do Hospital de Pronto Socorro de Canoas – Deputado Nelson Marchezan, *Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 12 (1), 57-69.
- Silva, V.P.M., Silva, A.K., Heinisch, R.H. & Heinisch, L.M.M. (2007). Caracterização do perfil da demanda da emergência de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 36 (4), 18-27.
- Silvaes, E.F.M. (1998). *Serviços-escola: novas formas de atendimento psicológico*. Tese (Livre Docência). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silvaes, E.F.M. (2000). Invertendo o caminho tradicional de atendimento psicológico em uma clínica-escola brasileira. *Estudos de Psicologia (RN)*, 5(1), 149-180.
- Silvaes, E.F.M. & Pereira, R.P. (2005). O Papel do Supervisor de Pesquisas de Clínica-escola. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 57-67.
- Silvaes, E.F.M. (2009). Clínicas-escola de psicologia: estudos, inovações e limitações: Colóquio sobre Serviço-Escola em geral, e no tocante à adequação as DCN, em particular. In *Resumos científicos VII Encontro da ABEP*. São Paulo: Associação Brasileira de Ensino em Psicologia.

- Silver, E.J.; Westbrook, L.E. & Stein, R.E.K. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences on chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(5), 5-15.
- Souza, C.L. & Silveiras, E.F.M. (2006). Grupos informativos sobre menopausa. Trabalhando com grupos de mulheres na clínica-escola. In: Silveiras, E.F.M. (org.) *Atendimento psicológico em Clínicas- escola*, (pp. 203-228). Campinas: Editora Alínea.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Straub, R.O. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Tucci, A.M., Kerr-Corrêa, F. & Dalben, I. (2001). Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2), 79-87.
- Ulian, A.L.A.O. (2002). Reflexões sobre uma experiência relativa à formação de dois terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4 (2), 91-104.
- Vicente, B.; Kohn, R.; Saldivia, S.; Rioseco, P. & Torres, S. (2005). Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 18(4/5), 263-270.
- Watkins, C. E. (1994). The supervision of psychotherapy supervisor trainees. *American Journal of Psychotherapy*, 48 (3), 417-431.
- Watkins, C. E. (1995). Psychotherapy Supervision in the 1990s: some observations and reflections. *American Journal of Psychotherapy*, 49 (4), 568-579.
- Whitman, S.M. (2001). Teaching residents to use supervision effectively. *Academic Psychiatry*, 25 (3), 143-147.
- Witter, G.P. (2006). Supervisor-Estagiário-Cliente: destinatários de nossas intervenções. In: Ramos, C., Silva, G.G. & Souza, S. (orgs.). *Práticas Psicológicas em instituições: uma reflexão sobre os serviços-escola* (pp.200-206). São Paulo: Vetor.

Witter, G.P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 25 (4), 577-584.

Wottrich, S.H.; Souza, A.L.; Seelig, C.; Viguera, E.S.R. & Ruschel, P.P. (2007). Formação em serviço: um relato de experiência da inserção da psicologia no Programa de Residência Integrada em Saúde no Instituto de Cardiologia do RS. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10 (1), 111-125.

Yehia, G.Y. (1994). Caracterização da clientela que procura o serviço de identificação de superdotados numa clínica psicológica, *Estudos de Psicologia*, 11(3), 3-9.

Apêndice A

Ficha de registro dos pacientes atendidos:

Contratado ()

Aprimorando ()

Data: ____/____/____

Número de Paciente: _____

Especialidade médica em que o(s) paciente(s) está(ão) em tratamento: _____

Quem encaminhou?: _____

Prontuário n°: _____ Prontuário n°: _____

Prontuário n°: _____ Prontuário n°: _____

Prontuário n°: _____ Prontuário n°: _____

Prontuário n°: _____ Prontuário n°: _____

Prontuário n°: _____ Prontuário n°: _____

Prontuário n°: _____ Prontuário n°: _____

Modalidade de atendimento psicológico realizada pelo psicólogo com o(s) paciente(s):

() Psicoterapia individual

() Grupo psicoeducacional

() Grupo de sala de espera

() Orientação específica

() Suporte psicológico

() Intervenção em crise

() Avaliação

() Grupo psicoterapêutico

() Outra modalidade terapêutica. Por favor, especifique: _____

Queixa(s) relatada(s) pelo(s) paciente(s): _____

Encaminhamento dado ao caso: _____

Definições das modalidades de atendimento psicológico apresentadas na Ficha de registro dos pacientes atendidos:

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL:

É o tratamento de transtornos psicológicos por métodos psicológicos (em vez de físicos ou biológicos). O termo abrange uma variedade de técnicas, todas as quais destinadas a ajudar pessoas emocionalmente perturbadas a modificarem seu comportamento, seus pensamentos e suas emoções, para que possam desenvolver melhores maneiras de lidar com estresse e com outras pessoas.

Atkison, R.L.; Atkison, R.C.; Smith, E.E.; Bem, D.J.; Nolen-Holksense, C. & Smith, C.D. (2002). *Introdução à Psicologia de Hilgard*. Porto Alegre: Artmed, 13ª ed.

GRUPO PSICOEDUCACIONAL:

- Grupos de pacientes com queixas em comum, realizados periodicamente, que visam favorecer o processo de adesão ao tratamento, aproximando ao máximo os comportamentos dos pacientes com as orientações médicas
- Modelar comportamentos que são necessários como habilidades específicas no manejo da doença.

- Dar informações sobre fatores de risco, desenvolvimento e manutenção da doença.

Barbosa, J.G.; Luiz, A.M.A.G.; Domingos, N.A.M. & Fernandes, L.F.B. (2008). Grupo de sala de espera em ambulatório de ansiedade. (Artigo no prelo).

Santos, A. R. R. (2004). Grupos de sala de espera em instituições de saúde. *Revista Médica Virtual*. Disponível em: <http://www.medpress.med.br>. Acesso em: 06 nov. 2005.

Santos, A.R.R. & Miyazaki, M.C.O.S. (1999). Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.

Valério, N. I.; Mazzi, É. A. (1997). Um procedimento de atuação psicológica em aconselhamento genético. *Universitas: Ciências Humanas e da Saúde*, 7, 39-43.

Ex: cirurgia bariátrica, psiquiatria.

GRUPO DE SALA DE ESPERA:

- São intervenções de caráter informativo, com enfoque psicoeducativo, visando potencializar um espaço de interação já existente na instituição com vistas à promoção de saúde.
- Reuniões em grupo de pacientes, que muitas vezes estão acompanhados por seus familiares, à espera da consulta médica. Estes pacientes e seus familiares ou acompanhantes estão reunidos e selecionados por especialidades e com finalidades definidas.

Barbosa, Luiz, Domingos & Fernandes, 2008; Santos, 2004; Santos & Miyazaki, 1999; Valério & Mazzi, 1997.

ORIENTAÇÃO ESPECÍFICA:

- Orientações realizadas pelo psicólogo aos pacientes a fim de fornecer informações e esclarecer dúvidas sobre condições específicas relativas ao contexto de sua história. “Auxiliam pacientes e familiares a se adaptarem com mais rapidez às exigências trazidas por uma situação de vida adversa. Podem diminuir sofrimento e os esforços inúteis, propiciar melhor uso dos recursos terapêuticos e, conseqüentemente, reduzir os custos com a saúde”.

Micheletto, M.R.D., Fett-Conte, A.C. & Amaral, V.L.A.R. (2006). Psicologia da Saúde e aconselhamento genético em síndrome de Down: adesão à estimulação precoce. In: Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M. & Valerio, N.I. (orgs.) *Psicologia da Saúde: pesquisa e prática* (pp. 83-109). São José do Rio Preto: THS/Arantes.

Ex.: realização de exames, etc.

SUPORTE PSICOLÓGICO OU PSICOTERAPIA DE APOIO:

- São intervenções psicológicas, com o objetivo de ensinar e elaborar estratégias de enfrentamento adequadas para melhorar o manejo de um problema ou condição desfavorável na vida do paciente. Pretende ser uma terapia pragmática voltada para a queixa do paciente.
Ex: grandes períodos de hospitalização, pacientes com doença crônicas, etc.

INTERVENÇÃO EM CRISE:

- Orientações e apoio emocional dadas pelo psicólogo aos pacientes que estão enfrentado situações altamente estressantes. Oferece auxílio imediato para indivíduos e familiares que estão passando por estresse intenso. Durante períodos de profunda perturbação emocional, as pessoas se sentem sobrecarregadas e incapazes de lidar com a situação.
- Ex.: óbito de familiar, receber notícia da necessidade de realizar uma cirurgia, resultado de um diagnóstico médico desfavorável.
Atkison, R.L.; Atkison, R.C.; Smith, E.E.; Bem, D.J.; Nolen-Holksense, C. & Smith. C.D. (2002). *Introdução à Psicologia de Hilgard*. Porto Alegre: Artmed, 13ª ed.

AVALIAÇÃO:

- A avaliação psicológica é um procedimento que visa avaliar - no sentido de analisar, compreender, esclarecer - a dinâmica dos processos psicológicos representativos de um indivíduo.
- Ex: psicodiagnóstico, avaliação psicológica para transplante, etc.

GRUPO PSICOTERAPÊUTICO:

- Grupos coordenados pelo psicólogo, de curta duração e com uma agenda clara de passos a serem dados. Essa agenda pode incluir, além de informações relativas ao tipo de crise pela qual o grupo está passando, oportunidade de discussão e aprendizagem de técnicas de enfrentamento. Voltado para pacientes que apresentam problemas similares, que tem como objetivo modificar os comportamentos problema e atingir bem-estar psicológico.
Ex.: grupo de depressão, grupo de habilidades sociais, etc.
Souza, C.L. & Silves, E.F.M. (2006). Grupos informativos sobre menopausa. *Trabalhando com grupos de mulheres na clínica-escola*. In: Silves, E.F.M. (org.) *Atendimento psicológico em Clínicas-escola*, (pp. 203-228). Campinas: Editora Alínea.

Anexo A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para o projeto**

(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)

Projeto: “Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP”

O projeto tem como objetivo caracterizar a população atendida, o processo de supervisão e o perfil dos supervisores do serviço-escola de Psicologia da Saúde deste hospital de ensino.

A caracterização da população atendida será feita através do registro de dados relevantes dos pacientes atendidos pelos psicólogos do serviço durante o período de um mês e através da análise dos prontuários dos pacientes encaminhados para psicoterapia individual no período dos anos de 2002 a 2008. Sobre a caracterização do perfil dos supervisores e do processo de supervisão, os psicólogos estagiários e seus supervisores deste serviço-escola serão convidados a responder um inventário com dados relevantes sobre estas questões. Ambos os procedimentos só serão realizados após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido da instituição e do participante.

Em qualquer etapa do estudo, o participante terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a mestrand Luan Flavia Barufi Fernandes sob a orientação da Prof^a Edwiges F. M. Silvares, ambas podem ser encontradas no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, na av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues, nº1721, Bloco D ou através do telefone (11) 3721-1003. Se a instituição tiver alguma consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa na Av. Prof. Mello Moraes, nº 1721 Bloco G, Sala 22, São Paulo/SP.

É garantida a liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento.

O participante possui o Direito de Confidencialidade, o que significa que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Todos os participantes terão o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Deve ficar claro que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de dano pessoal causado pelos procedimentos expostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito de tratamento bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

É compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Em caso de dúvidas, a mestrand Luan Flávia Barufi Fernandes estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos sobre esta pesquisa através do telefone (17) 8119-3683 ou pelo e-mail luanflavia@usp.br .

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim descrevendo o estudo “Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia de um hospital de ensino”. Discuti com o presente responsável pelo projeto sobre a decisão desta instituição participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação, dos participantes e da instituição serão isentos de despesas e que o participante terá garantia do acesso a tratamento psicológico quando necessário. Esta instituição concorda voluntariamente em participar deste estudo e poderá retirar o consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Instituição: _____

CNPJ _____

Assinatura do coordenador (diretor): _____ Data __/__/____

Assinatura da testemunha: _____ Data __/__/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO para o projeto

(Obrigatório para Pesquisas em Seres Humanos – Resolução n.º 196/96 – CNS)

Projeto: “Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP”

Eu, _____ R.G.: _____

_____, declaro que aceito fazer parte, por livre e espontânea vontade, do estudo intitulado “Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia de um hospital de ensino”. Informo que compreendi todas as informações que me foram dadas pela pesquisadora Luan Flávia Barufi Fernandes, de acordo com o texto que segue: O projeto tem como objetivo caracterizar a população atendida, o processo de supervisão e o perfil dos supervisores do serviço-escola de Psicologia da Saúde deste hospital de ensino. Além disso, o estudo busca avaliar dados da experiência da supervisão em psicologia da saúde do ponto de vista do aluno e do profissional que recebe supervisão. O trabalho procura ampliar o conhecimento de questões de ensino e formação em psicologia da saúde.

Uma das etapas da coleta de dados é a aplicação de um questionário que você está sendo convidado a responder. Sua participação é livre e voluntária e sua identidade será mantida em sigilo. Mesmo concordando em participar, poderá desistir em qualquer momento do estudo, sem qualquer dano ou prejuízo.

Você possui o Direito de Confidencialidade, o que significa que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Você possui o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Deve ficar claro que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de dano pessoal causado pelos procedimentos expostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito de tratamento bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Entendi que poderei sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo no meu tratamento em qualquer época neste Ambulatório, e qualquer dúvida liguei para a pesquisadora Luan Flávia Barufi Fernandes no telefone (17) 8119-3683. Os resultados deste trabalho poderão me beneficiar diretamente e beneficiar outros profissionais no futuro.

Se você tiver alguma consideração sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa na Av. Prof. Mello Moraes, nº 1721 Bloco G, Sala 22, São Paulo/SP.

Confirmando, que após entender todas estas informações sobre o estudo, aceito em participar como voluntário (a), sem receber nenhuma forma de pagamento.

Sendo assim, autorizo a publicação dos resultados encontrados em revistas de psicologia, médicas, aulas e congressos, sem que meu nome venha a público.

Assinatura do participante

Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador

Data ____/____/____

- Orientação vocacional
- Observação e estimulação de bebês
- Grupos de sala de espera
- Outro(s). Qual(is)? _____

6) Para fazer a indicação terapêutica, é realizado um processo de triagem?

- Sim Não

7) Quem faz a triagem?

- Psicólogo
- Estagiário
- Outro. Quem? _____

Se você respondeu 'Não' na questão 6, pule para a questão 9.

8) Marque com um X uma ou mais alternativas indicando como é realizado o processo de triagem:

- O paciente/cliente marca um horário previamente
- O paciente/cliente é atendido imediatamente, conforme esquema de plantão da equipe
- Apenas é realizada uma entrevista de triagem para averiguar motivo da busca por atendimento
- São realizadas uma ou mais entrevistas de triagem e uma entrevista de devolução
- É um momento de acolhimento, em que não são perguntadas questões no que se refere aos seus dados pessoais, motivo de busca de atendimento...
- O paciente/cliente preenche uma ficha
- O triador preenche uma ficha a respeito do paciente/cliente
- O triador faz um relatório de seu(s) primeiro(s) contato(s) com o cliente
- São utilizadas escalas ou testes padronizados para todos os paciente/clientes atendidos. Quais?

9) É realizada algum tipo de avaliação (testagem ou escala) para considerar um tratamento concluído?

- Sim. Qual(is)? _____
- Não

10) É solicitado ao paciente/cliente atendido nesta instituição que preencha um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual consta que o material poderá ser utilizado para fins de supervisão, estudo, pesquisa e publicação?

- Sim Não

11) Este serviço-escola dispõe de recursos informatizados para o registro de seus clientes?

- Sim Não

Anexo C

Inventário 2 - Supervisão em Atendimento Psicológico - PARA O SUPERVISOR (criado pelo grupo de pesquisa serviço escola de psicologia)**Dados do Supervisor de Psicologia**

Sexo: F () M () Idade: _____ anos

Vínculo institucional? Sim() Não ()

Caracterização do local onde você tem vínculo:

Instituição de Ensino Superior pública

Instituição de Ensino Superior privada

Instituição de Saúde

Escola

Empresa

Outro

A) Qual é a sua abordagem teórica como supervisor?

() Psicanálise () Analítica (Jung) () Humanismo-existencial () Centrada na Pessoa

() Gestalt () Transpessoal () Cognitivo-comportamental

() Comportamental () Outra

B). Caso você tenha cursos em Psicologia Clínica além da graduação, assinale a(s) alternativa(s) abaixo.

() Grupo de estudo.

() Extensão: Quantas horas? ()

() Especialização: Quantas horas? ()

() Mestrado

() Doutorado.

() Pós-Doutorado.

C) Sua experiência é em:

() Psicodiagnóstico: de quanto tempo? () anos

() Psicoterapia: de quanto tempo? () anos

() Pesquisa: de quanto tempo? () anos

() Pesquisa interventiva: de quanto tempo? () anos

() Outros. Especifique: _____

D) Processo terapêutico pessoal: está em terapia?

() Sim () Não

E) Em caso positivo, por quanto tempo (em meses)? ()

F) Processo terapêutico pessoal: fez terapia?

() Sim () Não

G) Em caso positivo, há quanto tempo (em meses)? ()

Responda as questões abaixo (atividades de supervisão e formação profissional) considerando a seguinte escala:

| | | | | |
|---------|-------------------|-----------------|------------------------|----------|
| ▪ Nunca | ▪ Raramente (25%) | ▪ 50% das vezes | ▪ Frequentemente (75%) | ▪ Sempre |
|---------|-------------------|-----------------|------------------------|----------|

Marque com um X o quadrante equivalente à resposta que lhe parece mais adequada.

Atividades de Supervisão - QUESTÕES

1. Você apóia o desejo de aprender dos alunos/supervisionandos?

 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

2. Você ajusta seus conhecimentos para o nível de treinamento e experiência de seus alunos?

 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

3. Você se vê como bom modelo aos seus alunos/supervisionandos?

 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

4. Você respeita seus alunos/supervisionandos?

 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

5. Aceita os erros que os alunos/supervisionandos cometem ?

 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

6. Você se sente criticado pelos alunos/supervisionandos?

 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

6.1) Por favor, dê um exemplo:

7. Compreende seus alunos/supervisionandos?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

8. Com que frequência impõe aos seus alunos/supervisionandos suas próprias idéias ou “prescrição psicoterapêutica?”

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

9. Está disponível para esclarecer dúvidas de alunos ou para auxiliar ocorrências de crises com pacientes de seus supervisionandos?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

10. Obriga alunos/supervisionandos a concordarem com suas idéias, pensamentos e orientações didáticas e/ou de supervisão?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

11. Aborrece-se com alunos/supervisionandos por não lhe darem apoio emocional ou não apoiarem suas idéias?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

12. Dá exemplos acerca de seus próprios pacientes para ajudar a lidar com os dilemas dos seus alunos/supervisionandos?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

13. Encoraja a exploração de aspectos contratransferenciais (aspectos pessoais mobilizados pela interação com o paciente que possam interferir no processo psicoterapêutico)?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

14. Você se lembra, em aulas ou supervisões, de situações em que o tratamento de um paciente não progrediu por mais de 3-4 semanas?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

15. Com que frequência você lembra que a supervisão de um paciente não trouxe nenhuma informação nova por mais de 3 ou 4 semanas?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

16. Com que frequência você sente que ensinou algo em aula ou supervisão?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

17. Com que frequência você pede ao estagiário que formule o caso verbalmente ou por escrito?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

18. Quão livre você deixa seus alunos/supervisionandos para expressarem uma opinião diferente da sua?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

19. Com que frequência você se sentiu invadindo a vida pessoal de seus alunos/supervisionandos?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

20. Alguma vez você percebeu alunos/supervisionandos envergonhados ou humilhados pelos seus comentários?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

21. Você ajuda prontamente seus alunos/supervisionandos em seus dilemas dizendo algo do tipo “o que eu faria nesta situação é isto.....”

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

22. Com que frequência sentiu que seu papel de professor /supervisor era “só trabalho” e deixou pouco espaço para trocas mais informais?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

23. Com que frequência você teve a experiência, como professor ou supervisor, de ter uma idéia pré-estabelecida de que as coisas devem ser feitas apenas da sua maneira?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

24. Alguma vez você se achou na posição de ter que se opor claramente ao seu aluno/supervisionando?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

25. Você teve ou tem a impressão de que o seu supervisionando omitiu o que estava acontecendo na terapia (atendimento) do seu paciente?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

25.1). Se aconteceu, por que você acha que isso ocorreu?

27. Você se acha fundamentalmente crítico de seu trabalho?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

28. Você sente confiança nas suas habilidades como psicoterapeuta?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

29. O que você lembra de ter feito para resolver o impasse quando o tratamento do paciente não está progredindo ou nada novo está acontecendo na supervisão?

30. O que você lembra dos seus alunos/ supervisionandos terem feito nessas situações?

31. Por favor, dê um exemplo de uma situação de interação terapeuta-cliente na qual ocorreu um impasse de supervisão. (Por exemplo, quando o processo de supervisão emperrou, ou quando nenhum novo aprendizado ocorreu).

Formação Profissional - QUESTÕES

1. A formação geral no curso de Psicologia me forneceu subsídios adequados para entender os conceitos básicos da Psicologia.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

2. Durante o curso consegui estabelecer compreensão entre os conceitos básicos e as interligações com as diversas áreas de estudo da Psicologia.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

3. Acredito que ao término do curso de graduação tinha uma visão genérica do campo geral da Psicologia.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

4. Acredito que o curso de Psicologia me deu a formação adequada para trabalhar dentro da abordagem teórica que orienta minha atuação.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

5. Os cursos por mim realizados depois da graduação foram essenciais para minha prática clínica.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

6. Acredito que minha formação pessoal interfere positivamente, em minha atuação como supervisor.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

7. Sinto que há necessidade de integração teoria/prática em minha atuação.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

8. Acredito que a minha terapia pessoal interfere positivamente em minha atuação como supervisor.

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

Identificação da instituição de vínculo (opcional)

Inventário 3 - Supervisão em Atendimento Psicológico - PARA O ESTAGIÁRIO Psicológico (criado por Dr Tara Nigam, Universidade de Ontário- Canadá)

Dados do Estagiário de Psicologia

Sexo: F () M () Idade: () anos Semestre do curso : ()

Responda as questões abaixo considerando a seguinte escala:

| | | | | |
|---------|-------------------|-----------------|------------------------|----------|
| ▪ Nunca | ▪ Raramente (25%) | ▪ 50% das vezes | ▪ Frequentemente (75%) | ▪ Sempre |
|---------|-------------------|-----------------|------------------------|----------|

Assinale o quadrante equivalente à resposta que lhe parece mais adequada, considerando a maioria de seus supervisores.

QUESTÕES

1. Seus supervisores apóiam seu desejo de aprender?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

2. Seus supervisores ajustam seus ensinamentos para seu nível de treinamento e experiência?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

3. Você descreveria seus supervisores como bons modelos?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

4. Você se sente respeitado pelos seus supervisores?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

5. Os seus supervisores aceitam os erros que você faz?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

6. Quanto você se sente desaprovado pelos seus supervisores?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

6.1) Por favor, dê um exemplo:

7. Você se sente compreendido pelos seus supervisores?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

8. Com que frequência seus supervisores impõem a você sua própria “prescrição psicoterapêutica?”

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

9. Seus supervisores estão disponíveis quando ocorre alguma crise com seu paciente?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

10. Você se sente obrigado a concordar com as idéias e pensamentos de seus supervisores por medo de ser desvalorizado?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

11. Alguma vez você ficou irritado com seus supervisores porque eles não lhe deram apoio emocional?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

12. Os seus supervisores prontamente lhe dão exemplos de seus próprios pacientes para ajudá-lo a lidar com os dilemas dos seus pacientes?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

13. Os seus supervisores encorajam a exploração de aspectos pessoais mobilizados pela interação com o paciente que possam interferir no processo psicoterapêutico?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

14. Com que frequência você se lembra de uma situação em que o tratamento de um paciente pareceu não ter progredido por mais de 3-4 semanas?

Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre

15. Com que frequência você lembra que a supervisão de um paciente não trouxe nenhuma informação nova por mais de 3 ou 4 semanas?

- Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
16. Com que frequência você sente que aprendeu algo na supervisão?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
17. Com que frequência os supervisores pedem para que você formule o caso verbalmente ou por escrito?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
18. Quão livre você é para expressar uma opinião diferente da de seus supervisores?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
19. Com que frequência você sentiu os supervisores invadindo sua vida pessoal?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
20. Alguma vez você se sentiu envergonhado ou humilhado pelos comentários dos seus supervisores?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
21. Os seus supervisores prontamente o ajudam com seus dilemas dizendo algo do tipo “o que eu faria nesta situação é isto...?”
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
22. Com que frequência você sente que seus supervisores são “só trabalho” e deixam pouco espaço para trocas mais informais?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
23. Com que frequência você teve experiência com um supervisor que tinha uma idéia pré-estabelecida de que as coisas devem ser feitas apenas da sua maneira?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
24. Alguma vez você se achou na posição de ter que se opor claramente aos seus supervisores?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
25. Alguma vez você omitiu na supervisão o que realmente estava acontecendo na terapia (atendimento) do seu paciente?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
- 25.1). Se aconteceu, por que você não teve confiança em seus supervisores?
-
-
-

27. Você acha que supervisores são fundamentalmente críticos de seu trabalho?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
28. Você sente que seus supervisores têm confiança nas suas habilidades?
 Nunca Raramente (25%) 50% das vezes Frequentemente (75%) Sempre
29. O que você lembra de ter feito para resolver o impasse quando o tratamento do paciente não está progredindo ou nada novo está acontecendo na supervisão?
-
-
-

30. O que você lembra dos seus supervisores terem feito nessas situações?

31. Por favor, dê um exemplo de uma situação de interação terapeuta-cliente na qual ocorreu um impasse de supervisão. (Por exemplo, quando o processo de supervisão emperrou, ou quando nenhum novo aprendizado ocorreu).

Identificação da instituição de vínculo (opcional)

Anexo E

Categorias de Queixas a partir do “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos” (“Child Behavior Checklist” – CBCL):

| | |
|--|---|
| Ansiedade/Depressão | Isolamento |
| Chora muito | Poucas coisas lhe dão prazer |
| Medos | Prefere ficar sozinho |
| Medo de ir à escola | Recusa-se a falar |
| Medo de pensar ou fazer coisas más | Reservado, guarda as coisas para si mesmo(a) |
| Perfeccionismo | Isolamento social |
| Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a) | Tímido |
| Sente-se inferior | Pouco ativo(a), move-se com lentidão, tem falta de energia |
| Nervosismo | Problemas sociais |
| Sente-se culpado | Muito dependente |
| Mostra-se pouco a vontade ou facilmente envergonhado | Reclama de solidão |
| Queixas somáticas | Não se relaciona bem com outras crianças ou adolescentes |
| Tem pesadelos | Ciumento |
| Constipação | Acha que os outros o(a) perseguem |
| Tontura | Machuca-se com frequência |
| Cansaço excessivo | É alvo de muitas provocações |
| Dores | Outras crianças e adolescentes não gostam dele(a) |
| Enjôo ou vômitos | Desastrado(a) |
| Dores de estômago ou cólicas | Prefere estar com crianças/adolescentes mais jovens |
| Dor de cabeça | Problemas de atenção |
| Peso excessivo | Comporta-se de maneira muito infantil para a idade |
| Problemas de pensamento | Não termina as coisas que começou |
| Dificuldades para tirar certos pensamentos da cabeça | Trabalhos escolares fracos |
| Machuca-se de propósito ou já tentou suicídio | Dificuldade para concentrar-se |
| Escuta sons ou vozes que não existem | Inquieto(a) ou agitado(a) |
| Movimentos nervosos ou tiques | Fica confuso(a) ou perdido(a) |
| Cutuca nariz, pele ou outras partes do corpo | Muito distraído(a) |
| Mexe nas partes íntimas em público | Impulsivo(a) |
| Mexe demais nas partes íntimas | Sonha acordado(a) ou perde-se em seus pensamentos |
| Repete várias vezes as mesmas ações | Comportamento de Quebrar-regras |
| Vê coisas que não existem | Ingere bebida alcoólica sem aprovação dos pais |
| Dorme menos | Não sente culpa |
| Guarda coisas que não precisa | Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares |
| Comportamento estranho | Anda com pessoas que se metem em encrencas |

| | |
|---|---|
| Comportamento Agressivo | Mente |
| Discute muito | Prefere estar com crianças/adolescentes mais velhos |
| Estraga as próprias coisas | Foge de casa |
| Estraga patrimônio alheio | Põe fogo nas coisas |
| Desobediente em casa | Problemas sexuais |
| Desobediente na escola | Rouba em casa |
| Mete-se em brigas | Rouba fora de casa |
| Ataca fisicamente outras pessoas | Xinga ou fala palavrões |
| Grita muito | Pensa demais em sexo |
| Irritado(a) | Fuma |
| Tem mudanças repentinas de humor ou sentimentos | Mata aula |
| Fica facilmente emburrado(a) | Usa drogas |
| Desconfiado(a) | Comete atos de vandalismo |
| Provoca muito | Outros Problemas |
| Faz birra ou é esquentado(a) | |
| Barulheto(a) demais | |
| Ameaça as pessoas | |
| Manifesta crueldade | |
| Exige que prestem muita atenção nele(a) | |

Anexo F

Categorias de queixas baseada no “Inventário de auto-avaliação para adultos de 18 a 59 anos” (“Adult Self-report” – ASR):

| | |
|--|--|
| Ansiedade/Depressão | Isolamento |
| Isolado | Dificuldade de relacionamento interpessoal |
| Confuso | Dificuldade em relação ao sexo oposto |
| Choro | Prefere ficar só |
| Preocupa-se com o futuro | Poucas coisas dão prazer |
| Medo de fazer o mal | Recusa-se a falar |
| Não se sente amado | Não tem amigos |
| Sente-se perseguido | Reservado |
| Sente-se pior do que os outros | Evita relacionar-se com sexo oposto |
| Nervoso | Queixas somáticas |
| Falta de confiança | Cansaço |
| Medroso/ansioso | Dores |
| Sente-se culpado | Dores de cabeça |
| Envergonhado | Náusea |
| Pensamentos suicidas | Problemas nos olhos |
| Infeliz/ deprimido | Problemas de pele |
| Sentimento de fracasso | Dores no estomago |
| Preocupações | Vômitos |
| Preocupações com o sexo oposto | Taquicardia |
| Problemas de pensamento | Dormência |
| Pensamentos obsessivos | Problemas de sono |
| Comportamento autolesivos | Problemas de atenção |
| Machuca-se acidentalmente | Esquecido |
| Alucinação auditiva | Dificuldade de concentração |
| Tiques | Dependente |
| Prefere ficar com pessoas mais velhas | Sonha acordado |
| Compulsão | Dificuldade de planejamento |
| Alucinação visual | Não termina o que começa |
| Comportamentos estranhos | Desempenho insatisfatório no trabalho |
| Idéias estranhas | Não prioriza |
| Comportamento de quebrar-regras | Dificuldade de tomar decisões |
| Usa drogas | Falta ao trabalho |
| Estraga/destrói as próprias coisas | Falta de energia |
| Não segue regras | Desorganizado |
| Não sente culpa | Perde coisa |
| Más companhias | Não se atém a detalhes |
| Impulsividade | Atrasado |
| Mente Irresponsável | Comportamento Intrusivo |
| Rouba | Convencido |
| Bebe muito | Requer atenção |
| Problemas com a lei | Faz palhaçadas |

| | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Não paga dívidas | Fala muito |
| Dificuldade de administrar dinheiro | Provoca os outros |
| Não pára no trabalho | Barulhento |
| Comportamento Agressivo | Outros Problemas |
| Discute | |
| Culpa os outros | |
| Malvado | |
| Relacionamento familiar ruim | |
| Mete-se em brigas | |
| Humor deprimido/eufórico | |
| Ataca as pessoas fisicamente | |
| Grita muito | |
| Comportamento instável | |
| Teimoso/irritável | |
| Humor oscilante | |
| Esquentado/temperamental | |
| Ameaça machucar as pessoas | |
| Baixa tolerância a frustração | |

Categorias de Profissões de acordo com a renda – Receita Federal do Brasil
1-Estudante**2-Não tem profissão****3-Membros Superiores e Dirigentes do Poder Público**

Membro do Poder Executivo (Presidente da República, Vice-Presidente da República, Ministro de Estado, Governador, Vice-Governador, Prefeito, Vice-prefeito)

Membro do Poder Judiciário (Ministro, Juiz e Desembargador) e de Tribunal de Contas (Ministro e Conselheiro)

Membro do Poder Legislativo (Senador, Deputado Federal, Deputado Estadual e Vereador)

Membro do Ministério Público (Procurador e Promotor)

Dirigente superior da administração pública (ocupante de cargo de direção, chefia, assessoria e de natureza especial), inclusive os das fundações públicas e autarquias

Diplomata e afins

Servidor das carreiras do Poder Legislativo

Servidor das carreiras do Ministério Público

Servidor das carreiras do Poder Judiciário, Oficial de Justiça, Auxiliar, Assistente e Analista Judiciário

Advogado do setor público, Procurador da Fazenda, Consultor Jurídico, Procurador de autarquias e fundações públicas, Defensor Público

Servidor das carreiras de auditoria fiscal e de fiscalização

Servidor das carreiras do Banco Central, CVM e Susep

Delegado de Polícia e outros servidores das carreiras de polícia, exceto militar

Servidor das carreiras de gestão governamental, analista, gestor e técnico de planejamento

Servidor das carreiras de ciência e tecnologia

Servidor das demais carreiras da administração pública direta, autárquica e fundacional

Titular de Cartório

Dirigente ou administrador de partido político, organização patronal, sindical, filantrópica e religiosa

4- Gerentes

Dirigente, presidente e diretor de empresa industrial, comercial ou prestadora de serviços

Presidente e diretor de empresa pública e sociedade de economia mista

Gerente ou supervisor de empresa industrial, comercial ou prestadora de serviços

Gerente ou supervisor de empresa pública e sociedade de economia mista

Presidente, diretor, gerente e supervisor de organização não-governamental

5- Profissionais das Ciências Exatas, Físicas e da Engenharia

Matemático, estatístico, atuário e afins

Analista de sistemas, desenvolvedor de software, admin. de redes e bancos de dados e outros especialistas em informática (exceto técnicos)

Físico, químico, meteorologista, geólogo, oceanógrafo e afins

Engenheiro, arquiteto e afins

Piloto de aeronaves, comandante de embarcações e oficiais de máquinas

6- Profissionais das Ciências Biológicas, da Saúde e Afins

Biólogo, biomédico e afins

Agrônomo e afins

Profissional da educação física (exceto professor)

Médico, odontólogo e afins

Enfermeiro de nível superior, nutricionista, farmacêutico e afins

Veterinário, patologista (veterinário) e zootecnista

Fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e afins

7-Profissionais das Ciências Jurídicas Sociais e Humanas

Advogado, Sociólogo e cientista político

Antropólogo e arqueólogo

Economista, administrador, contador, auditor e afins

Profissional de marketing, publicidade e da comercialização

Psicólogo e psicanalista

Geógrafo, Historiador

Assistente social e economista doméstico, Filósofo

8-Profissionais das Letras, das Artes e da Comunicação e Religiosos

Jornalista e repórter

Sacerdote ou membro de ordens ou seitas religiosas

Tradutor, intérprete, filólogo

Bibliotecário, documentalista, arquivólogo, museólogo

Escritor, crítico, redator

Locutor, comentarista

Ator, diretor de espetáculos

Cantor e compositor

Músico, arranjador, regente de orquestra ou coral

Desenhista industrial (designer), escultor, pintor artístico e afins

Cenógrafo, decorador de interiores

Empresário e produtor de espetáculos

Outros profissionais do espetáculo e das artes

9-Profissionais do Ensino

Professor na educação infantil

Professor do ensino fundamental

Professor do ensino médio

Professor do ensino profissional

Professor do ensino superior

Instrutor e professor de escolas livres

Pedagogo, orientador educacional

10-Técnicos de Nível Médio

Técnico em ciências físicas e químicas

Técnico em construção civil, de edificações e obras de infraestrutura

Técnico em eletro-eletrônica e fotônica

Técnico em metalmecânica

Técnico em mineralogia e geologia

Técnico em informática

Desenhista técnico e modelista

Outros técnicos de nível médio das ciências físicas, químicas, engenharia e afins

Técnicos de Nível Médio das Ciências Biológicas, Bioquímicas, da Saúde e Afins

Técnico em biologia

Técnico da produção agropecuária

Técnico da ciência da saúde humana

Técnico da ciência da saúde animal

Técnico de laboratório, Raios-X e outros equipamentos e instrumentos de diagnóstico

Técnico de bioquímica e da biotecnologia

Técnico de conservação, dissecação e empalhamento de corpos

Técnicos de Nível Médio em Serviços de Transportes

Técnico em navegação aérea, marítima, fluvial e metroferroviária

Técnico em transportes (logística)

Técnicos de Nível Médio nas Ciências Administrativas

Técnico das ciências administrativas e contábeis

Técnico de inspeção, fiscalização e coordenação administrativa

Agente de Bolsa de Valores, câmbio e outros serviços financeiros

Agente e representante comercial, corretor, leiloeiro e afins

Técnicos de Nível Médio dos Serviços Culturais, das Comunicações e dos Desportos

Técnico de serviços culturais

Cinegrafista, fotógrafo e outros técnicos em operação de máquinas de tratamento de dados

Técnico em operação de estações de rádio e televisão

Técnico em operação de aparelhos de sonorização, cenografia e projeção

Decorador e vitrinista

Apresentador, artistas de artes populares e modelos

Atleta, desportista e afins

Outros Técnicos de Nível Médio

Outros técnicos de nível médio

11-Trabalhadores de Serviços Administrativos

Bancário, economiário, escriturário, agente, assistente e auxiliar administrativo

Trabalhador de atendimento ao público, caixa, despachante, recenseador e afins

12-Trabalhadores de Serviços Diversos

Comissário de bordo, guia de turismo, agente de viagem e afins

Trabalhador dos serviços domésticos em geral

Trabalhador dos serviços de hotelaria e alimentação

Trabalhador dos serviços de administração, conservação e manutenção de edifícios

Trabalhador dos serviços de saúde

Trabalhador dos serviços de embelezamento e cuidados pessoais

Trabalhador dos serviços de proteção e segurança (exceto militar)

Motorista e condutor do transporte de passageiros (motorista de táxi, ônibus, pequena embarcação, etc)

Outros trabalhadores de serviços diversos

13-Vendedores e Prestadores de Serviços do Comércio

Supervisor de vendas e prestação de serviços do comércio

Vendedor e prestador de serviços do comércio, ambulante, caixeiro-viajante e camelô

14-Trabalhadores do Setor Primário

Produtor na exploração agropecuária

Trabalhador na exploração agropecuária

Pescador, caçador e extrativista florestal

Operador de máquina agropecuária e florestal

Trabalhador da indústria extrativa e da construção civil

Trabalhador da transformação de metais e compósitos

Trabalhador da fabricação e instalação eletro-eletrônica

Montador de aparelhos e instrumentos de precisão e musicais

Joalheiro, vidreiro, ceramista e afins

15-Trabalhadores das Indústrias

Trabalhador das indústrias têxteis, do curtimento, do vestuário e das artes gráficas

Trabalhador das indústrias de madeira e do mobiliário

Condutor e operador de robôs, veículos de equipamentos de movimentação de carga e afins

Trabalhador das indústrias química, petroquímica, borracha, plástico e afins

Trabalhador das indústrias química, petroquímica, borracha, plástico e afins

Trabalhador de instalações e máquinas de fabricação de celulose e papel

Trabalhador da fabricação de alimentos, bebidas, fumo e de agroindústrias

Operador de instalações de produção e distribuição de energia

Trabalhador de outras instalações agroindustriais

16-Outros Trabalhadores

Trabalhador de reparação e manutenção

17-Militares

Militar da Aeronáutica

Militar do Exército

Militar da Marinha

Policial Militar

Bombeiro Militar

18-Outras Ocupações

Outras ocupações não classificadas anteriormente

19-Desempregado(a)

20-Aposentado(a) por invalidez

21-Afastado pelo INSS

22-Aposentado

Anexo H**Instruções aos Colaboradores:**

O trabalho de mestrado intitulado “Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/SP” teve como objetivo caracterizar a população atendida, o perfil do supervisor e o processo de supervisão disponibilizado pelo Serviço de Psicologia. A caracterização da população foi realizada através do registro de dados relevantes dos pacientes assistidos e registrados pelos psicólogos do serviço durante o período de um mês de atividades institucionais e através da análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia no ano de 2007. Os dados relevantes podem ser divididos em: - características sócio-demográficas: sexo, idade, escolaridade, profissão, religião e cor; - características clínicas: fonte de encaminhamento, modalidade de atendimento psicológico recebida, especialidade médica em que recebeu tratamento e o motivo de encaminhamento.

Para organizar os motivos de encaminhamento (queixas relatadas pelos pacientes) com características similares em categorias, conjuntos, utilizou-se as escalas de problemas de comportamento do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach, sendo para crianças e adolescentes, as escalas do instrumento “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos” (“Child Behavior Checklist” (CBCL)) e para os adultos, as escalas do instrumento “Inventário de auto-avaliação para adultos de 18 a 59 anos” (“Adult Self-report” (ASR)).

O objetivo desta atividade é avaliar se os motivos de encaminhamento se encaixam nas escalas de problemas de comportamento utilizadas para esta pesquisa.

A faixa etária de crianças e adolescentes foi delimitada entre as idades de 0 a 18anos. De acordo com o CBCL, as escalas de problemas de comportamento empregadas nesta pesquisa são: - Ansiedade/depressão; - Isolamento; - Queixas somáticas; - Problemas sociais; - Problemas de pensamento; - Problemas de atenção; - Comportamento de quebrar regras; - Comportamento agressivo e - Outros Problemas.

A faixa etária dos adultos foi delimitada com indivíduos acima de 18 anos. Com base no ASR, as escalas de problemas de comportamento utilizadas para esta população são: - Ansiedade/depressão; - Isolamento; - Queixas somáticas; - Problemas de pensamento; - Problemas de atenção; - Comportamento de quebrar regras; - Comportamento intrusivo; - Comportamento agressivo e - Outros Problemas.

Solicita-se que os motivos de encaminhamento sejam colocados, de acordo com características comuns, às escalas de problemas de comportamento apresentadas.

De acordo com sua apreciação, julgamento tente relacionar os motivos de encaminhamento relatados pelos clientes e registrados pelos psicólogos às escalas de problemas de comportamento.

Você receberá para executar esta atividade um arquivo do Excel (programa do Office Word) contendo as duas planilhas de escalas de problemas de comportamento, a saber: CBCL e ASR; e as fichas dos pacientes atendidos pelos psicólogos do Serviço de Psicologia, cujo conteúdo inclui a idade do paciente e a descrição dos motivos de encaminhamento para atendimento psicológico.

Em seguida, você deve se ater a idade do paciente (para verificar qual escalas você deve considerar), ler os motivos de encaminhamento apresentados e tentar relacioná-los a alguma escala de problemas de comportamento. Por exemplo, se o paciente tiver 10 anos e o motivo de encaminhamento for “choro excessivo e irritabilidade”, esta queixa parece estar relacionada à escala de problemas de comportamento do CBCL, Ansiedade/depressão. Assim, digite esta queixa na coluna desta escala na planilha do CBCL (arquivo do Excel). Já se o paciente tem 40 anos e a queixa for “agressividade”, digite este motivo na escala que você considera que apresenta características comuns a ele na planilha do ASR.

Anexo I

Análise Estatística realizada para verificar grau de concordância entre a pesquisadora e dois juízes na categorização dos motivos de encaminhamento para a Psicologia utilizando as escalas de Problemas de Comportamento dos Instrumentos CBCL e ASR

Análise para o grau de concordância – CBCL – Amostra estatisticamente significativa: 105 pacientes

| Pesquisadora x Juiz 1 | coef de Kappa | classificação ** | valor-p * | conclusão 5% |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| ansiedade / depressão | 1,000 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento agressivo | 0,884 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento de quebra-regras | 0,327 | fraca | 0,001 | rejeito H0 |
| isolamento | -0,005 | pobre | 0,520 | aceito H0 |
| outros problemas | 0,656 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de pensamento | -0,036 | pobre | 0,640 | aceito H0 |
| queixas somáticas | 0,734 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de atenção | 1,000 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas sociais | 0,386 | fraca | <0,001 | rejeito H0 |
| geral | 0,712 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |

| Pesquisadora x Juiz 2 | coef de Kappa | classificação ** | valor-p * | conclusão 5% |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| ansiedade / depressão | 0,976 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento agressivo | 1,000 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento de quebra-regras | 0,419 | moderado | <0,001 | rejeito H0 |
| isolamento | 0,662 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| outros problemas | 0,642 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de pensamento | -0,036 | pobre | 0,640 | aceito H0 |
| queixas somáticas | 0,703 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de atenção | 0,656 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas sociais | 0,425 | moderado | <0,001 | rejeito H0 |
| geral | 0,704 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |

| Juiz1 x Juiz 2 | coef de Kappa | classificação ** | valor-p * | conclusão 5% |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| ansiedade / depressão | 0,976 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento agressivo | 0,884 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento de quebra-regras | 0,657 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| isolamento | -0,009 | pobre | 0,540 | aceito H0 |
| outros problemas | 0,868 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de pensamento | | | | |
| queixas somáticas | 0,905 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de atenção | 0,646 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas sociais | 0,651 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| geral | 0,858 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |

Análise para o grau de concordância – ASR – Amostra estatisticamente significativa: 174 pacientes

| Pesquisadora x Juiz 1 | coef de Kappa | classificação ** | valor-p * | conclusão 5% |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| ansiedade / depressão | 0,974 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento agressivo | 1,000 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento de quebra-regras | 0,905 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| isolamento | 0,826 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| outros problemas | 0,919 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de pensamento | 0,369 | fraca | <0,001 | rejeito H0 |
| queixas somáticas | 0,968 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de atenção | -0,023 | pobre | 0,614 | aceito H0 |
| geral | 0,874 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |

| Pesquisadora x Juiz 2 | coef de Kappa | classificação ** | valor-p * | conclusão 5% |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| ansiedade / depressão | 0,925 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento agressivo | 0,320 | fraca | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento de quebra-regras | 1,000 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| isolamento | 0,850 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| outros problemas | 0,930 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de pensamento | 0,369 | fraca | <0,001 | rejeito H0 |
| queixas somáticas | 0,984 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de atenção | -0,027 | pobre | 0,640 | aceito H0 |
| geral | 0,704 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |

| Juiz1 x Juiz 2 | coef de Kappa | classificação ** | valor-p * | conclusão 5% |
|--------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| ansiedade / depressão | 0,951 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento agressivo | 0,320 | fraca | <0,001 | rejeito H0 |
| comportamento de quebra-regras | 0,906 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| isolamento | 0,826 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| outros problemas | 0,876 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de pensamento | 0,660 | substancial | <0,001 | rejeito H0 |
| queixas somáticas | 0,984 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| problemas de atenção | 0,930 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |
| geral | 0,902 | quase perfeito | <0,001 | rejeito H0 |

* Teste do coeficiente Kappa

H0: o coeficiente é igual a zero

HA: o coeficiente é maior que a zero

** classificação arbitrária proposta por Kappa -1977

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](#)